

# Ciudad de Sevilla

## 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:**

Profesionales de los Grupos Motores Territoriales.

**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<sup>a</sup> 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, el cual nos permitirá vivir con más salud y bienestar en una ciudad más saludable, habitable y sostenible.

**Juan Espada Cejas**

*Alcalde de Sevilla*



## Índice de contenidos:

<b>1. Marco normativo y conceptual</b>	5	<b>E. Mortalidad</b>	52
<b>2. Misión, visión y principios rectores.</b>	10	<b>F. Entorno medioambiental</b>	60
<b>3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla</b>	12	<b>G. Estilo de vida</b>	76
<b>3.1. Fase Inicial</b>	13	<b>4.1.2. Identificación de problemas y necesidades</b>	97
<b>3.2. Fase de Perfil de Salud</b>	17	<b>A. Resumen de conclusiones por distrito</b>	100
<b>3.3. Fase de Priorización</b>	18	<b>B. Resumen de conclusiones por determinantes</b>	106
<b>3.4. Fase de Plan de Acción</b>	21	<b>4.2. Listado de problemas priorizados</b>	112
<b>3.5. Fase de Implantación</b>	22	<b>4.3. Plan de Acción</b>	112
<b>3.6. Evaluaciones</b>	24	<b>1. Línea estratégica estilos de vida</b>	113
<b>4. Documentos</b>	25	<b>1.1. Línea de acción de alimentación saludable, sostenible y solidaria</b>	114
<b>4.1. Perfil de Salud</b>	25	<b>1.2. Línea de acción de promoción de la actividad física</b>	117
<b>4.1.1. Informe de Salud</b>	26	<b>1.3. Línea de acción de prevención de drogodependencias y adicciones</b>	119
<b>A. Geografía y división administrativa</b>	26	<b>1.4. Línea de acción en educación afectivo-sexual</b>	121
<b>B. Datos socio-demográficos</b>	29		
<b>C. Datos socioeconómicos</b>	35		
<b>D. Morbilidad</b>	49		

**Índice de contenidos:**

<b>2. Línea estratégica de entorno social</b>	125	<b>5. Plan de Comunicación</b>	146
<b>2.1. Línea de acción de promoción de la convivencia en el contexto educativo</b>	126	<b>6. Bibliografía</b>	150
<b>2.2. Línea de acción de fomento de las redes sociales y de apoyo</b>	128	<b>7. Glosario de términos y acrónimos</b>	151
<b>2.3. Línea de acción de convivencia ciudadana</b>	130	<b>8. ANEXOS</b>	153
<b>3. Línea estratégica de entorno medioambiental</b>	132	<b>Anexo 1: Ficha de Medidas</b>	153
<b>3.1. Línea de acción de promoción de espacios públicos limpios</b>	133	<b>Anexo 2: Checklist Implantación</b>	154
<b>3.2. Línea de acción de mejora del mobiliario urbano</b>	135		
<b>3.3. Línea de acción de mejora de las viviendas</b>	137		
<b>4. Línea estratégica de desigualdades socioeconómicas</b>	139		
<b>4.1. Línea de acción de inclusión social</b>	140		
<b>4.2. Línea de acción de atención a poblaciones vulnerables</b>	142		
<b>4.3. Línea de acción de mejora de la atención a la dependencia</b>	144		



## 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”.

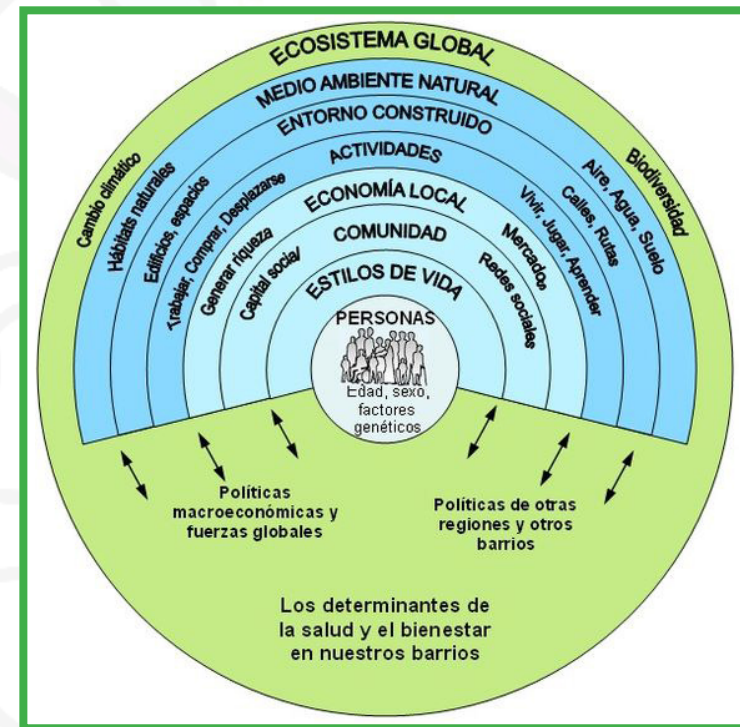
Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa hace 30 años, pasando por las de Adelaida y Helsinki, hasta la última de noviembre 2016 en Shanghái, se han ido dando pasos para ir enriqueciendo, adaptando y actualizando este concepto de Salud a la sociedad actual.

Actualmente, más del 75% de la población mundial vive en ciudades, lo que plantea retos 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.*



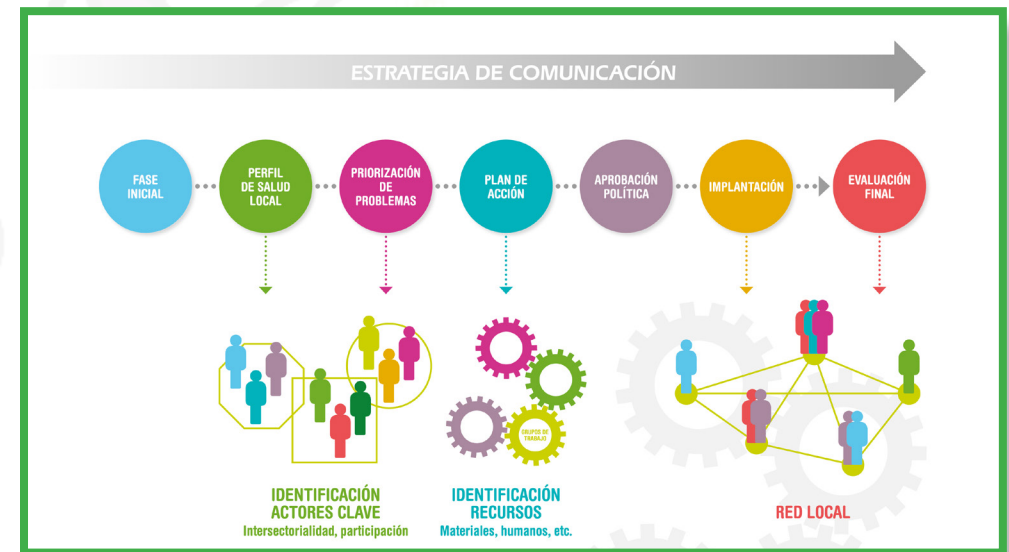
El **IV Plan Andaluz de Salud**, entre sus líneas prioritarias, propone la definición y el desarrollo del nuevo modelo integrado de Salud Pública para abordar la Salud, identificando la Acción Local como uno de sus ejes transversales de actuación para alcanzar los objetivos.

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**, cuyo objetivo es poner en valor la promoción y la protección de la salud y la prevención de la enfermedad 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 específica para la incorporación de la perspectiva de salud en las agendas políticas del municipio, la cual implica la elaboración de Planes Locales de Salud y el desarrollo de Redes Locales de Salud. En estas últimas, están integrados los 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, éste 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 principalmente 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 ellos, 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

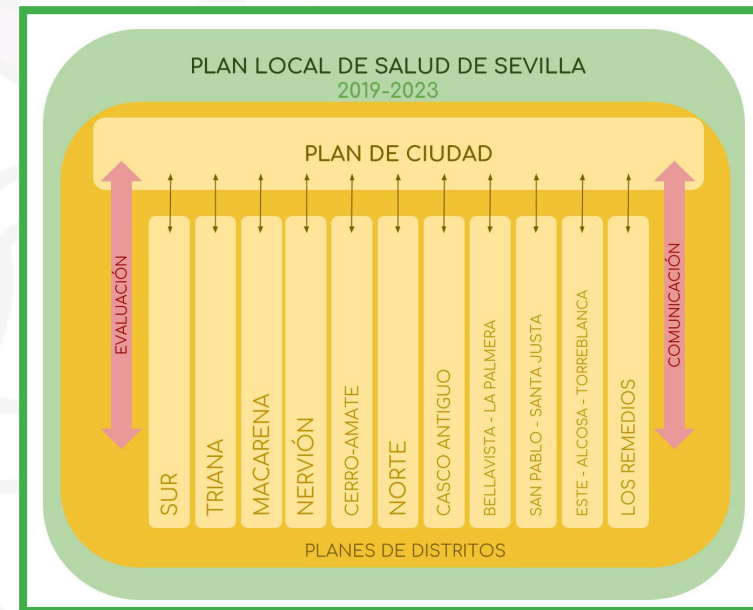
Este nuevo Plan introduce como novedad, respecto al anterior elaborado por el Servicio de Salud, ser un **Plan de CIUDAD** donde la presencia y particularidad de cada territorio tendrá entidad propia, con la finalidad de poner en valor las necesidades de cada zona para, de esta forma, facilitar su gestión entre los diferentes sectores y administraciones. Asimismo, seguir la metodología RELAS. conlleva un elevado nivel de participación e implicación de la ciudadanía, que aportará las necesidades sentidas sobre cada uno de los determinantes de salud, y, por tanto, las singularidades de cada territorio generando un empoderamiento comunitario que favorece la misión.

Se trata de implantar a través del Plan **“LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS”** como estrategia transversal que aprovecha 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, siendo la Salud el eje central condicionante de las acciones ejecutadas por las diferentes áreas.

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 debe ser tratado 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).

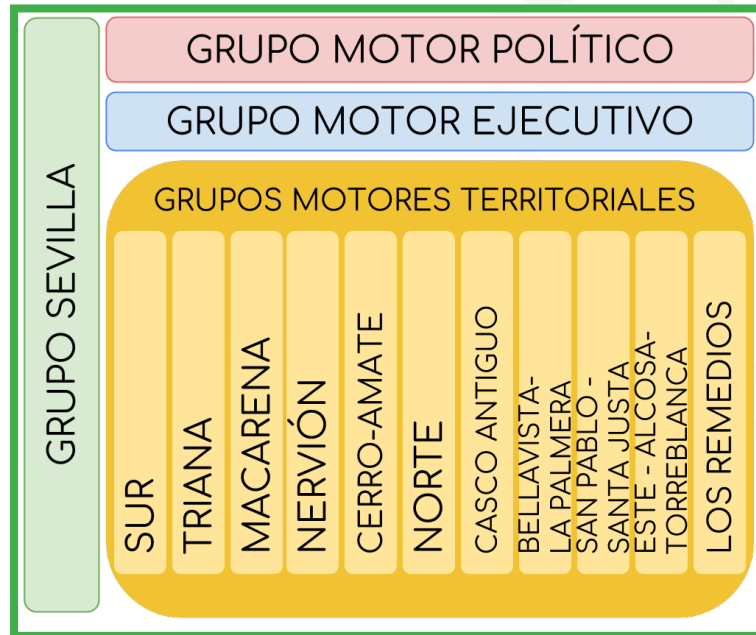


Posteriormente, el **13 de Octubre de 2016** se realiza la **'Firma del Acuerdo'** entre el Ayuntamiento, la Consejería de Salud y la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Política Sociales, con una **presentación del proyecto** por el Delegado de Bienestar Social y Empleo (Salud) a los integrantes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

En consecuencia, teniendo en cuenta la filosofía del futuro proyecto, se diseña una **ESTRUCTURA ORGANIZATIVA** en función de las características de la ciudad, formándose varios grupos con diferentes funciones.

Con la finalidad de coordinar la Red Local de Acción en Salud (RELAS) en Sevilla se constituye un grupo estratégico, con el nombre de '**Grupo Sevilla**'. Este último está formado por representantes del Ayuntamiento (Servicio de Salud, Sección de Promoción de Salud), de la Consejería de Salud (Servicio de Promoción y Acción Local en Salud), de la Unidad de Salud Pública del Distrito Sanitario Sevilla y de la Delegación Territorial de Salud y Políticas Sociales (Jefatura de Servicio de Salud Pública y Profesionales de Acción Local en Salud). Sus funciones principales serán las de impulsar el proyecto, 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).*



En la línea de garantizar el impulso y proveer el apoyo político se constituyó un **Grupo Motor Político (GMP)** cuyas funciones son recibir información de los principales hitos alcanzados en el proyecto para contar con su sustento y respaldo y que, de este modo, puedan tomarse las decisiones oportunas, analizar y ponderar la viabilidad de las acciones llevadas a cabo durante 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 (GMTs) de los distritos, recopilar y analizar toda la información que se genere, unificar los productos elaborados por los diferentes GMT y convocar e informar al GMP en relación al desarrollo del proyecto cuando así se requiera. Este grupo está formado por las Jefaturas de Servicio de las diferentes áreas municipales y referentes de Salud de la Junta de Andalucía.

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





Los **Grupos Motores Territoriales (GMTs)** son una estructura de impulso y gestión del proceso de construcción del PLS, cuya finalidad última es favorecer la creación de la Red y gestionar su funcionamiento. En Sevilla, se ha optado por la creación de un grupo en cada distrito municipal debido a las características demográficas, geográficas, socioeconómicas, a la 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. Las UPS son unidades organizativas ubicadas en cada uno de los distritos municipales, salvo en Triana y Los Remedios, donde la UPS es responsable de ambos territorios.

Con el objeto de asumir correctamente las funciones correspondientes en la Acción Local en Salud, se impartió una sesión de formación específica para los y las profesionales.

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 disciplinas variadas, es decir, interdepartamental e interdisciplinar. En ellos están representados profesionales de diversos sectores: educación, salud, servicios sociales, deportes, participación ciudadana, etc. tanto de la administración local como autonómica. Estos grupos han sido los dinamizadores e impulsores del Plan en cada uno de los distritos.

## 3.2. Fase de Perfil de salud

Esta fase tiene como meta elaborar el documento del Perfil de Salud, es decir, un análisis de los distintos determinantes sociales de la salud presentes en el territorio, tanto desde el punto de vista profesional como de la ciudadanía.

Al objeto de identificar los problemas y las necesidades percibidas, tanto por el grupo de profesionales que en él trabajan como por la ciudadanía de los territorios, se han realizado dos talleres con cada uno de los GMTs de los once distritos municipales de la ciudad.

En el primer taller se presentó el proyecto de elaboración del PLS, así como las bases conceptuales, la metodología RELAS y el Informe de Salud elaborado por el Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla con el apoyo del Distrito Sanitario Sevilla. A continuación, se realizó una dinámica interactiva de **identificación de problemas de salud por parte de los y las profesionales que forman los GMT**. Esta dinámica consistió en hacer una reflexión individual por sectores y posteriormente una puesta en común agrupando los problemas por determinantes y zonas de los distritos (barrios o agrupaciones de barrios). Como resultado de estos primeros talleres se extrajo un listado de problemas en cada distrito.

En el segundo taller se explicó y experimentó la técnica de Grupo Nominal (GN) que ha sido la técnica elegida para la **identificación de necesidades sentidas por la población**. Esta técnica permite a un grupo de personas llegar a un consenso sobre la importancia que tiene algún tema y priorizarlo, dando a todas las personas que participan las mismas oportunidades de opinar. La sencillez de esta técnica ha permitido que se forme a los y las profesionales de los once GMTs de Sevilla que han sido a su vez las personas encargadas de realizar los GN con la ciudadanía.

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); dejándose a elección de los GMT la posibilidad de realizar algún GN más, según la idiosincrasia de los distritos. Para la formación de los grupos de ciudadanía se estableció la premisa de que debían tener una composición equitativa de mujeres y hombres.

Se han realizado un total de 50 GN de los que se recabaron las necesidades sentidas por la ciudadanía de cada uno de los distritos de la ciudad y abarcando todos los determinantes de la salud.



En este periodo se realizaron dos reuniones claves:

- La presentación del **Informe de Salud de la ciudad** a la Junta de Gobierno en **Mayo 2017**, donde previamente se abordaron los fundamentos de la estrategia RELAS y la metodología de elaboración de PLS.
- El **Taller de conclusiones del Perfil de Salud de la ciudad**: El día **8 de febrero de 2018** en el **Centro Cívico El Tejar del Mellizo**, tras haber realizado los talleres de impulso y la detección de necesidad en todos los distritos de la ciudad se presentaron las conclusiones por distrito y por determinantes al GME.

*Imagen del taller de conclusiones de Perfil de Salud de la ciudad.*



### **3.3. Fase de Priorización**

La priorización de los problemas para el PLS de la ciudad de Sevilla se ha **basado en las priorizaciones realizadas en cada uno de los distritos** y, por tanto, incluye aquellos problemas que han sido priorizados en el mayor número de distritos.

Como **factor de ponderación** en la priorización de ciudad, se ha tomado el **tamaño poblacional de cada distrito municipal**. Por ello, cada distrito representa un porcentaje de población en relación a la totalidad de la población de la ciudad.

En base a este porcentaje se han ponderado los problemas priorizados. Así pues, los distritos que tienen más población han tenido más peso en el cómputo final de la priorización de la ciudad, ya **que afecta a un mayor número de personas**.

**Tamaño poblacional de los distritos**

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

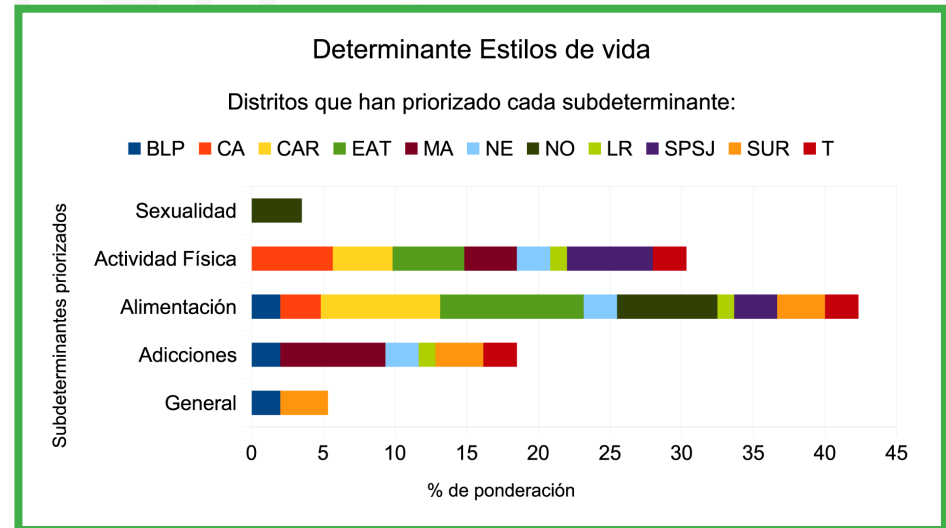
Distrito	Población	Porcentaje de población
<b>EAT</b> Este - Alcosa -Torreblanca	104.208 Hab.	15,0%
<b>CAR</b> Cerro Amate	88.479 Hab.	12,5%
<b>MA</b> Macarena	74.630 Hab.	11,0%
<b>NO</b> Norte	73.740 Hab.	10,5%
<b>SUR</b> Sur	71.013 Hab.	10,0%
<b>SPSJ</b> San Pablo - Santa Justa	60.734 Hab.	9,0%
<b>CA</b> Casco Antiguo	58.950 Hab.	8,5%
<b>NE</b> Nervión	51290 Hab.	7,0%
<b>T</b> Triana	48.550 Hab.	7,0%
<b>BLP</b> Bellavista - La Palmera	41.640 Hab.	6,0%
<b>LR</b> Los Remedios	25.440 Hab.	3,5%
<b>Ciudad</b>	<b>698.690 Hab.</b>	<b>100%</b>

Se presenta a continuación las **priorizaciones a nivel de la ciudad para cada uno de los determinantes de la salud, con el peso relativo (porcentaje) que tiene cada uno en el conjunto de la ciudad.** Además, se muestran en gráficas los distritos que se incluyen en cada uno de los problemas priorizados.

**Estilos de Vida**

Subdeterminantes	Ponderación
Malos hábitos de alimentación.	42,3%
Falta de actividad física.	30,3%
Consumo de sustancias adictivas y adicciones sin sustancias.	18,5%
Estilo de vida escasamente saludable en general.	5,3%
Problemas relacionados con una sexualidad insuficientemente saludable.	3,5%

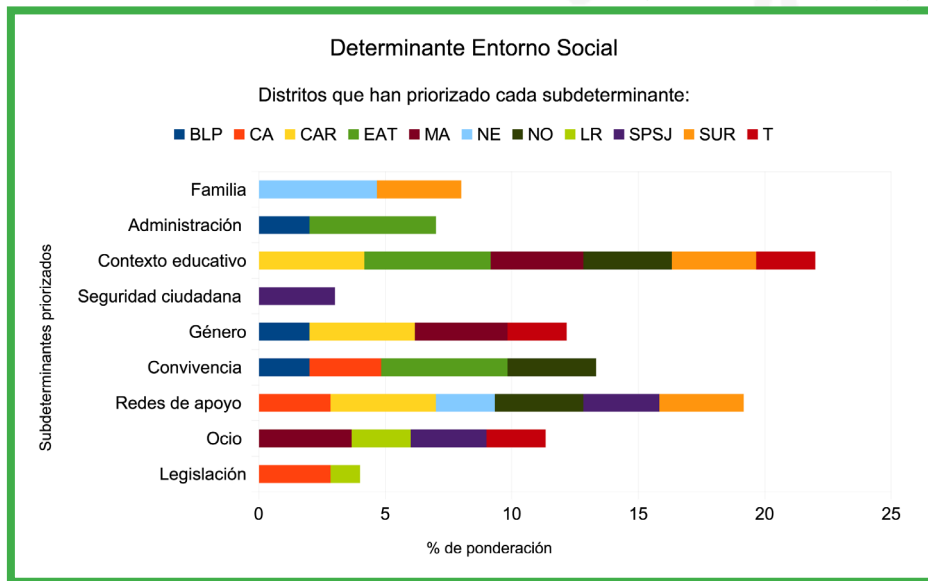
*Fuente: Informe de conclusiones de priorización. Elaboración propia.*



**Entorno Social**

Subdeterminantes	Ponderación
Conflictos sociales identificados en el contexto educativo.	22,0%
Carencias en las redes sociales y de apoyo.	19,2%
Dificultades de convivencia ciudadana.	13,3%
Desigualdad de género - Violencia machista.	12,2%
Escasez en el ocio y tiempo libre.	11,3%
Obstáculos en las relaciones con las administraciones públicas.	7,0%
Problemas en el contexto familiar.	8,0%
Incumplimiento o ausencia de legislación.	4,0%
Inseguridad ciudadana.	3,0%

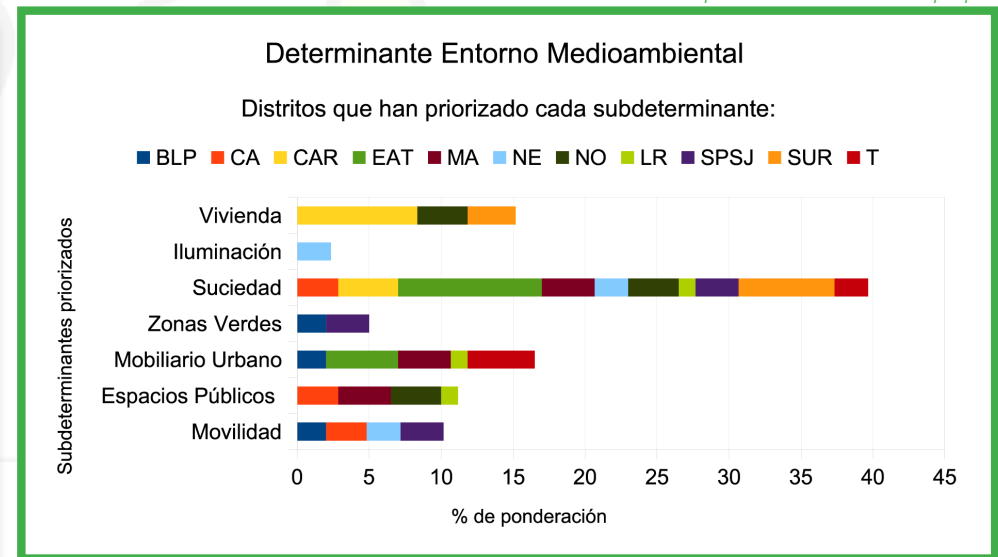
Fuente: Informe de conclusiones de priorización. Elaboración propia.



**Entorno Medioambiental**

Subdeterminantes	Ponderación
Problemas de suciedad en los espacios públicos.	39,7%
Carencias relativas al mobiliario urbano: bancos, fuentes, etc.	16,5%
Problemas en viviendas particulares.	15,2%
Carencias o inexistencia de espacios públicos: edificios, centros, etc.	11,2%
Problemas relacionados con la movilidad: a pie o en vehículos.	10,2%
Escasez o carencias de espacios verdes.	5,0%
Falta de iluminación en vías públicas.	2,3%

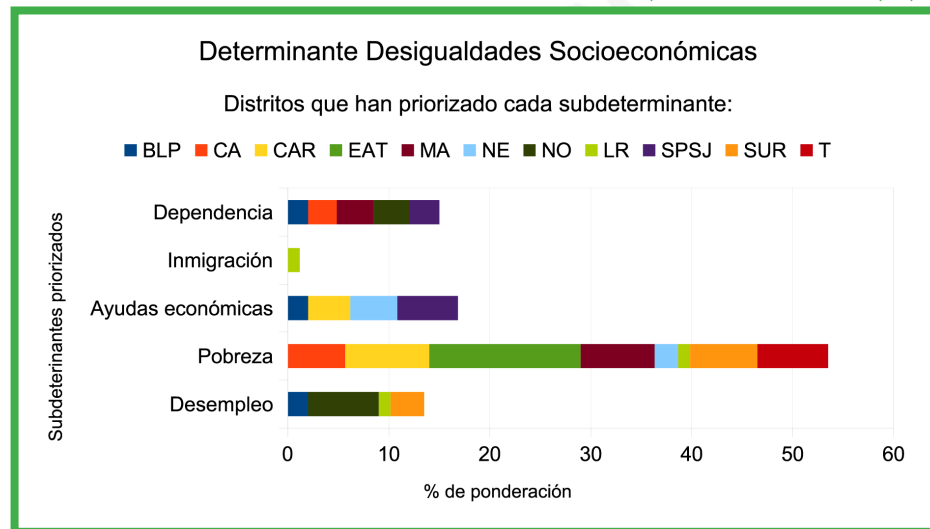
Fuente: Informe de conclusiones de priorización. Elaboración propia.



**Desigualdades Socioeconómicas**

Subdeterminantes	Ponderación
Situaciones de pobreza.	53,5%
Carencias de ayudas económicas para poblaciones vulnerables.	16,8%
Problemas relacionados con la ley de dependencia.	15,0%
Desempleo.	13,5%
Problemas relacionados con la inmigración.	1,2%

Fuente: Informe de conclusiones de priorización. Elaboración propia.



**3.4. Fase Plan de Acción**

El documento del Plan de Acción de la ciudad se ha elaborado por un grupo técnico redactor compuesto por profesionales del GMP y GME. Se ha contado también con el asesoramiento de profesionales técnicos de Acción Local (TAL) y de la Delegación Territorial de Salud.

Este equipo valoró la importancia de incluir en la línea estratégica de estilos de vida una línea de acción de promoción de la salud afectivo-sexual debido al incremento de las infecciones de transmisión sexual que se han detectado en la última década y al fuerte compromiso que tiene adquirida la Corporación Local con esta línea de trabajo, que le llevó a ser la primera ciudad española en adherirse al proyecto Fast-Track 'Ciudades Libres de VIH' en 2015.

También se decidió no incluir una línea estratégica relacionada con el determinante social de servicios sanitarios, debido a la visión de salud que fundamenta este plan, el cual se aleja del asistencialismo y busca más la promoción de los activos en salud comunitarios.



### 3.5. Fase Implantación

Esta fase se prolonga durante los **cuatro años de vigencia** del plan. En el caso que nos ocupa, **desde el año 2019 al 2023**.

En definitiva, es el periodo en el que el GME y el GMP diseñan, planifican e implementan las agendas de las líneas de acción que estructuran las cuatro líneas estratégicas.

Estas líneas de acción se trabajan en **reuniones anuales** con el fin de definir las Agendas e incluir agentes que sean relevantes para el abordaje de la problemática reflejada en la misma. En ellos, quedan establecidos los objetivos específicos así como las medidas concretas a desarrollar ese año.

Las **Agendas** son un instrumento que **recoge las actuaciones** que ya se vienen realizando en el territorio y/o ciudad, además de otras nuevas que puedan diseñarse específicamente para el periodo de ejecución de la propia agenda. Constituyen una herramienta básica para describir las actuaciones que se realizan, diseñar y planificar nuevas actuaciones, 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.

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.

*Ilustración 6: 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 plan de acción específico y 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.

Para asegurar la correcta coordinación y desarrollo de los planes que se integran en la ciudad y entre el GME, el GMP y los once GMTs se establece un **grupo de seguimiento** compuesto por representantes de todos los GMs y de trabajo creados en la ciudad. Este grupo se reúne una vez al año para coordinar recursos y hacer un seguimiento de los distintos planes.

Los GMTs se reúnen trimestralmente para diseñar, planificar y evaluar las **medidas** concretas que se incluyen en las agendas. De la misma manera, el GME se reúne trimestralmente para dar seguimiento y apoyo a la implementación de las medidas incluidas en el PLS de la ciudad.

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

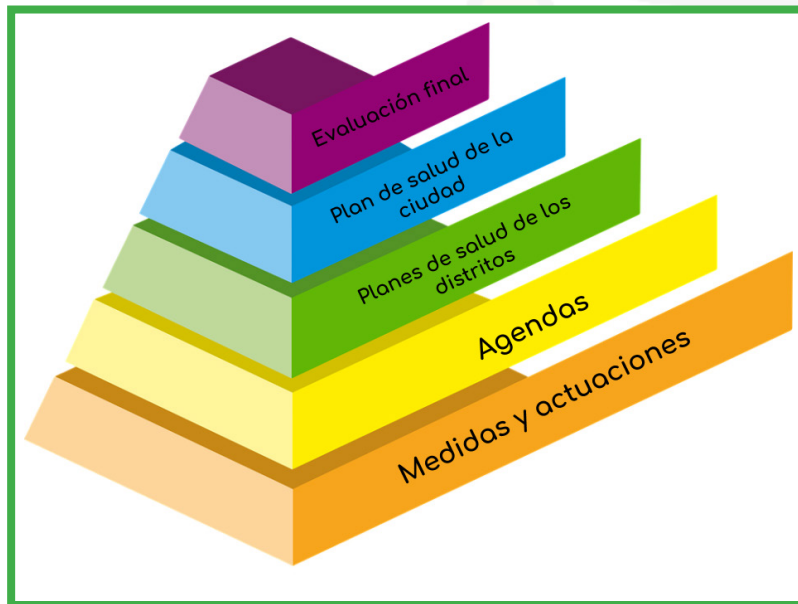
Estas medidas se incluyen en una agenda en la que se valoran los posibles resultados o impactos directos o indirectos que estas acciones o actividades tienen sobre la salud de la ciudadanía.



### 3.6. Evaluaciones

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 7: Niveles de Evaluación.



#### Evaluaciones según los momentos:

1. **Final:** En 2023 se evaluarán 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 las fichas de la mismas. Esto supone la evaluación de los objetivos operativos.

#### Evaluaciones según los objetivos:

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

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

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

## 4. Documentos

Como resultado de todo el proceso descrito se han obtenido una serie de documentos que conforman el PLS de la ciudad y de cada uno de los distritos municipales.

### 4.1. Perfil de Salud

Por razones de claridad en la información, se incluyen aquí datos relevantes del Perfil de Salud de la ciudad.

A nivel de la ciudad se incluyen:

1. El **Informe de Salud**, con los datos estadísticos, 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. Análisis de los problemas y necesidades:** Este documento recoge el análisis elaborado para el GME y GMP sobre:

**2.1. Las conclusiones de los análisis técnicos sectoriales de cada distrito,** los cuales recogen las realidades de las que no existen datos estadísticos. Es el producto de un análisis realizado por los y las profesionales de los GMTs que trabajan en el terreno en distintas administraciones e instituciones en base a su propia experiencia profesional en el territorio.

**2.2. Las conclusiones de las necesidades sentidas por la ciudadanía** de los 11 distritos, ya que son las personas verdaderamente conocedoras de los problemas que se padecen en el entorno donde habitan. Este documento recoge las opiniones directas de ciudadanos y ciudadanas de distintas edades de cada territorio.

## 1. Informe de Salud

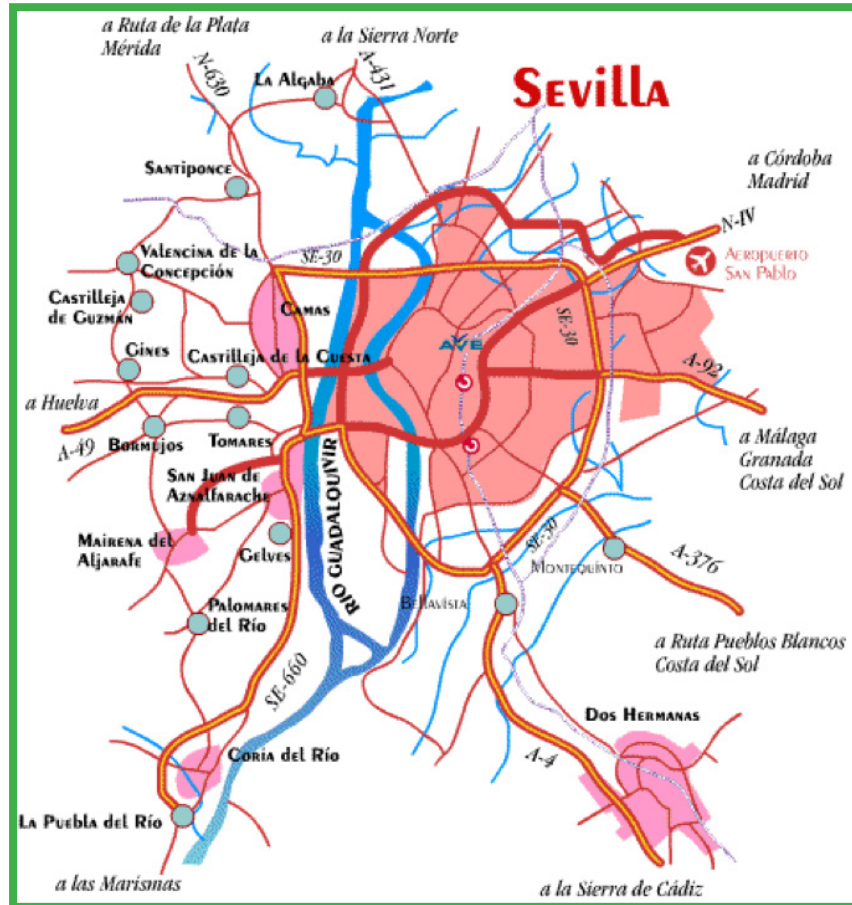
### A. Geografía y División administrativa

La Ciudad de Sevilla es la capital de la provincia homónima y la capital de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Está situada al SO de la Península Ibérica.

A tan solo 9 metros sobre el nivel del mar, a orillas del río Guadalquivir el cual la atraviesa. En plena Vega y Campiña, conforma una aglomeración urbana que se extiende hacia el Aljarafe, Las Marismas, el Parque Nacional de Doñana, la Sierra Norte y la Sierra Sur.

El término municipal de Sevilla, de 141,3 km<sup>2</sup> de extensión, se encuentra a 37° 23' de latitud y -5° 59' de longitud. Limita al norte con La Rinconada, La Algaba y Santiponce; al este con Alcalá de Guadaíra; al sur con Dos Hermanas y Gelves y por el oeste, San Juan de Aznalfarache, Tomares y Camas.

Ilustración 8: Ubicación geográfica de Sevilla.



El **clima de la ciudad** es mediterráneo levemente continentalizado, con precipitaciones variables, veranos muy cálidos (40,5°C de máxima y 16,8°C de mínima) e inviernos suaves (20°C de máxima y 2°C de mínima). Goza de casi 3.000 horas de sol anuales.

La **provincia de Sevilla** ocupa 14.042 Km2 habitados por la capital y 105 pueblos, de los cuales aproximadamente la décima parte es el término municipal de la ciudad objeto de este estudio.

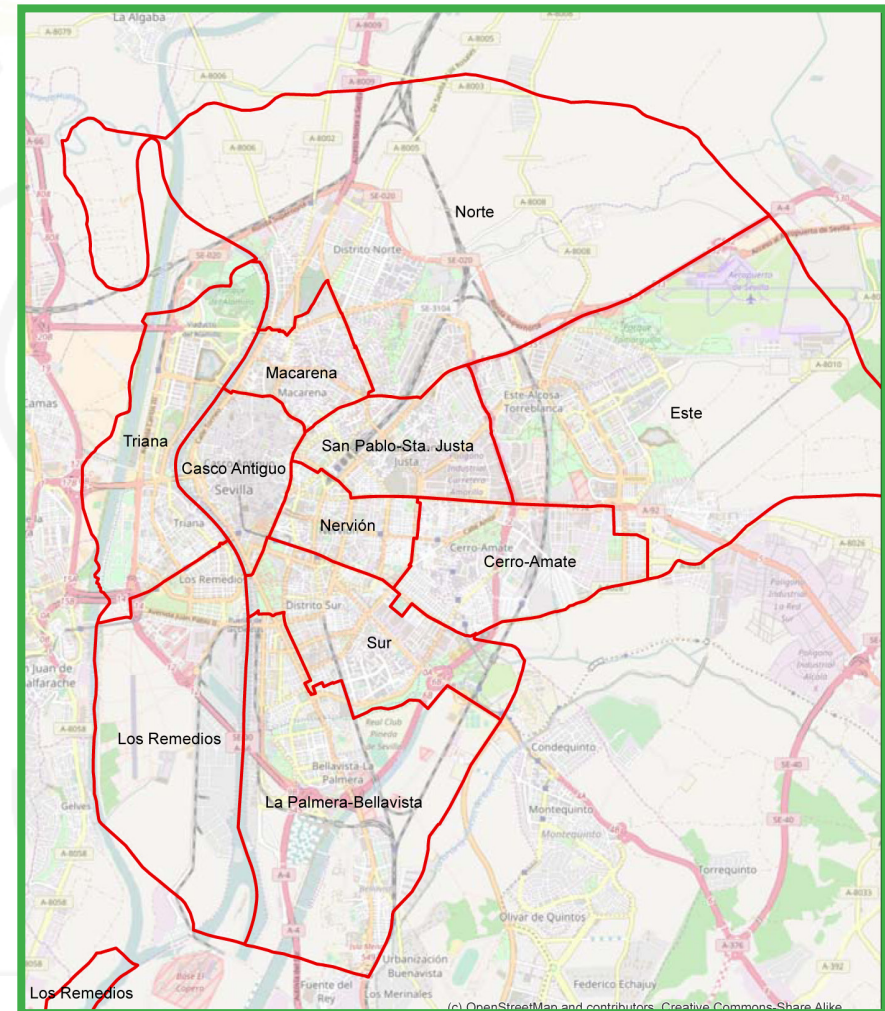
Según el INE (Instituto Nacional de Estadística) la población de la provincia es de 1.941.480 habitantes a 1 de enero de 2016, siendo la población de la capital en esa fecha de 690.566 habitantes. Existiendo una concentración de habitantes en la ciudad de Sevilla y su área metropolitana.

El amplio **patrimonio histórico y monumental**, de hecho su casco antiguo es el más extenso de España, junto con el hecho de ser el único puerto marítimo del país en una ciudad no costera, disponer de una vasta red de transporte por carretera y ferrocarril, una destacable industria automovilística y aeronáutica, ser la sede de la Universidad de Sevilla (con 65.000 estudiantes), de la Universidad Pablo de Olavide (con más de 10.000 estudiantes) y de la Universidad Internacional de Andalucía (UNIA), etc. hace que sea la ciudad más poblada de Andalucía y la cuarta de España, después de Madrid, Barcelona y Valencia con 698.944 habitantes según el padrón municipal publicado el 1 de enero de 2016.

La ciudad de Sevilla se divide administrativamente en **11 distritos municipales** que tienen competencias propias, así como 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.*



## B. Datos socio-demográficos

Según los datos publicados por el INE, la provincia de Sevilla es la más poblada de Andalucía, representando el 23% del total de la población autonómica. La capital es **la ciudad más poblada de las ocho capitales provinciales**. Su población junto con la de los 46 municipios de su área metropolitana supone el 80% de la población provincial sevillana.

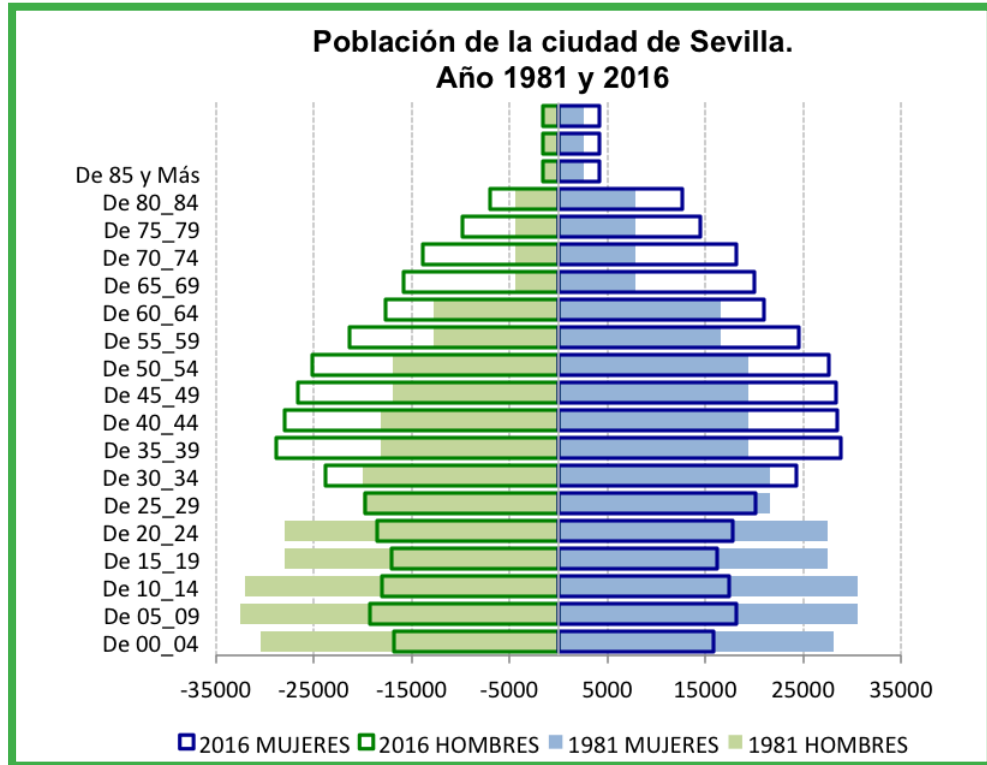
El Anuario estadístico de la provincia de Sevilla de 2016 indica, considerando el periodo de 2010 a 2015, que la población en la provincia ha presentado un crecimiento del 1,27% en su conjunto. 53 municipios de la provincia han visto crecer el número de residentes.

Las ciudades situadas en el área metropolitana son las que más acusaron este crecimiento por situarse en el entorno de influencia de la capital (citar, por ejemplo, Dos Hermanas, Aljarafe, Alcalá de Guadaíra, Los Alcores y Vega Media).

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

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

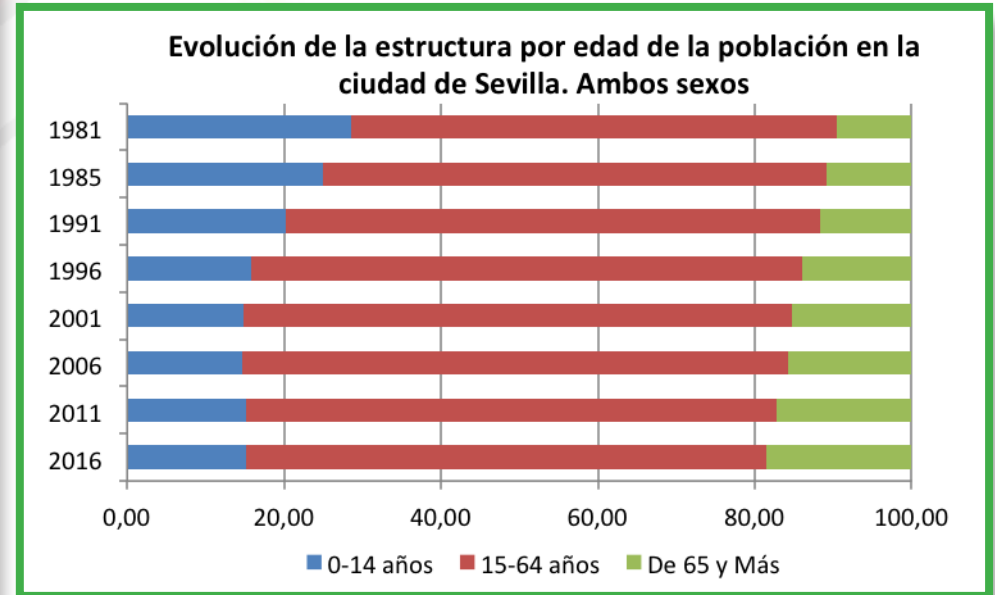
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Los **menores de 15 años** de ambos sexos suponen en Sevilla capital un 15,1% del total de la población, más parecido al porcentaje de España con un 16% que a Andalucía con un 17,3%. En la provincia de Sevilla este valor alcanza un 18,2%.

La evolución de los grandes grupos demuestra un **envejecimiento de la población**, siguiendo la dinámica de los países desarrollados.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

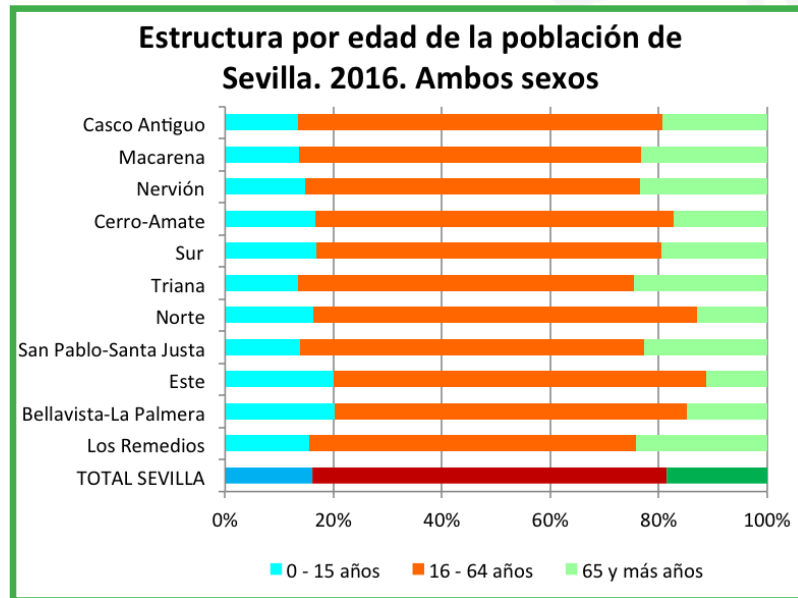


El porcentaje de **personas mayores de 64 años** en Sevilla capital es de 18,53% en 2016. Esta población ha aumentado en tan solo una década en casi 18.000 personas, pasando de 111.654 personas (15,81%) en el 2006 a 129.483 en la actualidad. Este proceso de envejecimiento es similar en la provincia, pasando de 11,12% en 1991 al 14,77% en el año 2013. En Andalucía la evolución es muy similar pasando del 11,7% al 15,54% en el mismo periodo.



Del total de personas mayores que viven en la ciudad, el porcentaje mayor se concentra en **Macarena** y **Cerro - Amate**, mientras que el menor porcentaje se dá en los distritos de **Bellavista - La Palmera** y **Los Remedios**.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



**Indicadores demográficos relativos al envejecimiento poblacional**

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

El **Índice de Vejez (IV)** 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.

La **Relación de Dependencia (RD)** 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.

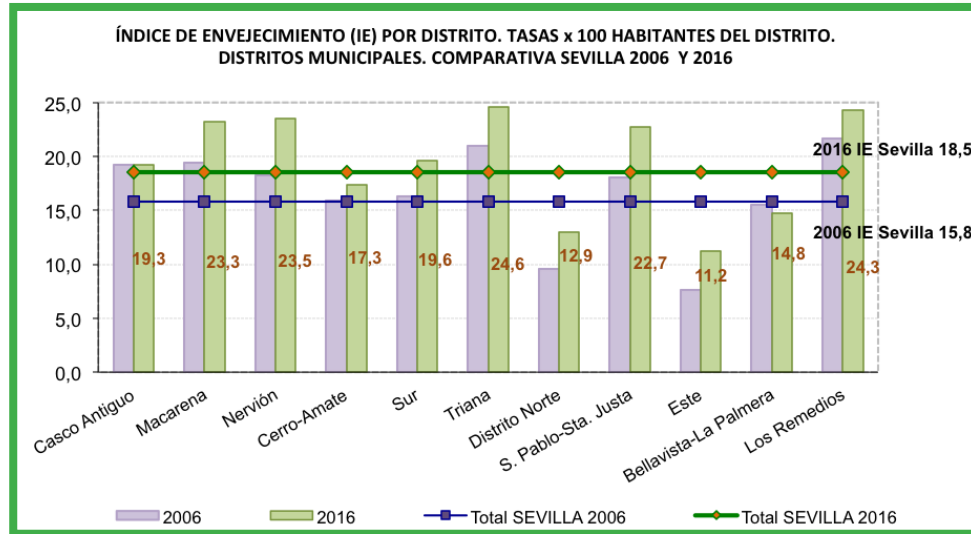
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Indicadores demográficos relativos al envejecimiento poblacional Sevilla 2016			
Distrito	IE	IV	RD
Casco Antiguo	19,25	151,07	47,05
Macarena	23,26	181,40	56,44
Nervión	23,55	169,20	59,91
Cerro - Amate	17,32	110,15	49,36
Sur	19,61	124,74	54,65
Triana	24,58	194,47	59,27
Norte	12,94	84,92	39,24
San Pablo - Santa Justa	22,72	175,37	55,46
Este - Alcosa - Torreblanca	11,22	60,31	42,52
Bellavista - La Palmera	14,76	76,84	51,45
Los Remedios	24,31	167,55	63,44

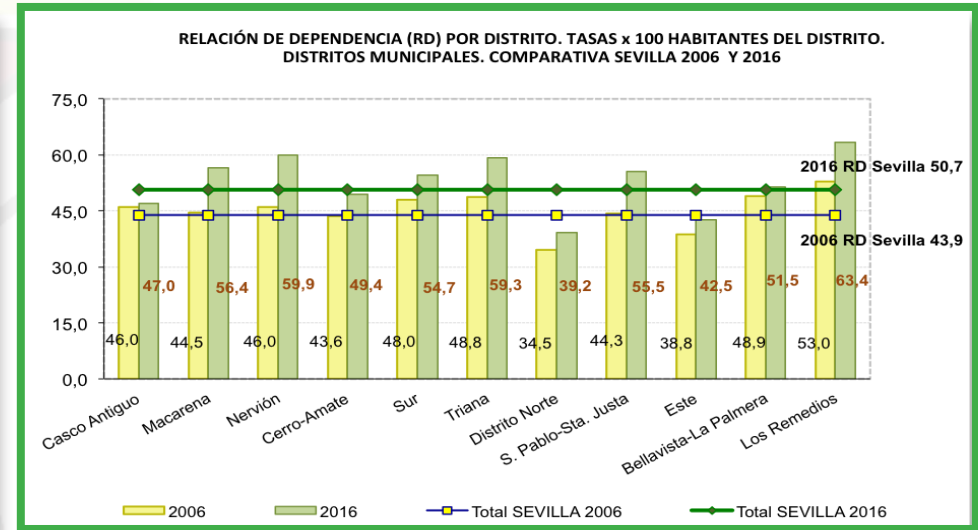


Comparando los resultados de este año con los de hace una década:

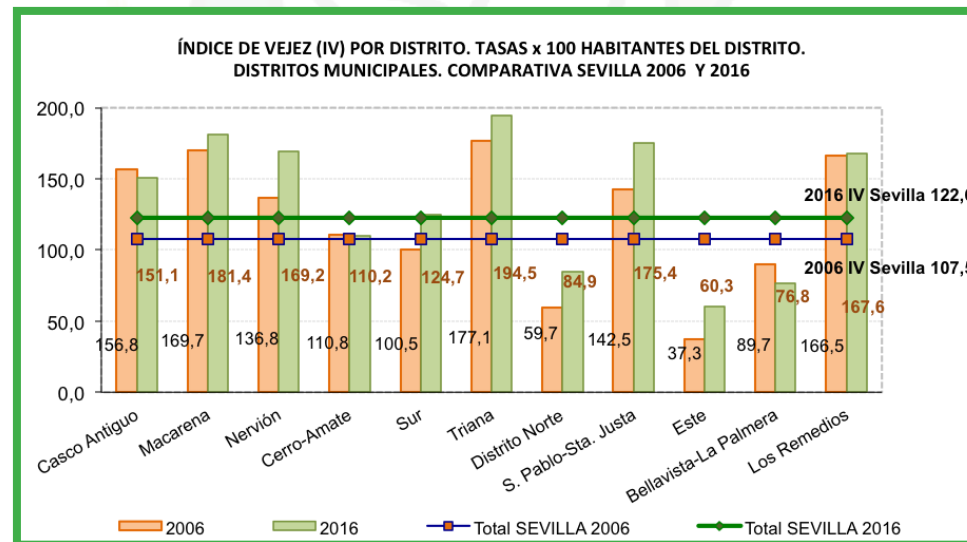
*Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.*



*Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.*



*Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.*



Una mención especial merecen las **personas mayores que viven solas o acompañadas de otra persona mayor**:

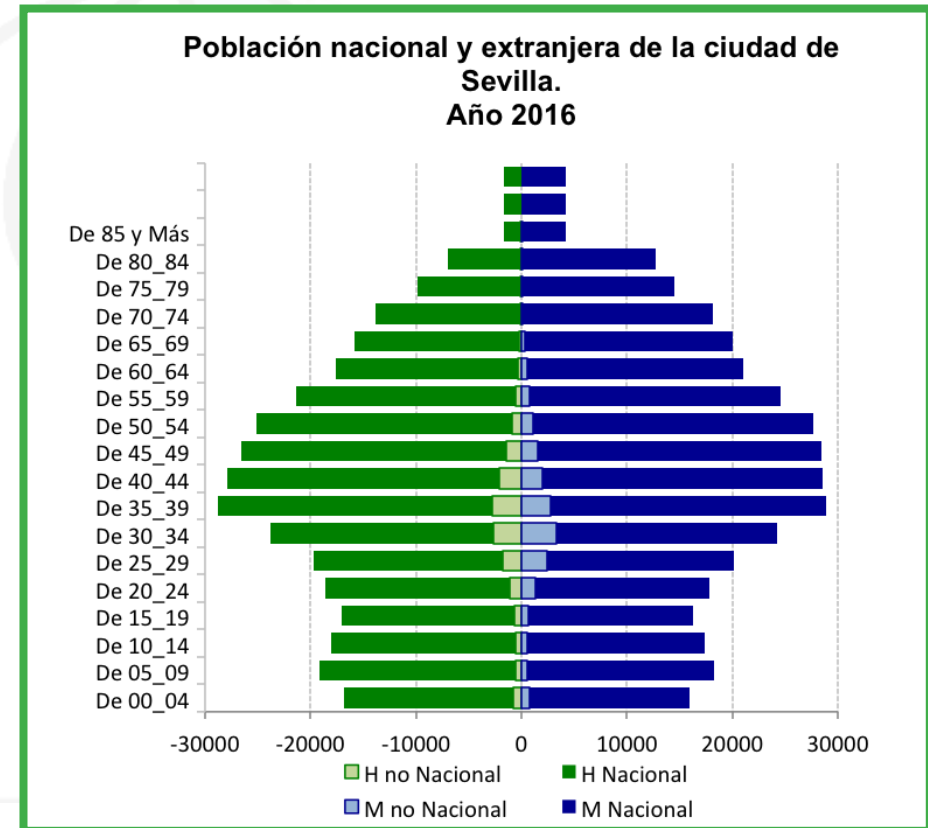
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Personas mayores que viven solas o acompañadas por otra persona mayor. Sevilla, 2014	
Distrito	% Sobre el total de personas mayores del distrito
Casco Antiguo	56%
Macarena	62%
Nervión	58%
Cerro - Amate	58%
Sur	57%
Triana	58%
Norte	55%
San Pablo - Santa Justa	58%
Este	56%
Bellavista - La Palmera	52%
Los Remedios	53%
<b>TOTAL SEVILLA</b>	<b>57%</b>

## Población extranjera de la ciudad

En Sevilla capital, la población extranjera, en 2016, supone un **5,1% del total de la población** como se puede ver en la tabla siguiente. En 2006 el porcentaje de personas extranjeras en la ciudad era del 3,7%.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

La mayor población extranjera se sitúa en los distritos Macarena, Cerro - Amate y Casco Antiguo, mientras que en Los Remedios no llega al 3,0% del total de la población.

En la ciudad de Sevilla, la población más abundante procede de América del Sur, Europa Occidental y África (teniendo en cuenta todo el continente, incluyendo Marruecos).

Esto es así para ambos sexos y para la población femenina, pero este orden se invierte para la población masculina, donde son más abundantes las personas oriundas de Europa Occidental frente a los de América del Sur.

Distrito	% hombres x Dto.	% mujeres x Dto.	% X Dto.	% X Sevilla	Total
Casco Antiguo	8,3	91,1	8,9	14,7	59081
Macarena	9,7	91,5	8,5	18,0	74980
Nervión	3,5	96,2	3,8	5,5	51117
Cerro - Amate	7,5	93,0	7,0	16,9	88626
Sur	4,0	95,5	4,5	8,9	71630
Triana	4,8	94,4	5,6	8,0	48948
Norte	2,9	97,4	2,6	5,2	73968
San Pablo - Santa Justa	3,2	96,4	3,6	6,1	60842
Este - Alcosa - Torreblanca	3,4	97,0	3,0	8,3	103306
Bellavista - La Palmera	3,6	95,5	4,5	5,1	41274
Los Remedios	3,4	95,5	4,5	3,3	25172
<b>Total SEVILLA</b>	<b>5,1</b>	<b>94,8</b>	<b>5,2</b>	<b>100,0</b>	<b>698944</b>



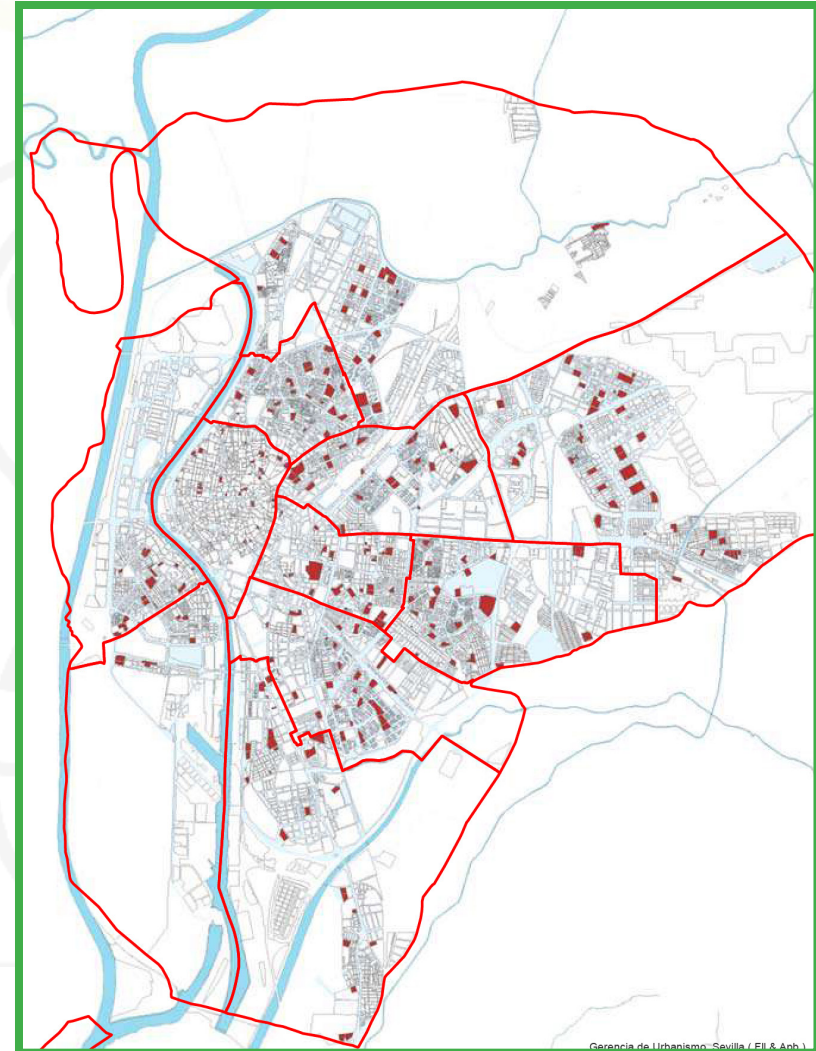
**C. Datos Socioeconómicos**

Comparando los **centros educativos**, en el curso 2014-15 en la capital y la provincia, se observa que en la ciudad se concentra aproximadamente un tercio de los centros de enseñanza, salvo en la educación para personas adultas.

*Fuente: Anuario Estadístico de la Diputación de Sevilla, 2016*

Centros de Educación Curso 2014-15	EI, EP y Ed. Secundaria	EE.	Enseñanza en Régimen Especial	Educación de Adultos
Sevilla Capital	430	9	13	26

*Ilustración 10: Ubicación geográfica de los centros educativos de la ciudad de Sevilla.*



**Situación laboral**

La actividad económica de la ciudad de Sevilla se concentra en el sector servicios y en las profesiones liberales como se puede observar en la siguiente tabla:

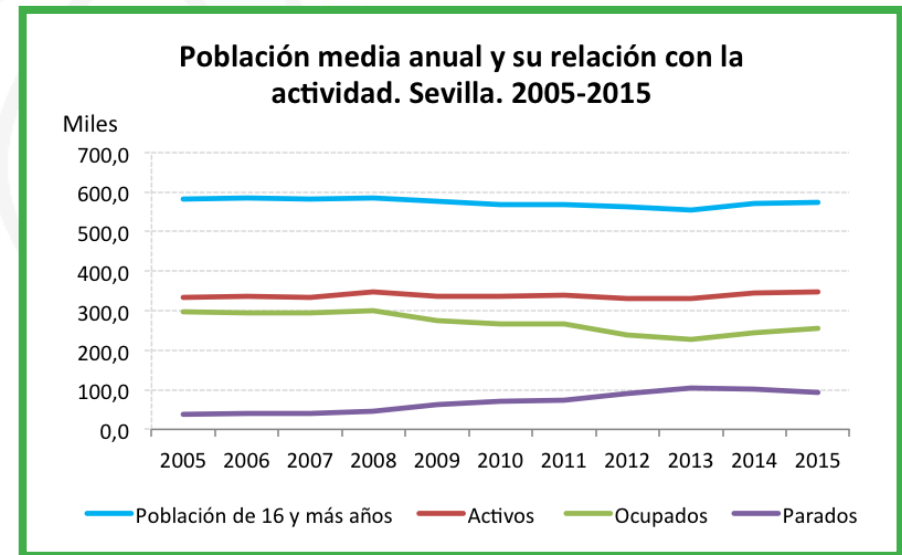
*Fuente: Datos del Anuario Estadístico de la Diputación de Sevilla, 2016.  
Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla*

Porcentaje de licencias según tipo. Año 2014 y 2015		
Tipos	2014	2015
<b>Ganadería</b>	0,09%	0,09%
<b>Industria</b>	3,24%	3,40%
<b>Construcción</b>	6,65%	6,65%
<b>Servicios</b>	67,95%	69,39%
<b>Profesionales</b>	21,55%	19,92%
<b>Artistas</b>	0,53%	0,55%
<b>Total</b>	100,00%	94.542

El registro de personas ocupadas o en paro varía constantemente. La situación de paro registrado en las oficinas de empleo en la capital respecto a su área metropolitana continúa siendo mayor.

La **evolución de la situación de la población mayor de 16 años** relacionada con la actividad laboral en los últimos años en la ciudad se observa en el siguiente gráfico.

*Fuente: Explotación específica datos municipales realizada por el INE, de la EPA para Ayto. de Sevilla. Elaboración propia.*



Los periodos vacacionales de verano y Navidad son los de más actividad, siendo el mes de febrero el que más paro registra. El número de personas paradas aumenta en personas con estudios generales o secundarios. Las que realizan ocupaciones elementales o pertenecen al sector servicios son, principalmente, de restauración, protección y ventas, seguidos de las personas empleadas en oficinas (cuentas, administración,...). También existe un grupo importante de población en búsqueda de su primer empleo.

En la ciudad, el **paro** registrado es mayor en hombres que en mujeres menores de 25 años. A partir de esta edad las cifras se invierten, siendo mayor el paro femenino. Para ambos sexos la mayor proporción de parados se encuentra entre los 45-49 años.

En la población extranjera el paro es mayor en los hombres que en las mujeres. Por los meses del año, el mes en que se registran más personas sigue siendo febrero. El porcentaje de parados extranjeros con respecto al total de población parada oscila entre el 4,0% y el 4,3% según el mes del año.

Según la duración del contrato y el sexo en el año 2015 podemos decir que más del 90% de los contratos son temporales para ambos sexos, siendo mayor el porcentaje de contratos indefinidos en la capital que en la provincia.

*Fuente: Datos del Anuario Estadístico de la Diputación de Sevilla, 2016. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.*

<b>Contrataciones por duración del contrato y sexo, 2015</b>						
	<b>Indefinido</b>		<b>Temporal</b>		<b>Total</b>	
	<b>% H</b>	<b>% M</b>	<b>% H</b>	<b>% M</b>	<b>H</b>	<b>M</b>
Sevilla	5,7	6,7	94,3	93,3	190638	160555
Provincia	3,5	4,5	96,5	95,5	572022	401651

De las afiliaciones a la Seguridad Social en el alta laboral hay que indicar que en torno al 96% de ellas son de nacionalidad española. De ellas, la inmensa mayoría lo hace por cuenta ajena, siendo mayor el porcentaje de los que se afilian por cuenta propia en la provincia (15,5%) que en la capital (11,8%).

*Fuente: Datos del Anuario Estadístico de la Diputación de Sevilla, 2016. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.*

	<b>Española%</b>	<b>Extranjera%</b>
Sevilla	95,8	4,2
Provincia	96,2	3,8

*Fuente: Datos del Anuario Estadístico de la Diputación de Sevilla, 2016. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.*

	<b>Cuenta ajena%</b>	<b>Cuenta propia%</b>
Sevilla	88,2	11,8
Provincia	84,5	15,5

## Índice Sintético de Nivel Socioeconómico

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.

Por razones presupuestarias, el censo de población y viviendas 2011 no ha sido 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. Por ello, 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:** nº de personas analfabetas o sin estudios / nº de personas de 16 o más años.
- **Porcentaje de personas paradas:** nº de personas paradas / nº de personas activas.
- **Porcentaje de personas trabajadoras no cualificadas:** nº de personas con ocupaciones elementales / nº de personas ocupadas.

Fuente: Estudio ISNSE Sevilla 2011. Elaboración propia.

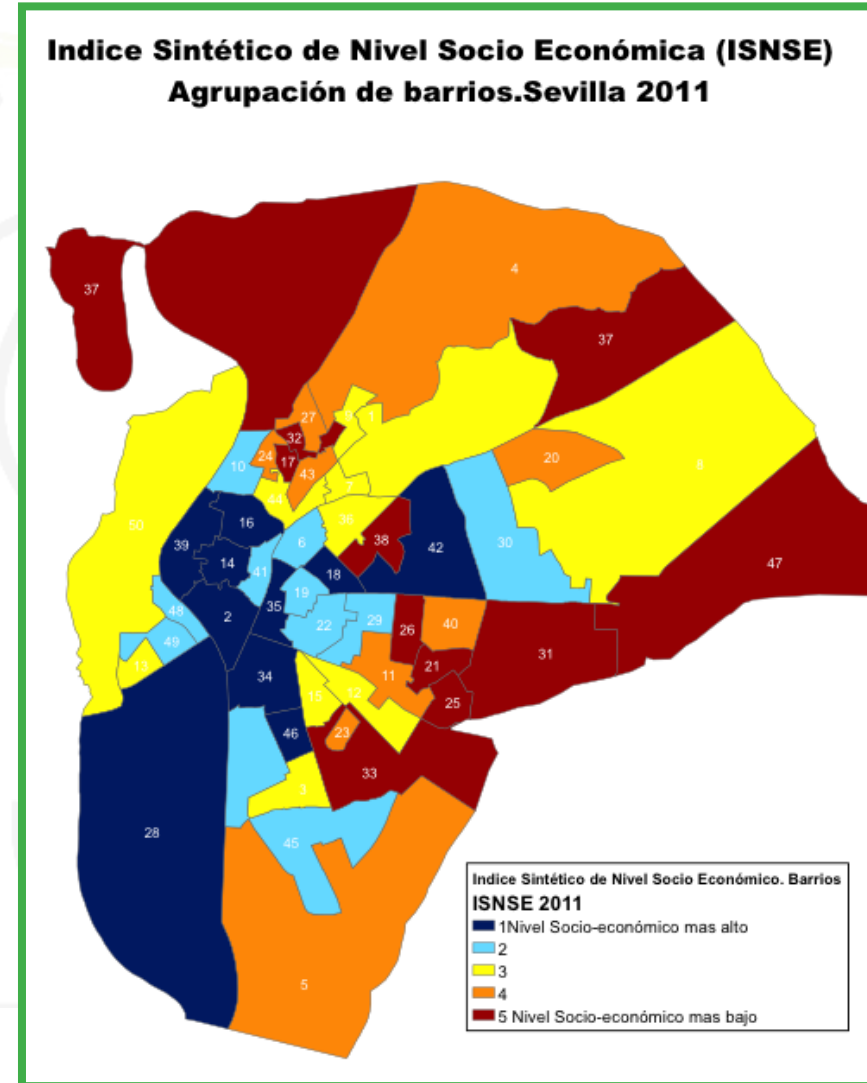
ID	Agrupación de Barrios	ISNSE 2011	ID	Agrupación de Barrios	ISNSE 2011
1	Los Arcos - Las Almenas - Aeropuerto Viejo	3	20	Parque Alcosa - Jardines del Edén	4
2	Santa Cruz - Arenal	1	21	Rochelambert - Juan XXIII	5
3	Pedro Salvador - Las Palmeritas - Guadaira - Bami - Heliópolis	3	22	La Buhaira	2
4	El Gordillo - Barriada Pino Montano	4	23	La Oliva	4
5	Bellavista	4	24	Las Avenidas - El Carmen - El Cerezo - El Torrejón - La Palmilla - Doctor Marañón	4
6	San José Obrero - El Fontanal - María Auxiliadora - Carretera de Carmona	2	25	La Plata	5
7	Las Naciones - Parque Atlántico - Las Dalias - Campos de Soria - Cisneo Alto - Santa María de Gracia - San Matías	3	26	Los Pájaros - Amate	5
8	Colores - Entreparques	3	27	Los Príncipes - La Fontanilla	4
9	San Diego - Consolación	3	28	Tablada - Los Remedios	1
10	Macarena Tres Huertas - Macarena Cinco - Doctor Barraquer - Grupo Renfe - Policlínico - La Paz - Las Golondrinas	2	29	Nervión	2
11	Ciudad Jardín - El Cerro	4	30	Palacio de Congresos - Urbadiez - Entrepuentes	2
12	El Plantinar - El Juncal - Híspalis	3	31	Palmete	5
13	El Tardón - El Carmen	3	32	Villegas - Los Carteros - Polígono Norte	5
14	Encarnación - Regina - Alfalfa	1	33	Polígono Sur - Avenida de La Paz - Las Letanías	5
15	Giralda Sur- Felipe II - Los Diez Mandamientos - Tiro de Línea - Santa Genoveva	4	34	El Prado - Parque María Luisa - El Porvenir - Huerta de La Salud	1
16	San Julián - Feria - San Gil	1	35	La Florida - San Bernardo - San Roque	1
17	La Barzola - El Rocío - Hermandades - La Carrasca	5	36	Zodiaco - Árbol Gordo - La Corza - Las Huertas - San Carlos - Tartessos	3
18	Huerta de Santa Teresa	1	37	Valdezorras - La Bachillera - San Jerónimo	5
19	La Calzada - Huerta del Pilar	2	38	San Pablo D Y E - San Pablo A Y B - San Pablo C	5
			39	San Vicente - San Lorenzo - Museo	1





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

ID	Agrupación de Barrios	ISNSE 2011
40	Santa Aurelia - Cantábrico - Atlántico - La Romería	4
41	Santa Catalina - San Bartolomé	2
42	Santa Clara	1
43	Santa Justa y Rufina - Parque Miraflores - Begoña - Santa Catalina - Pino Flores - Pío XII - Retiro Obrero	4
44	Santa María de Ordás - San Nicolás - Cruz Roja - Capuchinos - León XIII - Los Naranjos	3
45	Sector Sur - La Palmera - Reina Mercedes - Barriada de Pineda - Elcano - Bermejales	2
46	Tabladilla - La Estrella	1
47	Torreblanca	5
48	Triana - Casco Antiguo	2
49	Triana Este - Barrio León	2
50	Triana Oeste	3



Recalculamos el ISNSE 2001 aplicando a los datos del censo 2001 la agrupación de barrios empleada en el cálculo del ISNSE 2011. Esto nos permite comparar la situación entre esos dos años, 2001 y 2011, y valorar cómo ha cambiado la distribución de este índice en la ciudad de Sevilla en un periodo de 10 años. Los gráficos de la página siguiente muestran el índice basado en el censo 2001 y los cambios en el índice de 2011 respecto al de 2001.

Comprobamos que para la mayoría de los casos, 34 de las 50 agrupaciones de barrios, el índice no ha variado, es decir, esos barrios habrían mantenido su nivel socioeconómico.

De las 16 agrupaciones de barrios que cambian de nivel, 8 han empeorado su situación según este índice –7 de ellos han perdido un nivel y para otro el nivel ha bajado dos puntos–, y 8 agrupaciones de barrio presentan en 2011 un nivel más alto que en 2001, de los cuales solo uno registra un nivel dos puntos por encima del que tenía en 2001. En la siguiente tabla se detallan estos cambios:

Listado de barrios (agrupaciones) que han cambiado de nivel socioeconómico según el índice calculado.

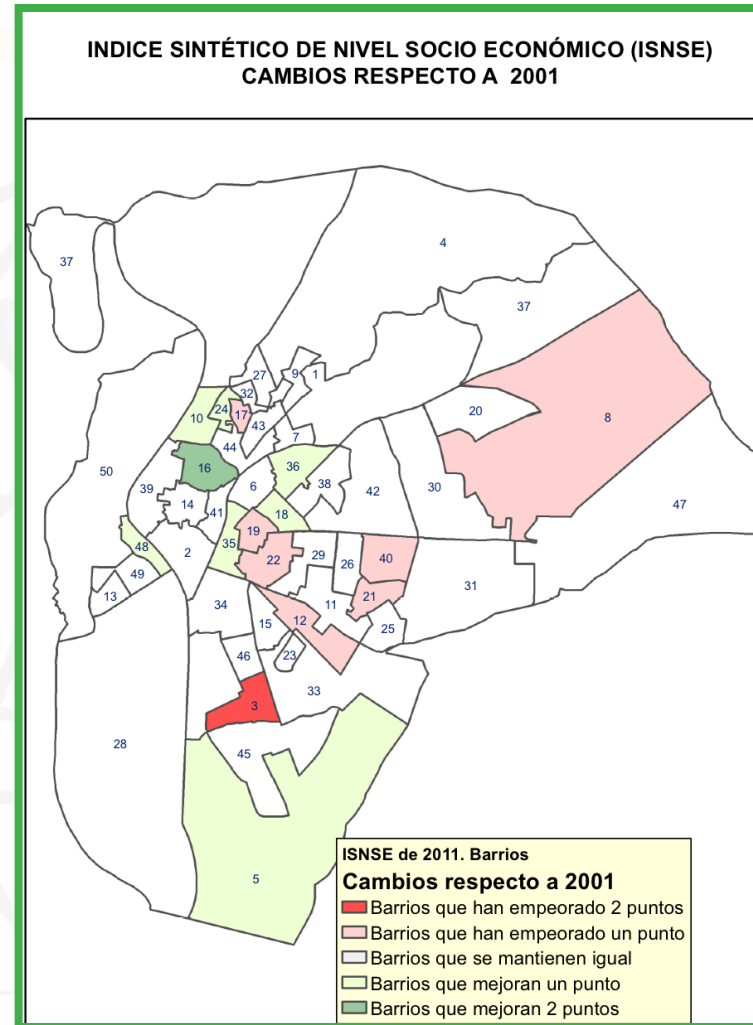
*Fuente: Estudio ISNSE Sevilla 2011. Elaboración propia.*

ID	Agrupación de Barrios	2001	2011
3	Pedro Salvador - Las Palmeritas - Guadaira - Bami - Heliópolis	1	3
19	La Calzada - Huerta del Pilar	1	2
8	Colores - Entrepárques	2	3
12	El Plantinar - El Juncal - Híspalis	2	3
17	La Barzola - El Rocío - Hermandades - La Carrasca	4	5
21	Rochelambert - Juan XXIII	4	5
22	La Buhaira	1	2
40	Santa Aurelia - Cantábrico - Atlántico - La Romería	3	4
48	Triana Casco Antiguo	3	2
24	Las Avenidas - El Carmen - El Cerezo - El Torrejón - La Palmilla - Doctor Marañón	5	4
35	La Florida - San Bernardo - San Roque	2	1
36	Zodiaco - Árbol Gordo - La Corza - Las Huertas - San Carlos - Tartessos	4	3
10	Macarena Tres Huertas - Macarena Cinco-Doctor Barraquer - Grupo Renfe - Policlínico - La Paz - Las Golondrinas	3	2
5	Bellavista	5	4
18	Huerta de Santa Teresa	2	1
16	San Julián - Feria - San Gil	3	1

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

Revisando los indicadores empleados para obtener este índice, observamos que todas las agrupaciones de barrios que han perdido nivel socioeconómico, según nuestro índice, han registrado un aumento importante del porcentaje de parados según datos del censo 2011 en comparación con el censo de 2001. Así, para la agrupación de barrios “Pedro Salvador - Las Palmeritas - Guadaíra - Bami - Heliópolis”, el porcentaje de parados se ha duplicado en 2011 con respecto a 2001, aumentando en 15 puntos porcentuales.

Por otro lado, las agrupaciones de barrios que han mejorado el nivel del índice, si bien presentan un discreto aumento del porcentaje de parados, registran una reducción considerable tanto del porcentaje de personas con bajo nivel de instrucción como del porcentaje de personas no cualificadas. Esto justificaría la mejora en dos puntos de los barrios de “San Julián - Feria - San Gil”, que han sufrido una gran reordenación urbana, con el consiguiente aumento del poder adquisitivo de la zona y también del nivel de estudios de sus nuevos vecinos.



### Estudio europeo sobre 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, estas se dividen en los llamados “Sub-City District” (SCD), con una población entre 5.000 y 40.000 habitantes para que sean comparables y que pueden coincidir con la división administrativa de distritos o barrios. En España se definen para 16 ciudades con más de 250.000 habitantes.

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

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

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**

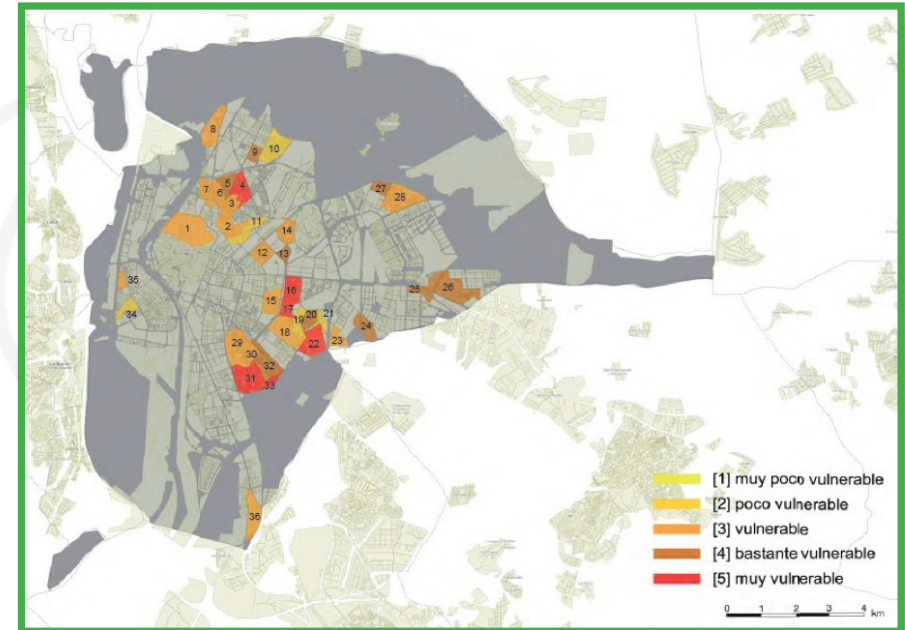
Tal y como se recoge en la metodología del **Atlas de la Vulnerabilidad Urbana en España 2001 y 2011** (Edición de diciembre de 2015, Ministerio de fomento), se consideran Indicadores Básicos de Vulnerabilidad Urbana (IBVU) los siguientes:

- 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.

Se listan a continuación los **barrios vulnerables de la ciudad de Sevilla en 2001** identificados en dicho análisis urbanístico.

- |                       |                             |                       |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 1. Polígono San Pablo | 10. San Gil                 | 19. Palmete           |
| 2. Las Huertas        | 11. Feria                   | 20. Torreblanca Norte |
| 3. Macarena Norte     | 12. Centro                  | 21. Torreblanca Sur   |
| 4. Tres Barrios       | 13. Arenal                  | 22. Nervión           |
| 5. Amate              | 14. Triana                  | 23. Juan XXIII        |
| 6. Cerro del Águila   | 15. Tiro de Línea           | 24. Su Eminencia      |
| 7. Pino Montano       | 16. Murillo                 | 25. San Jerónimo      |
| 8. Begoña             | 17. Las Letanías            |                       |
| 9. La Barzola         | 18. Palacio de<br>Congresos |                       |

*Ilustración 13: Ubicación geográfica de los barrios vulnerables de Sevilla.  
Ministerio de Fomento.*



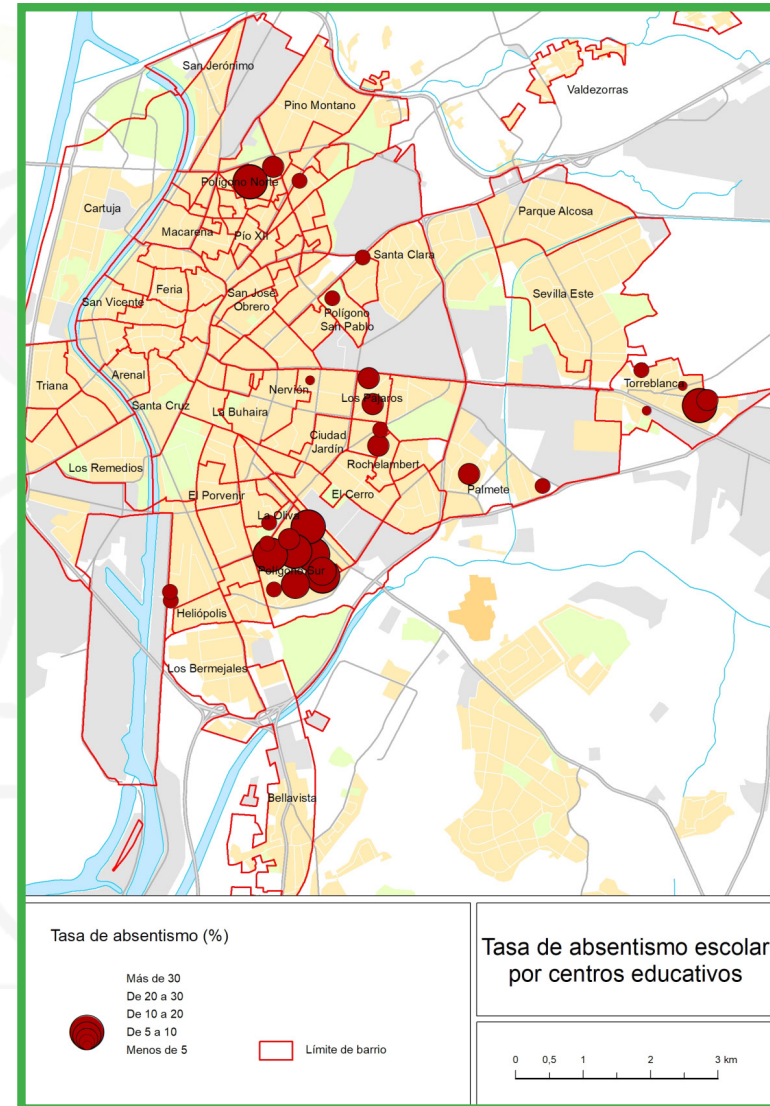
**Absentismo Escolar**

En el informe de la comisión de absentismo de la ciudad del curso 2015-2016 se recogen los datos de las subcomisiones formadas en cada distrito municipal.

*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
<b>Totales</b>		<b>1227</b>	<b>2,1%</b>	<b>59511</b>

*Ilustración 14: Distribución geográfica del absentismo en Sevilla.*



## Personas en situación de dependencia

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

San Pablo - Santa Justa, con 1.784 casos, es decir, el 4,4% de su población, es el Centro que más casos tiene. El segundo es Macarena, que aparece con 1.469 casos y un 3,8% respecto a su población.

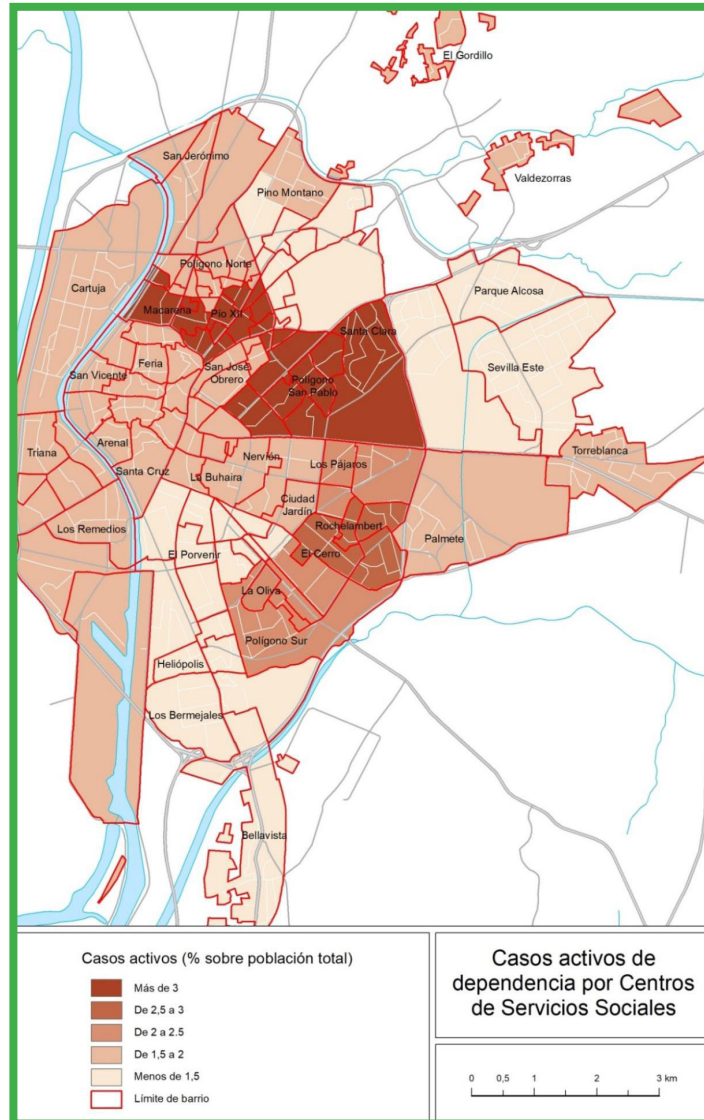
Debemos destacar casos que aunque no suponen un número absoluto muy elevado, sí resultan significativos en cuanto al porcentaje respecto de la población. En este grupo estarían Cerro - Su Eminencia, 2,6%, Tres Barrios - Amate, 2,2% o Polígono Sur, este último registra un número significativamente menor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

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

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



**Personas desempleadas en condiciones de vulnerabilidad**

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

Fuente: Bitácora 2007–2016.

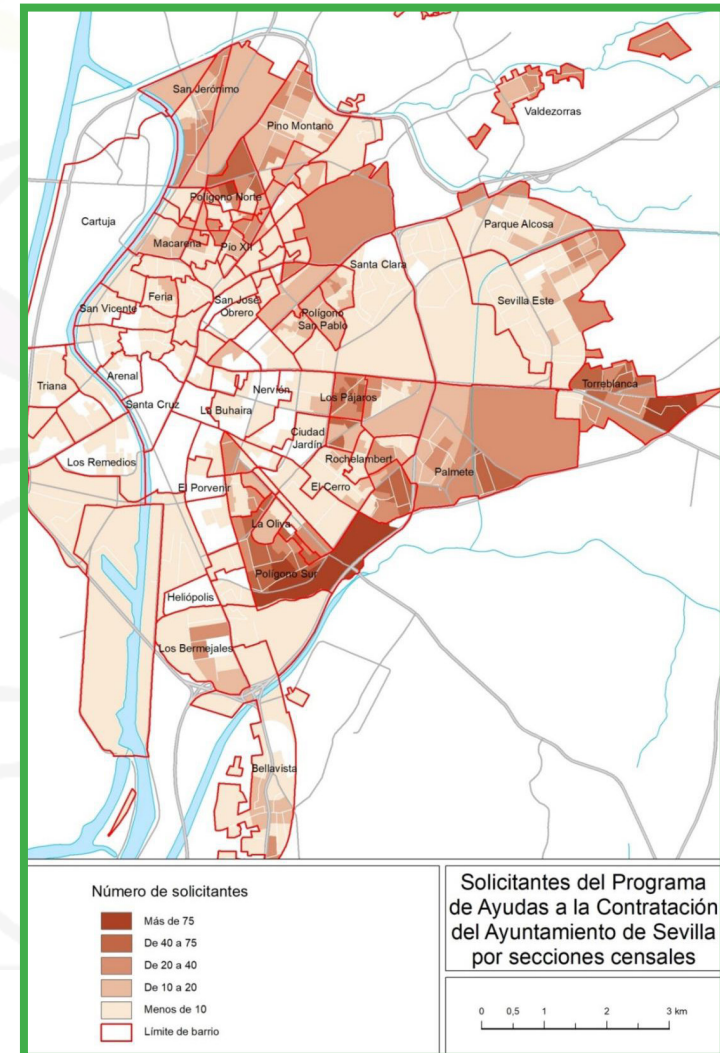
<b>Barrios con mayor número de solicitantes de PACAS (2016)</b>			
Distrito	Barrio	% del total de solicitudes	% de mujeres
Sur	Polígono Sur	12,14%	52%
Este	Torreblanca	11,62%	55%
Cerro - Amate	Los Pájaros	8,2%	55%
Norte	Barriada Pino Montano	4,7%	55%
Cerro - Amate	Palmete	4,5%	61%
Cerro - Amate	La Plata	4,0%	52%
Este	Colores - Entre Parques	3,4%	65%
Macarena	Polígono Norte	3,0%	53%
Norte	San Jerónimo	2,7%	64%
Este	Parque Alcosa - Jardines del Edén	2,6%	59%
Cerro - Amate	Amate	2,4%	64%



*Ilustración 16: Distribución geográfica de las solicitudes del programa PACAS 2016.*

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

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



## D. Morbilidad

Se presenta, a continuación, una tabla con las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), correspondientes al año 2015.

*Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.*

EDO	2015
Anisakiasis	1
Aspergilosis	5
Botulismo	1
Brucelosis	1
Dengue	1
Disentería	10
Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas	2
Enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae	1
Enfermedad meningocócica	8
Enfermedad neumocócica invasora	22
Enfermedad por virus Chikungunya	1
Fiebre Q	5
Fiebre exantemática mediterránea	2
Gripe hospitalizada	45
Hepatitis A	8
Hepatitis B	13
Hepatitis C	20
Hepatitis víricas	1
Herpes Genital	167
Infección genital por Chlamydia trachomatis	275

EDO	2015
Infección gonocócica	209
Infección nosocomial por A. baumannii multirresistente	5
Infección nosocomial por E. coli multirresistente	8
Infección nosocomial por Klebsiella multirresistente	4
Infección nosocomial por S. aureus meticilin resistente	5
Legionelosis	12
Lepra	1
Listeriosis	7
Meningitis bacterianas.	7
Meningitis víricas	27
Paludismo	2
Parotiditis	23
Sífilis	238
Tosferina	55
Tuberculosis	124
Varicela	21
Total	1367

A destacar el elevado número de **infecciones de transmisión sexual (ITS)**, así como la incidencia de casos de **tuberculosis** que se mantiene constante en los últimos años.

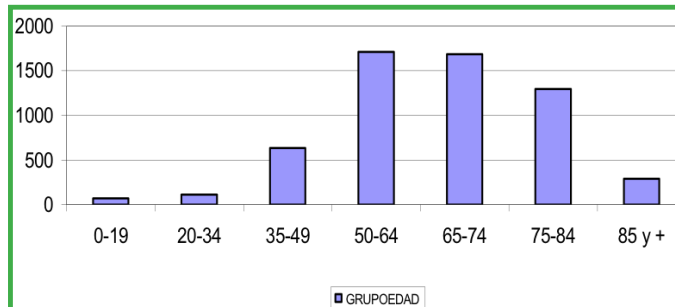
**Incidencia de Cáncer**

En el año 2011 en la provincia de Sevilla el número de nuevos casos diagnosticados del total de cáncer, (excepto cáncer de piel y los tumores hematopoyéticos en mayores de 20 años), fue de 5796 casos, el 57,8 % de los cuales corresponden a hombres y el 42,2 % a mujeres.

Esta distribución es similar a las referidas en otros registros poblacionales de cáncer. La media de edad para los tumores registrados en ese año es de 66 años en hombre y 61 en mujer. Para ambos sexos se observa un aumento del número de casos a medida que aumenta la edad: el 56,4% de las personas enfermas tenían más de 65 años en el momento del diagnóstico, ligeramente superior a lo observado en Andalucía que es del 55%. Sin embargo, esta proporción varía mucho por sexo: en hombres el porcentaje de mayores de 65 años es del 62,0% y en mujeres de 48,7%. Esto es debido a que los principales cánceres que se dan en mujeres lo hacen a una edad más temprana (mama, útero total y ovario).

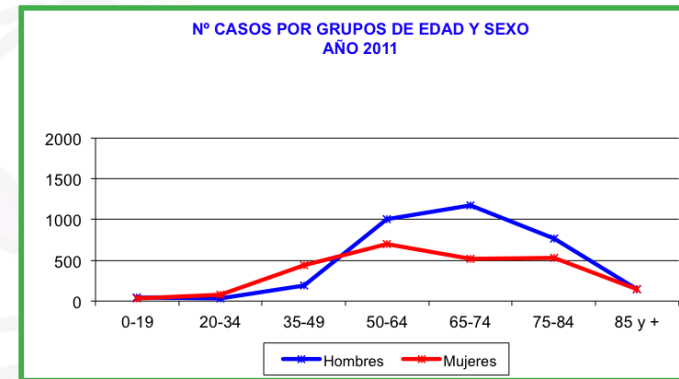
Por grupos de edad, el de mayor número de casos es el de 50 a 64 años, seguido de 65 a 74 años.

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.



En **hombres** el mayor número de cánceres se da en el grupo de edad de 65 a 74 años y en **mujeres** en el de 50 a 64 años.

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.



En el año 2011, el cáncer que representa un mayor porcentaje de casos en hombres es el de próstata con un 21,9%, seguido del colorectal con 19,6% y pulmón con 17,7%.

En mujeres destaca el cáncer de mama que representa el 39,8%, de los tumores registrados en dicho año, seguido del cáncer colorectal con 17,1% y de útero-cérvix con un 9.9 %.

**Vacunación**

Las coberturas vacunales en la ciudad de Sevilla, han alcanzado en vacunación completa el 96,5%

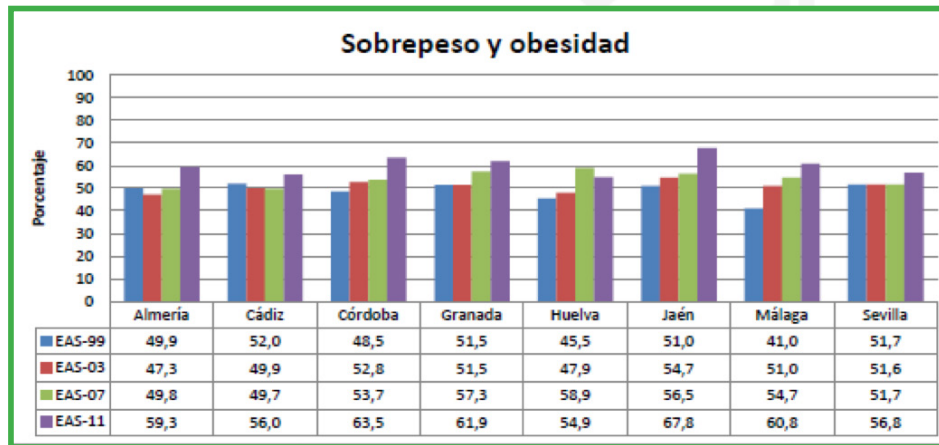
**Sobrepeso y obesidad**

Según la EAS 2011-2012, el 59,7% de la población mayor de 16 años padecía **sobrepeso u obesidad**, un 65% de hombres y un 54,4% de mujeres.

En Sevilla provincia, el incremento de peso pasa del 51,7% en la EAS-99 al 56,8% en la EAS-11, y se encuentra en el tercer lugar después de Huelva y Cádiz, que presentan valores inferiores.

El exceso ponderal disminuye a medida que aumenta el nivel socioeconómico, el nivel de estudios, el de ingreso y el de clase social.

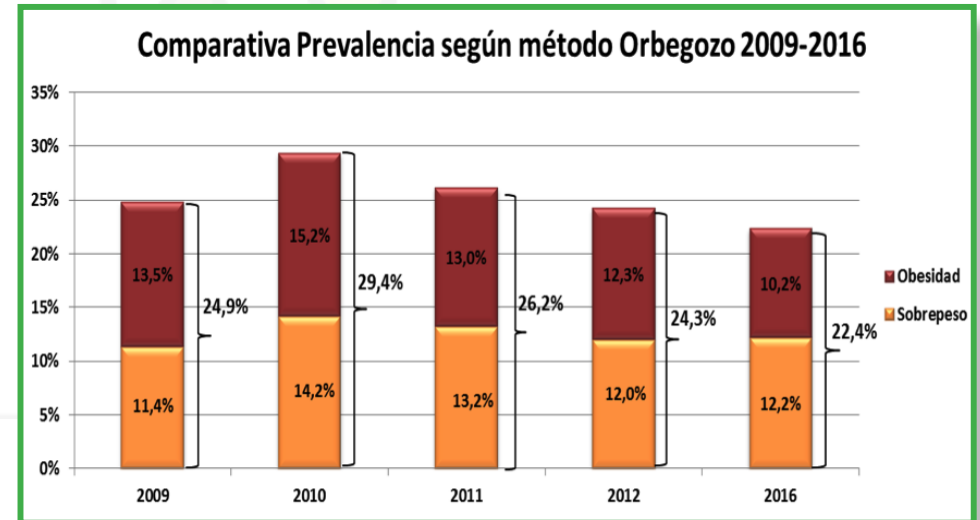
Sobrepeso y obesidad por provincia (1999-2011): *Fuente: EAS 2011-2012.*



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 los 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.

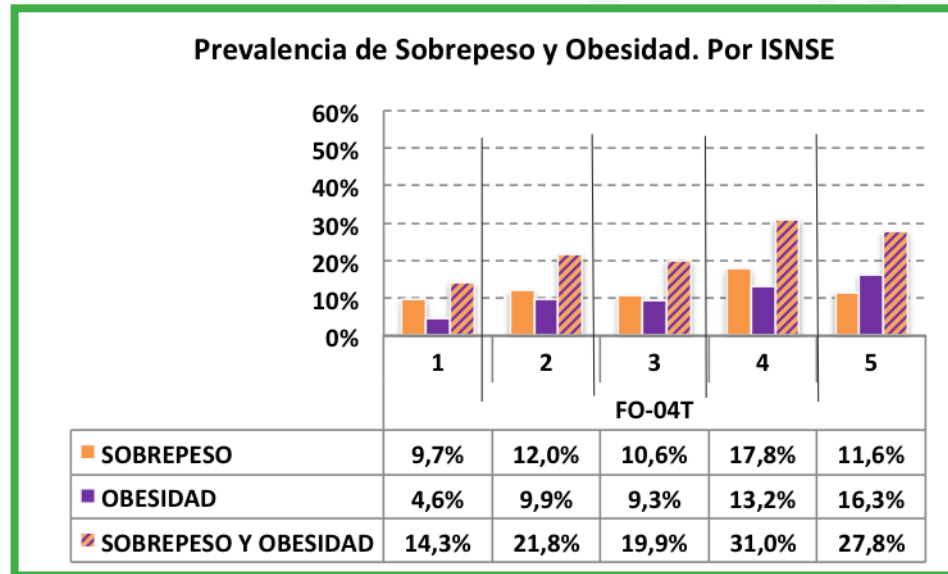
Según estudios sobre prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de la ciudad de Sevilla llevado a cabo por el Servicio de Salud del Ayuntamiento, se obtiene, según criterios de Orbeago-04T, una disminución en las cifras desde el año 2010 al 2016.

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



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.

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



Y en cuanto al riesgo de los escolares de Sevilla a padecer síndrome metabólico, estimado a partir de la medición del perímetro abdominal, los datos obtenidos han sido del 19,6%, 17,6% y 18,5% respectivamente para los años 2010, 2011 y 2012, asociándose este riesgo con mayor frecuencia a escolares que presentan sobrepeso u obesidad.

### E. Mortalidad

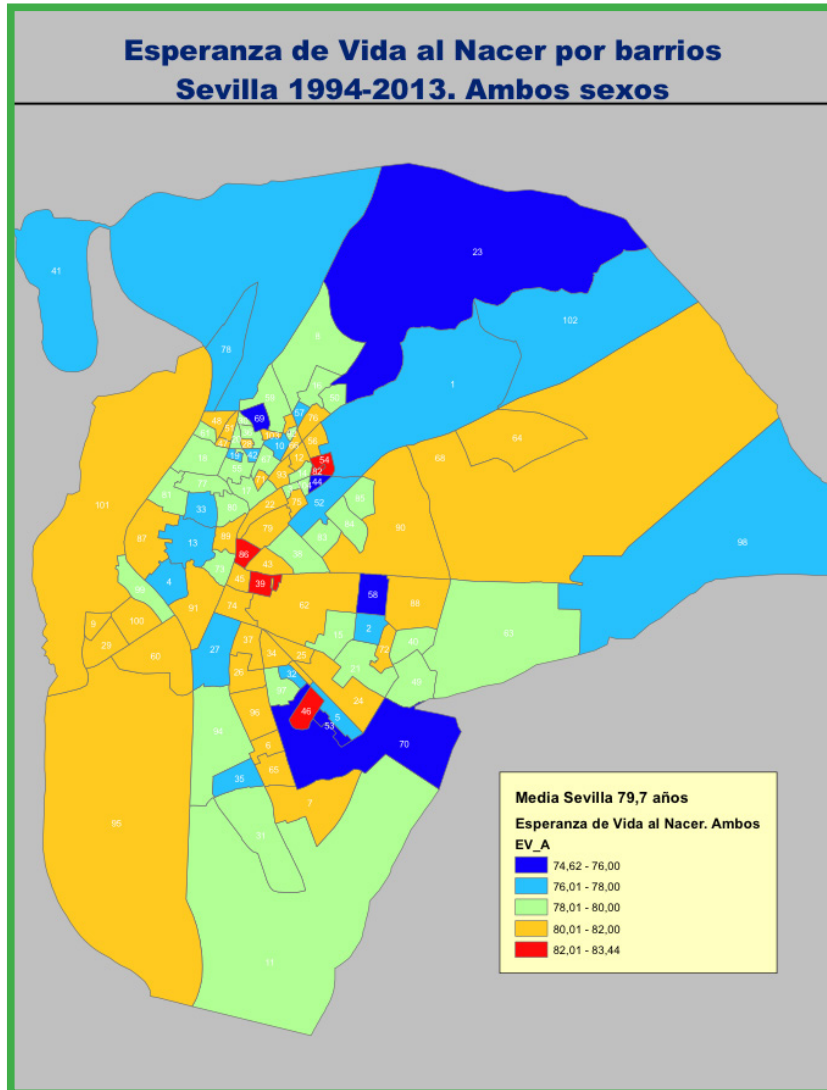
Se define **esperanza de vida al nacer** como el número de años que un recién nacido viviría de media si las tasas de mortalidad por edades registradas en el momento de su nacimiento se mantuvieran constantes durante toda su vida.

La esperanza de vida al nacer sigue aumentando en toda Andalucía y para la ciudad de Sevilla, en 2014, se sitúa en 84,5 años para las mujeres sevillanas y 78,4 para los hombres.

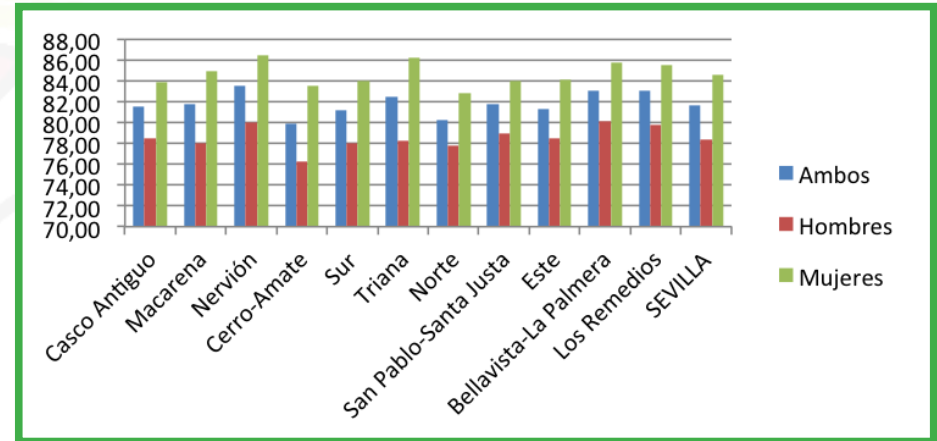
A nivel de distritos municipales, es en el distrito Nervión donde más alta es la esperanza de vida tanto en hombres como en mujeres. El distrito con menor esperanza de vida para ambos sexos es Cerro - Amate. La diferencia en años de esperanza de vida entre el distrito con más esperanza y el que menos fue de 4 años para los hombres y 3 para las mujeres.

Por barrios y para el periodo de 1994 a 2013 la diferencia entre el barrio con mayor esperanza de vida para ambos sexos (San Matías) y el de menor esperanza (Polígono Sur) es de 8,8 años.

Ilustración 17: Distribución geográfica de la esperanza de vida al nacer por barrios de Sevilla.



Fuente: Informe de Salud de la ciudad de Sevilla. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



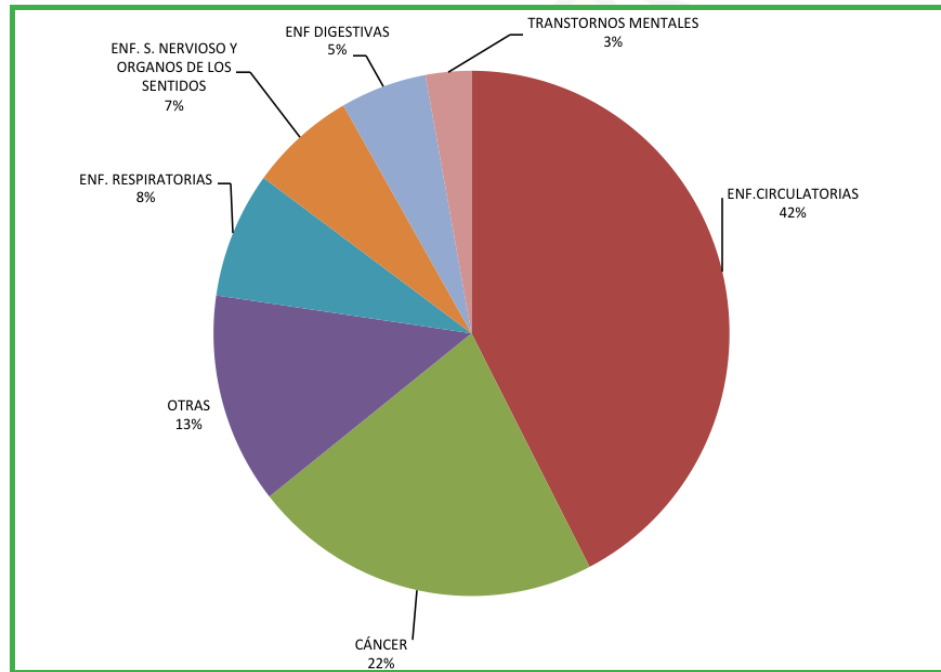
**Principales causas de muerte**

Las **enfermedades del aparato circulatorio** constituyen la primera causa de muerte en las mujeres y la segunda en los hombres para el periodo 2011-2014. A estas enfermedades se atribuyen el 42% y el 31% del total de las defunciones registradas en las mujeres y en los hombres respectivamente. Para el mismo periodo, los **tumores** representan la primera causa para los hombres y la segunda para las mujeres con el 33% y el 22% respectivamente.



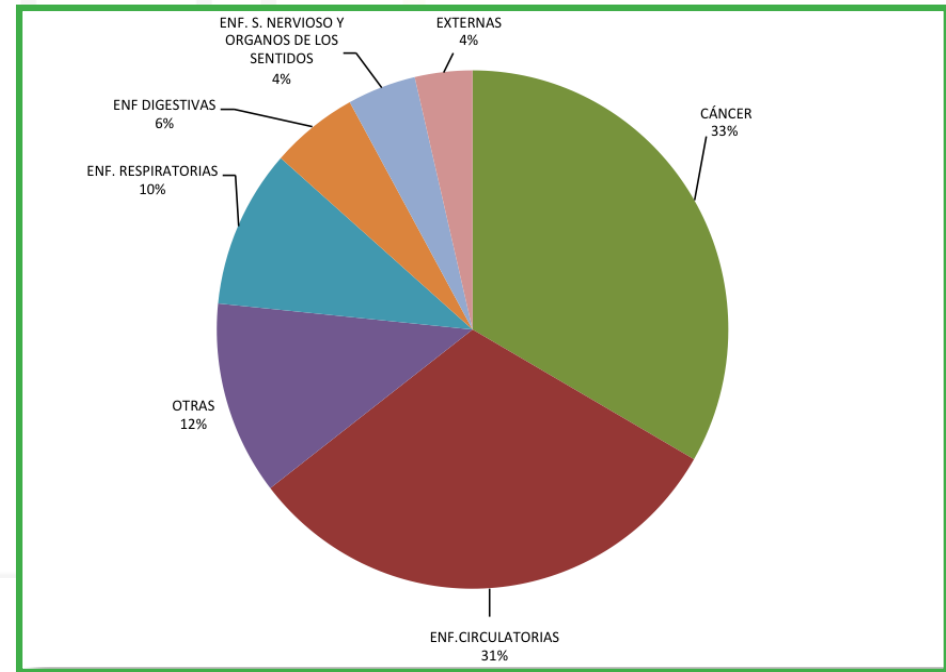
Fuente: Informe de Salud de la ciudad de Sevilla. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.

Principales causas de mortalidad en mujeres. Sevilla 2011-2014	
Causas	Porcentaje
Enfermedades Circulatorias	42%
Cáncer	22%
Otras	13%
Enfermedades respiratorias	8%
Enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos	7%
Enfermedades digestivas	5%
Trastornos mentales	3%



Fuente: Informe de Salud de la ciudad de Sevilla. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.

Principales causas de mortalidad en hombres. Sevilla 2011-2014	
Causas	Porcentaje
Enfermedades Circulatorias	31%
Cáncer	33%
Otras	12%
Enfermedades respiratorias	10%
Enfermedades digestivas	6%
Enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos	4%
Externas	4%

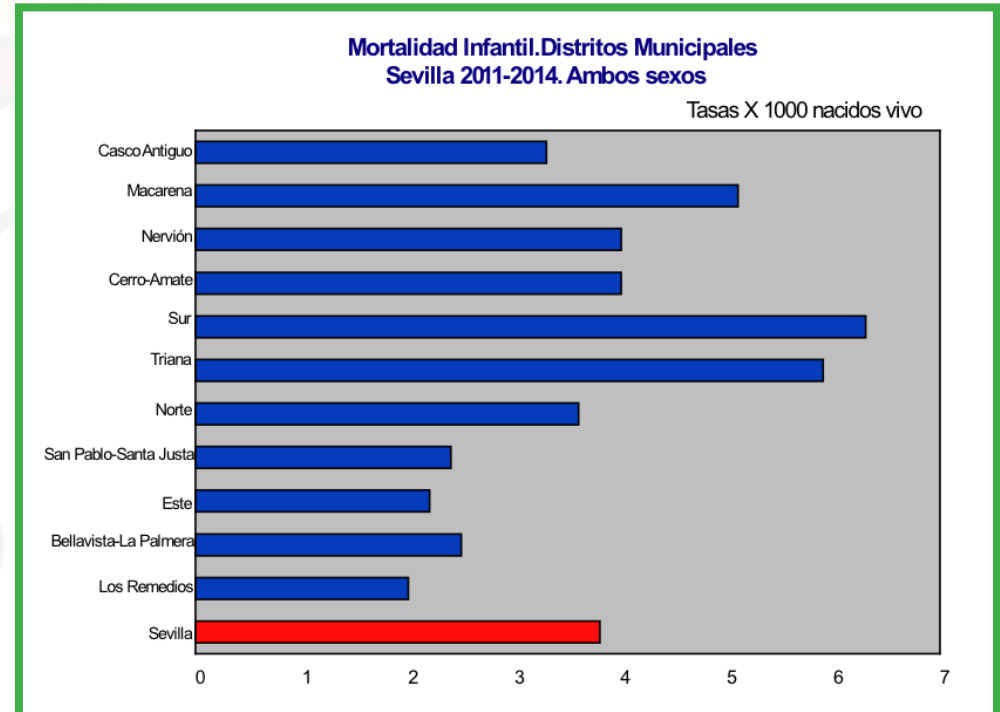


**Mortalidad infantil**

La mortalidad infantil es un indicador importante en el estudio de la mortalidad en nuestra ciudad. El distrito Sur es el que tuvo una mayor mortalidad infantil en el periodo de 2011 a 2014, con una cifra de 6,26 defunciones por 1.000 nacidos vivos. El distrito que menos defunciones infantiles tuvo fue Los Remedios con 2 defunciones por 1.000 nacidos vivos. La tasa de la ciudad se situó en 3,8 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

Es importante comentar la alta variabilidad que existe de este indicador entre distintos periodos del cálculo de la mortalidad infantil, debido al número tan pequeño de defunciones infantiles por distrito.

*Fuente: Informe de Salud de la ciudad de Sevilla. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.*





**Razón de Mortalidad Estandarizada (RME)**

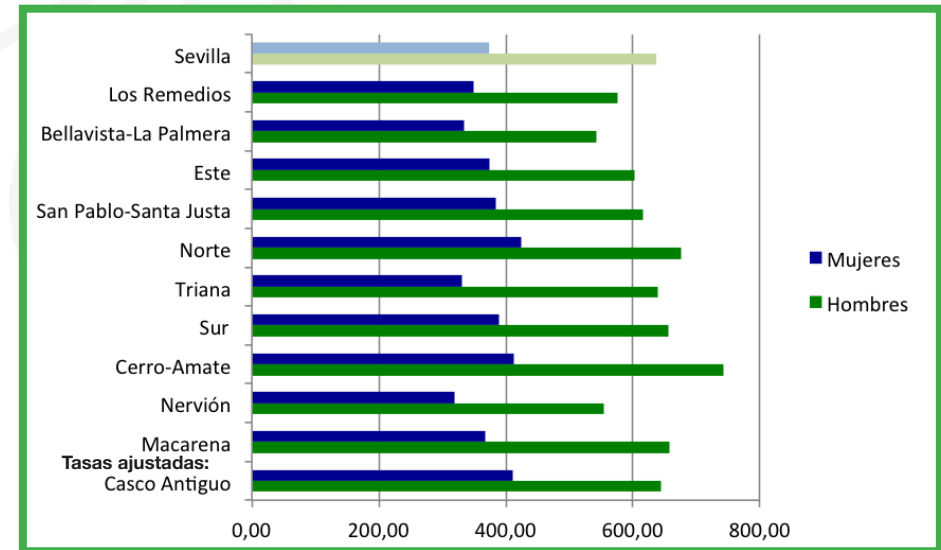
Este indicador relaciona las muertes observadas, en cada una de las zonas territoriales estudiadas, con las esperadas para esa zona si se murieran con la misma tasa que tiene la ciudad de Sevilla, que sería el valor estándar.

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.

El análisis por distrito de la mortalidad general para el periodo 2011-2014, nos muestra que es en Cerro - Amate donde las tasas ajustadas son más altas para los hombres y el distrito Norte para las mujeres.

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

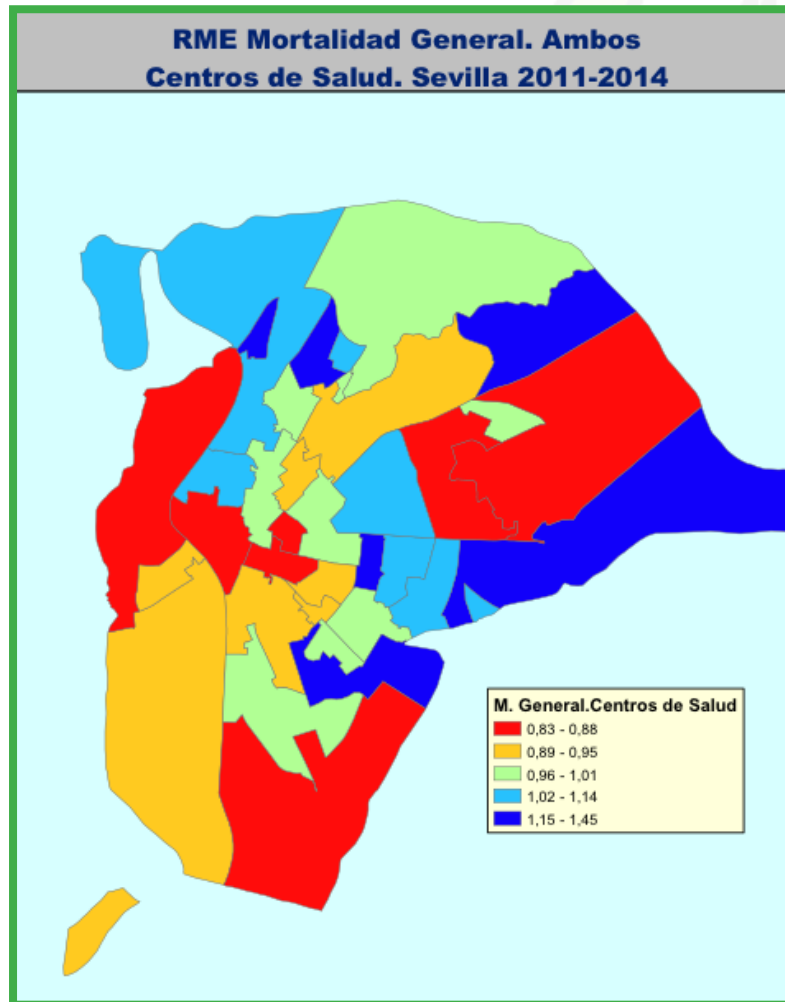
*Fuente: IECA. Elaboración propia.*



**Mortalidad por Centros de Salud**

En el siguiente mapa se presenta la RME de la mortalidad general por Centro de Salud (CS).

*Ilustración 18: Distribución geográfica de la RME Mortalidad General por centros de salud.*



Las mayores diferencias en **mortalidad general en las mujeres** de la ciudad de Sevilla para el período de 2011 a 2014 fueron 2,32 defunciones por 1.000 personas/año, entre los CS de Valdezorras y Bellavista, con valores de las tasas ajustadas por edad de 5,13 y 2,81 defunciones por 1.000 personas/año respectivamente. Medido en cifras relativas con respecto a la tasa estándar de la ciudad de Sevilla el CS de Valdezorras presenta un 76 % más de mortalidad (RME de 1,76), y Bellavista un 20 % menos (RME de 0,80).

En los **hombres** las diferencias fueron mayores. En mortalidad general fue de 5,64 defunciones por 1.000 personas-año, entre los CS de La Candelaria y Huerta del Rey, con valores de las tasas ajustadas por edad de 11,06 y 5,42 defunciones por 1.000 personas/año respectivamente.

Las RME con valores extremos correspondieron a los CS de María Fuensanta Pérez Quirós, con RME de 0,73, y Polígono Sur, con RME de 1,57 que suponían un 57% de más mortalidad en los hombres del Polígono Sur y un 127 % menos de mortalidad en el CS María Fuensanta Pérez Quirós que en la ciudad de Sevilla. En mortalidad prematura, la razón de tasas de APVPs fue de 5,98 entre los CS de Huerta del Rey y La Candelaria.



**Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)**

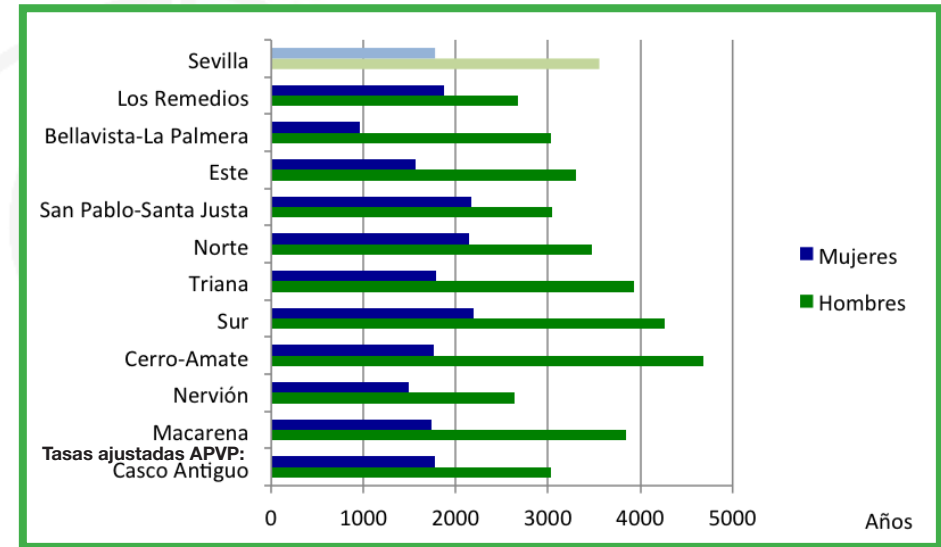
Son una de las medidas del impacto relativo de varias enfermedades y de los problemas de salud en la sociedad, los cuales ilustran acerca de las pérdidas que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Se considera que una muerte es prematura cuando 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 solo el evento mismo de la muerte permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren a 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 la gráfica siguiente se observa que es en el distrito Cerro - Amate donde se dan más muertes prematuras en los hombres y para todas las causas. El mayor número de años potenciales de vida perdidos para las mujeres se da en el distrito Sur.

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.*

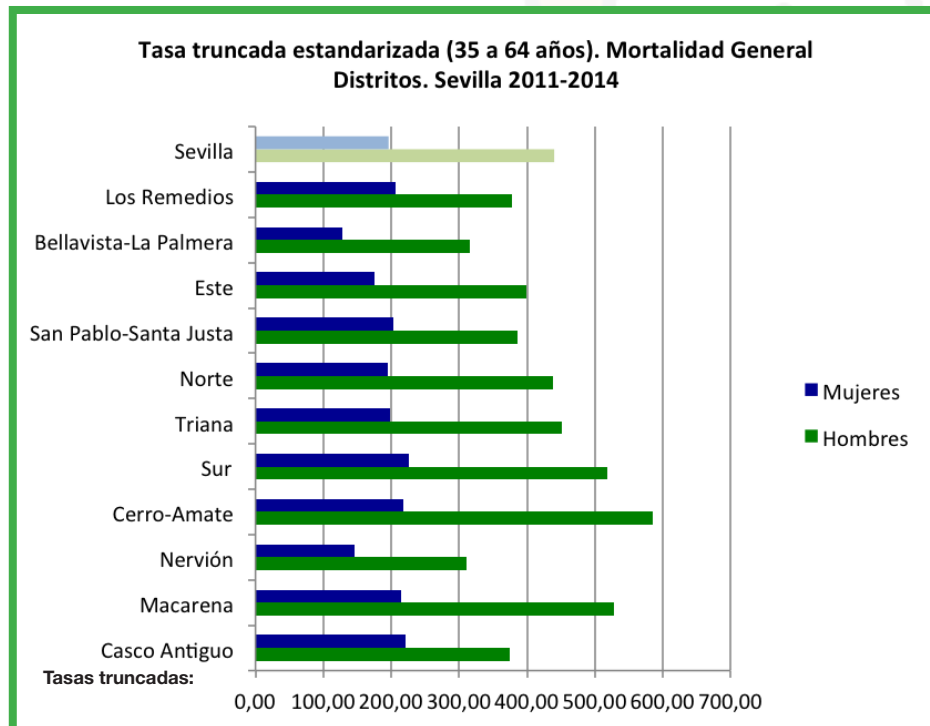


**Tasa Truncada**

Otro indicador de muerte prematura es la Tasa Truncada, defunciones que se producen entre los 35 y los 64 años de edad. Los distritos que presentan las tasas truncadas estandarizas, tanto para la Mortalidad General como para Los Tumores malignos, más altas son Cerro - Amate, Sur, y Macarena. Las tasas más bajas se dan en los distritos de Nervión, Bellavista - La Palmera y Los Remedios.

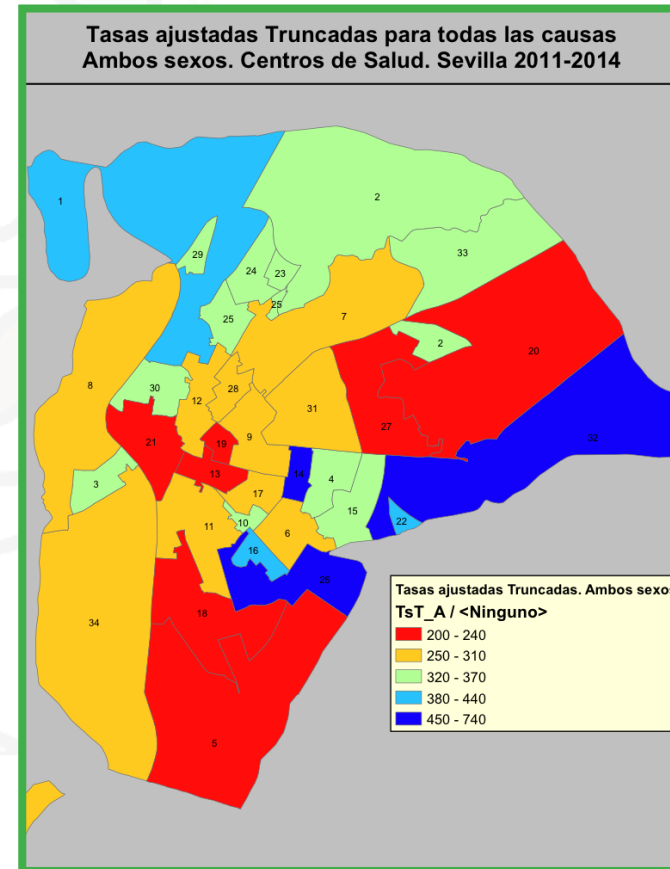
En la siguiente gráfica se muestra la Tasa Truncada por 100.000 habitantes de mortalidad por todas las causas, en los distritos de Sevilla (2011-2014).

*Fuente: IECA. Elaboración propia.*



Las zonas de influencia de los Centros de Salud que presentan unas tasas ajustadas truncadas más altas son Polígono Sur, La Candelaria y Torreblanca.

*Ilustración 18: Distribución geográfica de las Tasas Ajustadas Truncadas por centros de salud.*



## F. Entorno Medioambiental

### Zonas verdes

La siguiente tabla, publicada en el Anuario Estadístico de la ciudad de Sevilla 2014, recoge la distribución de esta superficie por tipo de zonas verdes y distritos.

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

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

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

Sevilla capital cuenta con una **superficie total de casi 10.000 km<sup>2</sup> de zonas verdes**, lo que supone **14 m<sup>2</sup> por habitante**, cifra acorde a las recomendaciones de la OMS que establece que las ciudades deben disponer, como mínimo, de entre 10 y 15 metros cuadrados de área verde por habitante, distribuidos equitativamente en relación a la densidad de población. Según recoge la **Web del Servicio de Parques y Jardines del Ayuntamiento de Sevilla**, los parques, jardines y zonas verdes de Sevilla se clasifican como:

- Parques y jardines históricos (5)
- Parques urbanos (7)
- Jardines de distrito (16)
- Paseos arbolados (11)
- Plazas ajardinadas o arboladas (10)
- Glorietas y rotondas (5)
- Zonas verdes y parques periféricos (2)

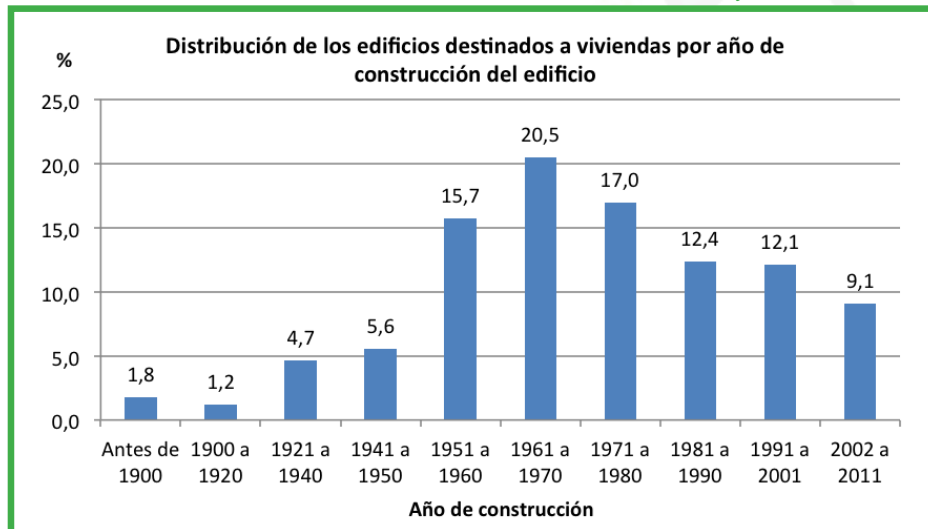
La ciudad cuenta también con los espacios sociales para cultivos agrícolas de Miraflores, Alcosa - Tamarguillo, San Jerónimo, San Antonio, Guadaíra, Torreblanca y Bellavista.

**Construcciones**

Según los resultados obtenidos de los Censos de Población y Viviendas de 2011, Sevilla capital cuenta con un total de 57.946 edificios, de los cuales el 98% están destinados, principal o exclusivamente, a vivienda. El 91% de dichos edificios se encuentra en buen estado (el edificio no tiene las bajadas de lluvia o la evacuación de aguas residuales en mal estado, ni hay humedades en la parte baja del edificio o filtraciones en los tejados o cubiertas; no existen grietas acusadas o abombamientos en alguna de sus fachadas, ni hay hundimientos o falta de horizontalidad en techos o suelos o se aprecia que haya cedido la sustentación del edificio).

El gráfico siguiente presenta la distribución de los edificios destinados a viviendas en función del año de construcción; un 20% de los edificios tienen más de 40 años, y solo el 9% se construyeron en la última década.

*Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados detallados de los Censos de Población y Viviendas 2011, INE.*



La tabla siguiente recoge el porcentaje de edificios destinados a viviendas que presentan distintas instalaciones consideradas en el Censo.

*Fuente: INE. Resultados de los Censos de Población y Viviendas 2011.*

<b>Instalaciones de los edificios destinados principal o exclusivamente a viviendas</b>	
<b>Instalaciones del edificio</b>	<b>%</b>
Accesibilidad del edificio	33,7
Ascensor	16,0
Disponibilidad de garaje	15,1
Gas	46,1
Tendido telefónico	98,0
Evacuación de aguas residuales por alcantarillado	99,3
Otro sistema de evacuación de aguas residuales	0,5
Agua caliente central	28,9

El 33,7% de los edificios de viviendas son accesibles, es decir, una persona en silla de ruedas puede acceder desde la calle hasta dentro de su vivienda sin ayuda de otra persona (esta característica del edificio se ha investigado en campo en relación con disponer o no de ascensor). El 16% de los edificios tienen ascensor y el 15% garaje. Prácticamente la totalidad de los edificios cuenta con conexión de teléfono (98%) y evacuación de aguas residuales a través de alcantarillado (99%).

Según los resultados del censo de 2011, Sevilla capital cuenta con 337.225 viviendas, de las cuales el 80% son principales, el 6% son secundarias y el 14% están vacías. La superficie media de las viviendas principales es de 86 metros cuadrados (33 m<sup>2</sup> por ocupante) y cuentan con una media de 5 habitaciones (incluye la cocina, los dormitorios y todas las habitaciones de 4 metros cuadrados o más; no se incluyen cuartos de baño, vestíbulos, pasillos ni terrazas abiertas). El 26,6% de dichas viviendas disponen de calefacción y el 62% de acceso a internet.

El 32% de las viviendas principales son alquiladas y el 81% en propiedad, de las cuales 4 de cada 10 tienen hipoteca.

## Accesibilidad

El Ayuntamiento de Sevilla tiene la firme voluntad de convertir el municipio en una “Ciudad Accesible”, asumiendo los principios enumerados en el artículo 2 de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad modificada por la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de Adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Para ello el Ayuntamiento ha elaborado una Ordenanza específica como instrumento que desarrolle y complemente, en el ámbito municipal, la normativa de rango estatal y autonómico en materia de accesibilidad: “Ordenanza Municipal para la Accesibilidad Universal”.

Esta ordenanza tiene por objetivo, por tanto, completar la normativa sectorial vigente de forma concreta para los proyectos, obras y, en general, actuaciones en materia de accesibilidad que se realicen en el municipio de Sevilla.

Finalmente, la ordenanza se presenta como referente en materia de accesibilidad para el resto de Ordenanzas y Reglamentos municipales, sobre las que prevalecerá en todos aquellos aspectos que no hayan sido regulados por la normativa sectorial de rango superior, autonómico o estatal.



La **Gerencia de Urbanismo del Ayuntamiento** tiene encomendada la tarea de hacer accesible el espacio público entendiendo la accesibilidad como Universal bajo el lema “un diseño para todos”. Por ello:

Colabora directamente en los grandes proyectos de infraestructura urbana que promueve EMASESA, en los que el personal técnico de la Gerencia definen el proyecto de reurbanización y actúan coordinando las obras de reurbanización del espacio urbano.

Promueve obras de reurbanización y mejoras de la accesibilidad en el espacio público, dichas obras se desarrollan en colaboración con los distritos, promoviendo actuaciones, priorizando y canalizando las demandas de la ciudadanía.

Esta Gerencia cuenta con una **Oficina de Accesibilidad** cuyos objetivos son:

- Promover una actuación continuada e integral hacia la accesibilidad en nuestra ciudad.
- Conocer las dificultades de acceso a los ámbitos arquitectónico, urbanístico, del transporte, de la comunicación y laboral, básicos para la vida independiente en el medio físico y social.
- Proponer iniciativas, formular recomendaciones y realizar el seguimiento de las actuaciones.

- Fomentar las vías de comunicación y participación de colectivos y agentes para el análisis y toma de decisiones.
- Asumir un papel activo de coordinación entre la Administración Municipal y sus Áreas así como entre éstas y colectivos y agentes.
- Trabajar eficazmente en la resolución de propuestas y demandas individuales y colectivas.



### Instalaciones hídricas

La **Sección de Salud y Medio Ambiente** perteneciente al Servicio de Salud, dentro de su marco competencial, realiza las inspecciones de las instalaciones con riesgo para la transmisión de la Legionella.

Los distritos municipales Casco Antiguo y Los Remedios son aquellos que conllevan mayor vigilancia por parte de Salud y Medio Ambiente para el control y prevención de la Legionelosis en la ciudad de Sevilla, debido a que en ellos se agrupan casi la totalidad de la zona turística de Sevilla, existen gran concentración de hoteles, hostales y apartamentos turísticos, así como muchos edificios de oficinas y centros comerciales.

Teniendo en cuenta la cantidad de hoteles/hostales y centros comerciales que se localizan en estos distritos municipales, destacan sobre las otras instalaciones existentes los sistemas de agua caliente sanitaria (ACS) y sistemas de refrigeración por agua (Torres de refrigeración (TRF) para la producción de aire acondicionado).

Las torres de refrigeración están encuadradas en la legislación como equipos con mayor probabilidad de proliferación y dispersión de Legionella por su alta dispersión de las microgotas, situándose el mayor número de torres en el barrio de Los Remedios.

En la tabla siguiente se presenta el tipo y el número de instalaciones sobre las que se realiza el control para la prevención de la Legionelosis.

*Fuente: Negociado de Instalaciones Hídricas y Calidad del Aire.*

<b>Censo de Instalaciones para Control y Prevención de la Legionelosis</b>	
<b>Instalaciones</b>	<b>Censo</b>
Agua Caliente Sanitaria / Agua Fría de Consumo Humano.	282
Fuente Ornamental.	111
Agua Agitada con Inyección de Aire.	36
Piscina de Uso Colectivo.	309
Sistema de Climatización Exterior (Microclima).	203
Sistema Contraincendios.	163
Tren de Lavado de Vehículo.	34
Torre de Refrigeración.	163
<b>TOTALES.</b>	<b>1.301</b>

Los datos estadísticos nos muestran que los sistemas de agua caliente sanitaria junto con las torres de refrigeración son los causantes del mayor número de personas afectadas por la enfermedad de la Legionelosis, seguido, posteriormente, de fuentes ornamentales y microclimas.

Desde hace unos años se ha detectado que ha proliferado la instalación de un tipo de sistema de nebulización de agua sobre personas, en concreto en el centro turístico de Sevilla y sus alrededores, acorde a las altas temperaturas de nuestra ciudad. Son los conocidos, comúnmente, como Microclimas (Sistemas de Climatización Exterior (SCE), que no son otra cosa que Sistemas de enfriamiento evaporativo que utilizan agua. Estos sistemas pulverizan agua directamente al ambiente y sobre personas o alimentos consiguiendo así una disminución de la temperatura ambiente.

Una gran ayuda para la elaboración de un censo oficial de estas instalaciones que nebulizan agua sobre personas (Microclimas) fue su inclusión en la disposición adicional segunda contemplada en la ordenanza reguladora de las terrazas de veladores, aprobada el 1 de abril de 2013 en pleno del Ayuntamiento de Sevilla. Esta ordenanza obliga a los establecimientos públicos que posean microclimas a notificar la existencia de dicha instalación a la Sección competente (Sección de Salud y Medio Ambiente).

A lo largo del año se desarrollan en la Sección de Salud y Medio Ambiente una serie de planes especiales ligados a los eventos que se suceden en Sevilla. La Semana Santa, Feria de Sevilla, Velá de Santa Ana o acontecimientos deportivos (Mundial de Baloncesto, Copa Davis), son alguna muestra de ellos.

Durante la Semana Santa se pone especial atención a las instalaciones situadas en los hoteles localizados en el centro de Sevilla, para la Feria de Sevilla se pone toda la atención en el barrio de los Remedios, para La Velá de Santa Ana la atención recae en el barrio de Triana y, por último, para la celebración de un evento deportivo, como puede ser el Mundial de Baloncesto, se realizan controles específicos en los centros deportivos donde se celebran estos eventos, al igual que en los hoteles donde se hospedarán los equipos participantes en el evento. En definitiva, se controlan las zonas de mayor afluencia de personas durante la celebración de alguna festividad o evento.

Otro programa anual llevado a cabo son las inspecciones de piscinas de uso colectivas (PUC) en la época estival, encontrándose el mayor número de estas piscinas en el Distrito 9 (Este - Alcosa - Torreblanca). Dicho cometido es compartido con el equipo de inspectores e inspectoras del distrito sanitario de la Junta de Andalucía. Los establecimientos que se visitan son las instalaciones deportivas, hoteles, comunidades de vecinos, clubs sociales, Parques Acuáticos y Temáticos, etc. que posean una piscina de uso colectivo.



Durante el año 2015 y 2016 desde la Sección de Salud y Medio Ambiente se ha realizado un estudio mediante el muestreo de los sistemas de producción de agua caliente (termos de gas, duchas, calderas, termos eléctricos, etc.) y el almacenamiento de agua fría de consumo humano (depósitos de agua, aljibes) ubicados en los domicilios particulares de las personas afectadas de legionelosis declaradas en Sevilla, obteniendo los siguientes resultados:

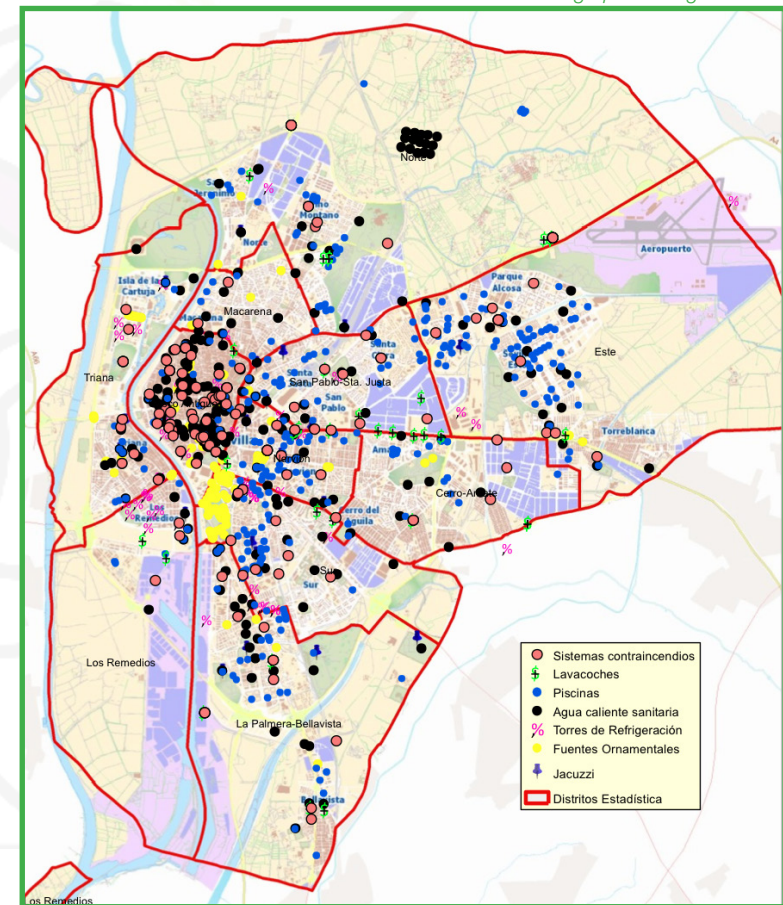
*Fuente: Negociado de Instalaciones Hídricas y Calidad del Aire.*

Casos declarados de personas afectadas de Legionelosis en Sevilla			
Año	Analíticas Positivas	Analíticas Negativas	Nº total de casos (afectados) declarados
2014	2	4	6
2015	0	10	10
2016	5	16	21
2017 (a 10/05/2017)	1	4	5

En la tabla anterior se observa cómo el número de las personas afectadas por legionelosis en Sevilla ha sufrido un aumento importante desde el año 2015 al año 2016, al igual que el consiguiente repunte de analíticas positivas del año 2016.

En el siguiente mapa se presenta la localización de las distintas instalaciones hídricas con riesgo para la legionelosis.

*Ilustración 19: Distribución geográfica de las instalaciones hídricas con riesgo para la legionelosis.*



## La calidad del aire

La competencia para la información al público en materia de calidad del aire corresponde a la **Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio de la Junta de Andalucía**, publicándose en su web los informes diarios.

Complementariamente, la **Agencia Local de la Energía** publica aquellas situaciones en las que se produce cualquier tipo de superación de los parámetros legislados y que se controla a través de la **Red de Vigilancia Ambiental para la calidad del Aire**.

La Red de Vigilancia Ambiental de Sevilla tiene como misión conocer la calidad del aire del municipio. Dispone para ello de una serie de cabinas distribuidas por distintas zonas de la ciudad y equipadas con sensores que miden tanto los niveles de emisión de contaminantes como ciertos parámetros meteorológicos.

Los contaminantes que se monitorizan son:

- **Partículas en suspensión (PM10):** partículas de tamaño inferior a 10 micras, que al ser livianas son susceptibles de ser inhaladas y depositadas en las vías respiratorias.
- **Partículas en suspensión (PM2,5):** al igual que la anterior, son partículas pero de tamaño inferior a 2,5 micras.
- **Dióxido de azufre (SO<sub>2</sub>):** se forma en procesos de combustión, es un gas incoloro.

- **Monóxido de carbono (CO):** gas incoloro e inodoro proveniente fundamentalmente de procesos de combustión de vehículos.
- **Óxidos de nitrógeno (NO y NO<sub>2</sub>):** gas de color rojizo, proveniente de procesos de combustión y que en contacto con la luz solar puede dar lugar a contaminantes como el ozono.
- **Ozono (O<sub>3</sub>):** proveniente de procesos fotoquímicos producido por la acción de la luz solar, puede afectar la visión y los sistemas respiratorio y circulatorio.
- **Parámetros meteorológicos:** velocidad, dirección de viento, presión, temperatura, radiación solar, precipitación...

Por su parte, la Consejería de Agricultura, Pesca y Medio Ambiente de la Junta de Andalucía realiza un balance anual de la calidad del aire en la comunidad, comparando los niveles registrados con los valores límite y objetivo establecidos para los diferentes contaminantes.

Las estaciones de medición de la calidad del aire se encuentran en:

- Bermejales
- Los Príncipes
- Santa Clara
- Torneo



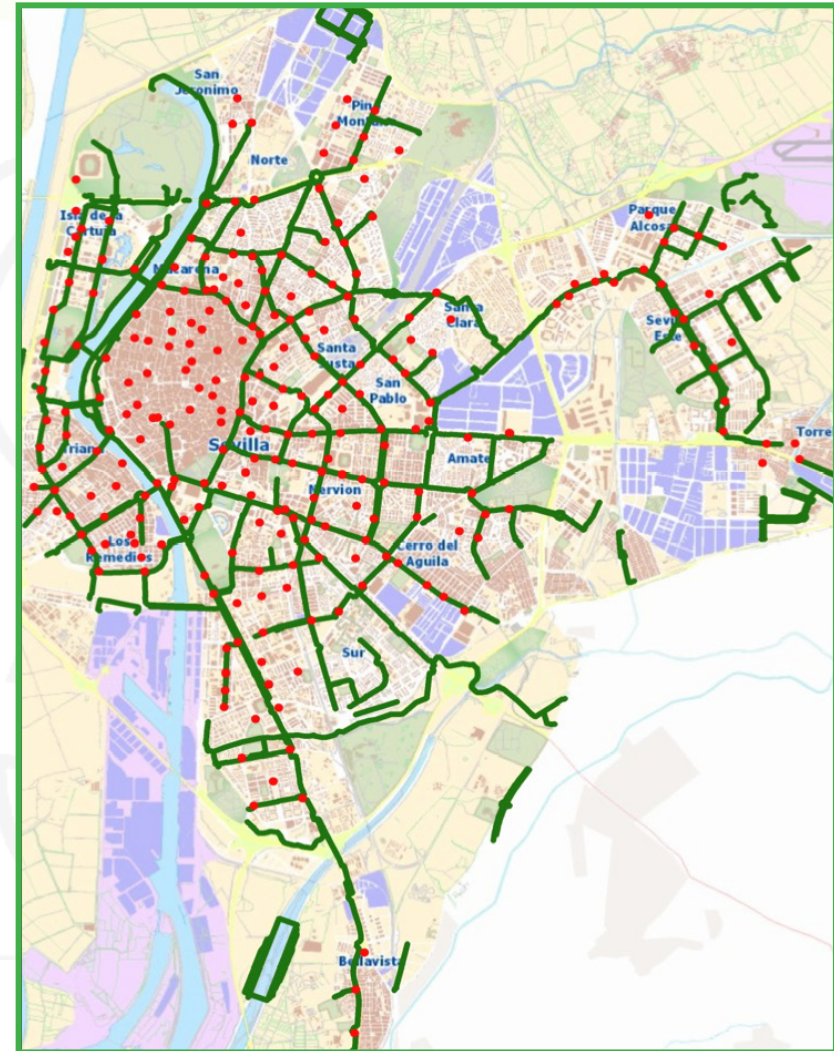
**Carril bici y red de bicicletas**

La ciudad de Sevilla cuenta desde 2007 con un **Plan Director para el fomento del transporte en bicicleta**. En marzo de 2009 la asamblea constituyente de la red de Ciudades por la bicicleta presentó la adhesión de Sevilla a la declaración sobre el uso de la bicicleta como medio de transporte saludable, ecológico y sostenible. Actualmente, la ciudad cuenta con una red de vías ciclistas con una longitud total de 142 Km., 2,5 m de anchura media en forma de vía segregada con protección y señalización específica.

La ciudad dispone también de un **sistema público de préstamo de bicicletas** denominado **SEVICI**, implantado en el mes de julio de 2007. Según la memoria de evaluación SEVICI (año 2013) de la Gerencia de Urbanismo del Ayuntamiento de Sevilla, el sistema cuenta con 2.650 bicicletas, 260 estaciones con un total de 5.163 puntos de enganche o borquetas para realizar los préstamos y las devoluciones y una oficina de atención al cliente o “call-center”, en el Edificio Laredo ubicado en la Plaza de San Francisco.

El número de personas abonadas registró un máximo en 2009 - 6.596.826 alquileres de bicicletas -, estabilizándose en los años siguientes en torno a los 5.000.000 de alquileres anuales. En 2013 se registró un descenso porcentual del 17,6% en el número de alquileres de bicicletas respecto al anterior de 2012.

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





## Zonas acústicamente saturadas

Los resultados presentados en la memoria resumen de la revisión del mapa estratégico del ruido del término municipal de Sevilla ponen de manifiesto que el principal foco de emisión y el más relevante sobre la población es el tráfico rodado.

Más del 70% de la población que vive cerca de los viales se ve sometida a niveles que están por encima de los 65 decibelios en el periodo de día e igualmente estos porcentajes se mantienen durante la tarde.

La afección en el periodo nocturno muestra que aproximadamente el 60% de la población cercana a los focos de carreteras se ve afectada por valores por encima de los 55 decibelios.

El estudio poblacional muestra que al menos una población de alrededor de 88.000 personas está sometida a niveles de hasta 75 decibelios, valores muy lejos de lo legalmente admisible en zonas residenciales y de lo recomendando por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

En el caso de los focos industriales su afección es mucho menor que la que ocasiona el tráfico rodado. No obstante, encontramos que durante el periodo de día existe una población de cerca de 1.400 personas que viven en las proximidades de este tipo de áreas y que se ven sometidas a niveles de hasta 60 decibelios, valores, por otro lado, acordes con lo que marca la legislación para zonas residenciales, por lo que la afección no es significativa en grado de molestia para este tipo de actividades.

Esto puede deberse a que las zonas industriales integradas en el núcleo poblacional no presentan grandes industrias, de las consideradas pesadas, que son las que generan niveles acústicos altos.

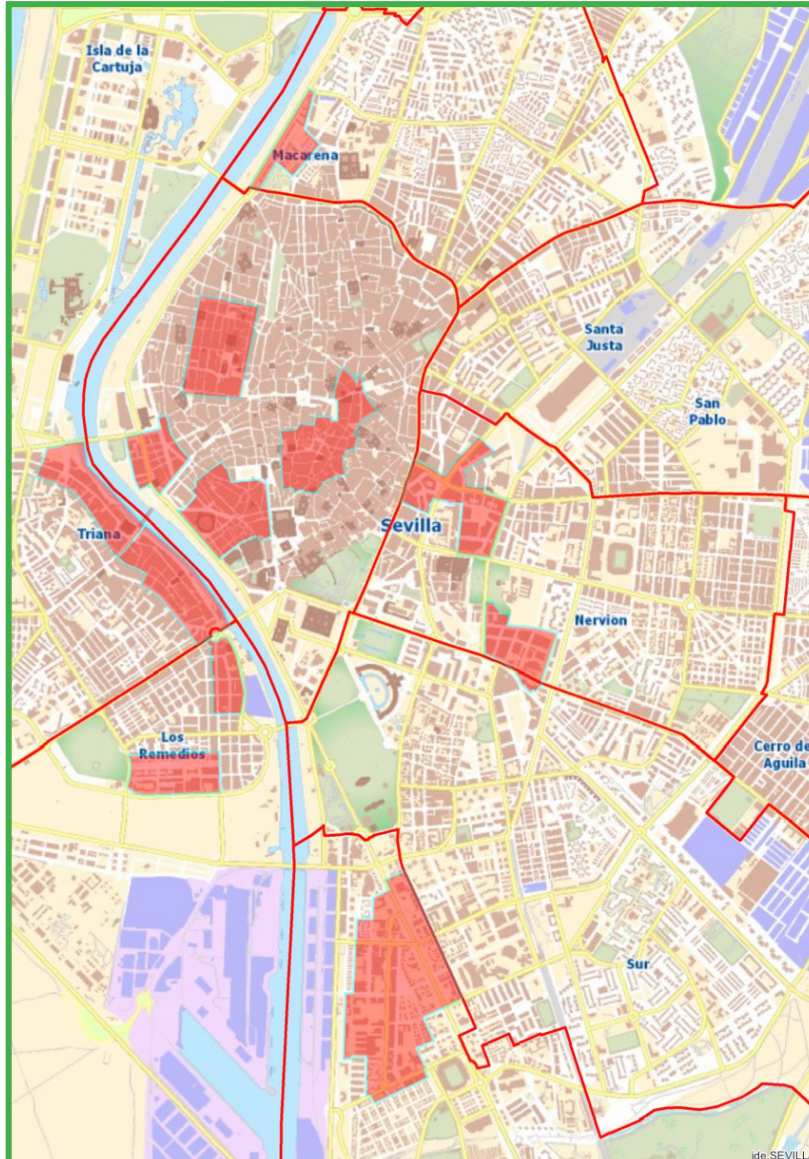
Por el contrario, existe una mayor afluencia de pequeñas empresas, muchas de ellas de carácter comercial, que hace que el conjunto de la afección se vea muy diluido.

Solo estas industrias pesadas, que son las que por sus características trabajan de forma ininterrumpida, pueden llegar a producir ruidos en los periodos nocturnos aunque los datos arrojan que la población afectada por este tipo de focos durante la noche a niveles por encima de los 55 decibelios es de unas centenas (en torno a 600 personas).

El tráfico ferroviario afecta fundamentalmente a las viviendas orientadas hacia las vías en primera línea. La afección acústica en el periodo nocturno se debe principalmente a los trenes de mercancías. A pesar de todo, el tráfico ferroviario no se trata de un foco de ruido ambiental significativo a nivel global en el municipio.



Ilustración 22: Distribución geográfica de las zonas acústicamente saturadas.



**Residuos urbanos**

Fuente: Excmo. Ayuntamiento de Sevilla. LIPASAM.

Equipamiento de mobiliario urbano, 2014		
Equipamiento	Tipo	Unidades
Papeleras		18.831
Contenedores Orgánica + restos		12.887
	Carga trasera	3.456
	Carga lateral	4.163
	Cubos individuales	5.224
	Contenedores soterrados	44
Contenedores Envases		2.292
	Carga trasera	530
	Carga lateral	1.751
	Contenedores soterrados	11
Contenedores Vidrio		1.851
	Carga lateral	738
	Iglú	1.102
	Contenedores soterrados	11
Contenedores Papel		1.934
	Carga lateral	1.823
	Iglú	100
	Contenedores soterrados	11
Contenedores Aceite		212
Contenedores Textiles		158
Contenedores Pilas		1.607



## Zoosanitario

La **Sección de Higiene Pública del Laboratorio Municipal** lleva a cabo las labores relacionadas con el control de animales y plagas en el término municipal de Sevilla, así como el sistema de adopción y recogida animal.

Las principales actividades del centro son:

- Desinfección, desinsectación y desratización.
- Zoonosis (Animales de compañía).
- Adopción animal.

El **Negociado de Desinfección, Desinsectación y Desratización (DDD)** es el responsable del control integral de los vectores de incidencia sanitaria (plagas) de la ciudad. La prestación de este servicio viene dada por una planificación del Negociado a través de programas de actuación, por denuncias ciudadanas o por iniciativa propia si se detecta un problema de salud pública. Se encarga de:

- Controlar integralmente los vectores de incidencia sanitaria (plagas) de la ciudad, fundamentalmente ratas e insectos, a través de campañas sectorizadas y priorizadas en función de criterios técnicos, incidencia sanitaria, comunidad afectada (colegios, centros de uso colectivos, etc.) y denuncias ciudadanas.
- Inspecciones higiénico-sanitarias de oficio o a petición del Servicio de Salud, identificaciones biológicas, de especies o colaboración en cursos DDD homologados.

- Intervenciones DDD en asentamientos, áreas marginales y solares degradados, así como actuaciones subsidiarias en propiedades privadas por motivos de salud pública.

Por su parte, el **Negociado de Zoonosis** (animales de compañía) presta los siguientes servicios:

- Protección de los animales.
- Gestión del programa de adopción de animales dirigidos a ciudadanía y asociaciones.
- Inspecciones derivadas de las denuncias por abandono animal, maltrato o molestias causadas por estos.

En cuanto a la adopción de animales, el centro cuenta con gateras y perreras, donde se encuentran los gatos y los perros de forma separada. Las gateras y perreras cuentan con un sistema de calefacción para el invierno y un microclima para el verano. También se dispone de un animalario, donde se sitúan los cachorros y otros pequeños animales y un aviario para las aves. Por último, se dispone de cuadras para mantener resguardados a los équidos y otros animales grandes.

La ciudadanía puede acceder a las instalaciones en horario de atención al público para poder ver los posibles animales adoptables o identificar a los perdidos.

## La seguridad de los alimentos

El control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas, y demás productos relacionados con el uso o consumo humano se realiza por el **Servicio de Consumo** y desde la **Sección de Análisis y Control de Calidad del Laboratorio Municipal**, en cumplimiento de las competencias municipales en materia de salud pública.

Entre sus funciones están:

- La comprobación del cumplimiento de las normas de envasado y etiquetado.
- El análisis organoléptico.
- El análisis físico-químico de alimentos y aguas.
- El análisis microbiológico de alimentos y aguas.

Todo ello encaminado a garantizar la protección efectiva de los derechos de la ciudadanía y la salud de las personas consumidoras.

Las muestras de aguas y alimentos recepcionadas en el **Laboratorio** proceden de:

- Inspección Veterinaria.
- Inspección de Consumo.
- Inspección de Laboratorio.
- Policía Local.
- La propia ciudadanía, bien directamente o a través de la Oficina Municipal de Información al Consumidor (OMIC).

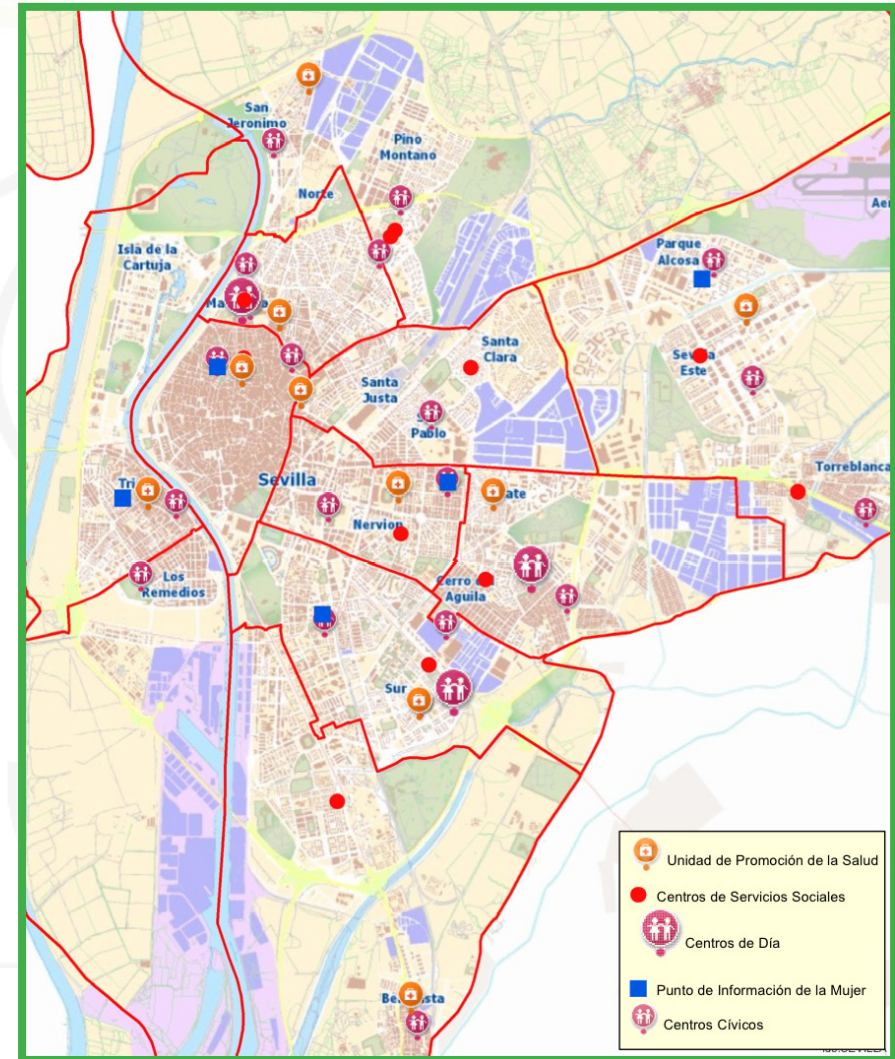


**Servicios sociales**

Los servicios y/o prestaciones que se ofrecen y gestionan en el Servicio de Intervención de los Servicios Sociales son:

- **Servicios**
  - Servicio de Información, Valoración, Orientación y Asesoramiento (SIOV)
  - Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)
  - Servicio de Convivencia y Reinserción Social (CORE)
  - Servicio de Cooperación Social (COSO)
  - Equipos de Tratamiento Familiar (ETF)
  - Atención a la Dependencia
- **Prestaciones Económicas**
  - Ayudas Económicas Familiares
  - Ayudas Económicas Complementarias a la intervención social
  - Emergencias Sociales
- **Programas**
  - Dirigido a Población General
  - Dirigido a Menores y/o Familia
  - Dirigido a personas mayores
  - Voluntariado
  - Dirigido a personas sin hogar
  - Chabolismo

*Ilustración 24: Distribución geográfica de los recursos del Servicio de Intervención de los Servicios Sociales.*



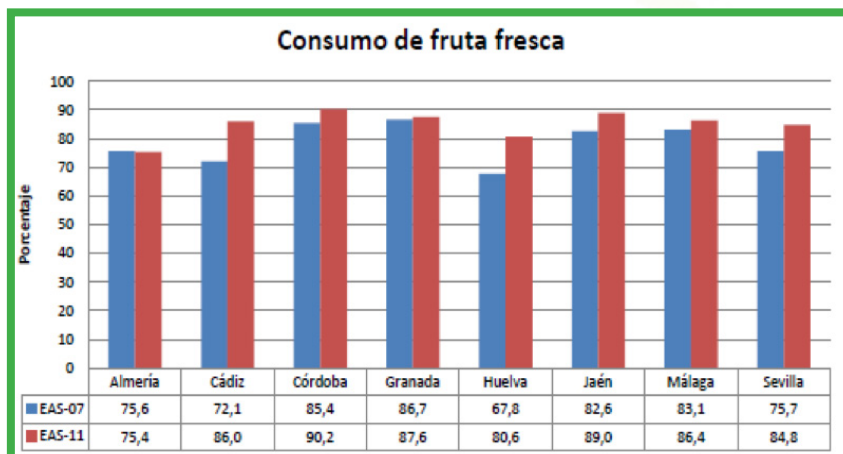
**G. Estilo de vida**

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

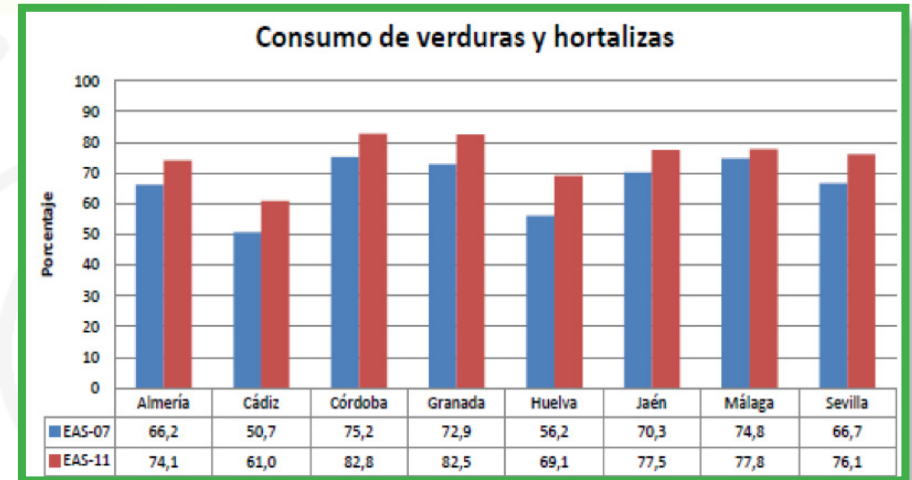
**La alimentación**

En cuanto a los hábitos dietéticos en Andalucía, la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) 2011-2012 revela que un 85,4% de las personas mayores de 16 años declaró consumir fruta fresca y un 75,1% verduras y hortalizas, al menos tres veces por semana. A medida que aumenta la edad aumentó el consumo de fruta fresca pasando del 75% en jóvenes de 16 a 24 años al 95,2% en personas mayores de 75 años. Algo similar ocurre con las verduras, aumentando el porcentaje de personas que consumían este producto al menos tres veces por semana de un 57% en los jóvenes de 16 a 24 años a un 85,3% en las personas de más de 75 años.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012.



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2011-2012.



En la provincia de Sevilla, el consumo de verduras y hortalizas (76,1%) aumentó respecto a 2007 (66,7%) y es superior a la media andaluza (75,1%). Por su parte, el consumo de fruta fresca también aumentó desde 2007 (del 75,7% al 84,8%). No obstante, en 2011 se sitúa por debajo de la media andaluza (85,4%). Fue la provincia en la que mayor proporción de personas consumieron lácteos al menos tres veces por semana un 96,9%.

En general, la proporción de personas que consumieron verduras, hortalizas y fruta fresca había aumentado en 2011 mientras que el consumo de leche mantenía sus valores desde 2007.

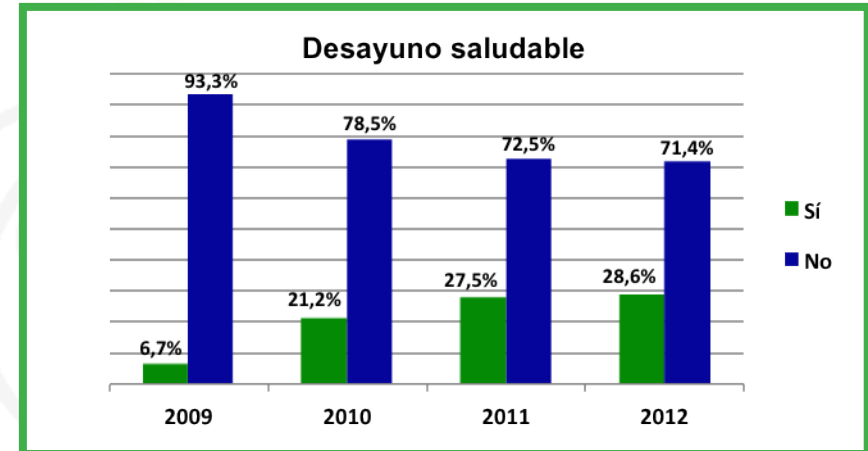
### Población infantil

En cuanto al consumo de alimentos de la población infantil andaluza, más del 50% consumió fruta diariamente, alcanzando el 72,2% en la provincia de Sevilla, con un notable incremento desde 1999. Consumieron verduras diariamente un 22,3% (niños) y 26,9% (niñas), siendo Sevilla la provincia con mayor porcentaje de consumo de verdura diario (41,8%). El 45,7% consumió carne o pescado 3 o 4 veces en semana (32,6% en la provincia de Sevilla), aumentando dicho consumo al aumentar la edad del menor. El 72,3% de los y las menores consumía lácteos a diario (de ellos, más de la mitad tomaba 2 vasos de leche al día), disminuyendo el porcentaje a medida que aumentaba la edad en esta población.

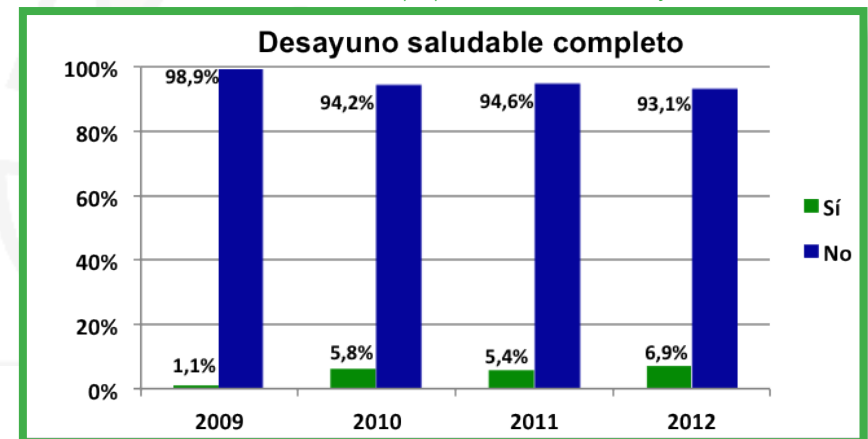
En la ciudad de Sevilla, disponemos de datos sobre **hábitos de alimentación de escolares de Educación Primaria** procedentes de estudios propios (Servicio de Salud, Ayto. de Sevilla, 2009 a 2012). Ellos son:

- 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 del 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 bollería 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.



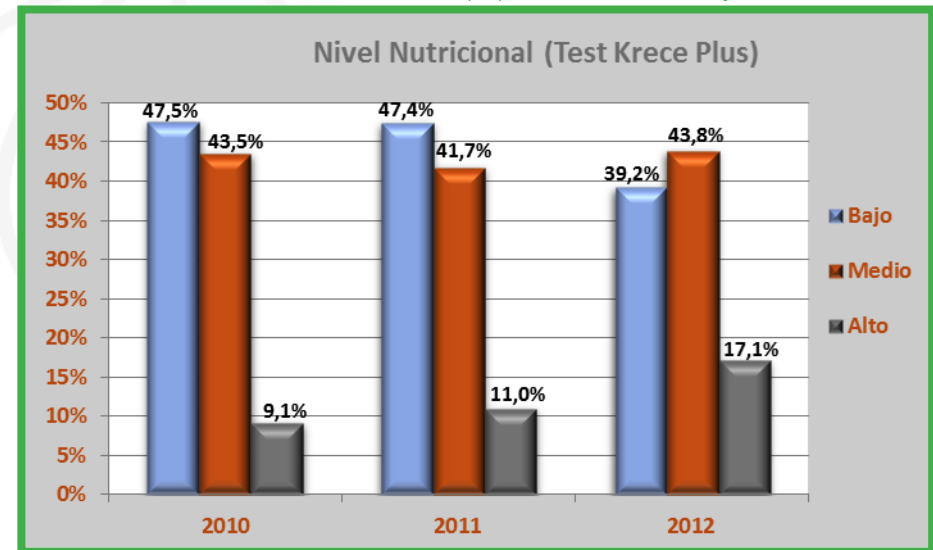
- El almuerzo lo realizaban habitualmente en casa (la mayoría acompañado por algún familiar) o en el comedor del colegio, aunque un 9,1% de escolares decían comer habitualmente solos o solas.
- La frecuencia de consumo de legumbres era del 22,1%, carnes el 37,2%, pescado el 13,0%, verduras el 27,8% y 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 y la ingesta elevada de alimentos grasos y dulces.

En la merienda, los alimentos más consumidos pertenecen al grupo de bollerías y análogos, además de lácteos y cereales, aunque se ha observado un incremento en las frutas y una disminución en las bollerías respecto al primer año.

El nivel nutricional determinado en los escolares a partir del Test Krece Plus ha ido experimentado una mejora desde el año 2010 al 2012, pero aún continúa siendo cercano al 40% el porcentaje de menores que presentan un bajo nivel nutricional.

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



Y según otro estudio propio en la ciudad de Sevilla sobre la **influencia que ejercen los padres y madres en sus hijos adolescentes de entre 13 y 15 años (2º y 3º de ESO)** se ha determinado dicha influencia, entre otros casos, respecto a los siguientes aspectos relacionados con la alimentación:

- Los padres y especialmente las madres influyen para que sus hijos e hijas realicen un **desayuno saludable** (lácteos, cereales y fruta). Las madres influyen en sus hijos e hijas para que realicen un desayuno saludable completo (sin otros alimentos no saludables).
- Los padres y madres que toman **alimentos no saludables viendo la televisión** influyen en sus hijos e hijas para que también los consuman.
- El **consumir alimentos fuera de las comidas** por parte de los hijos e hijas está influenciado por el hecho de que lo hagan las madres.

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

<b>Consumo de algún alimento no saludable fuera de las comidas</b>				
	<b>Padres</b>	<b>Madres</b>	<b>Hijos</b>	<b>Hijas</b>
<b>Sí</b>	41,6%	36,4%	82,2%	83,7%
<b>No</b>	58,4%	63,6%	17,8%	16,3%
<b>Total</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

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

<b>Porcentaje de hijos e hijas que toman algún alimento no saludable fuera de las comidas según el comportamiento de sus padres/madres</b>		
	<b>Hijos e hijas que sí toman algún alimento no saludable fuera de las comidas</b>	<b>Hijos e hijas que no toman ningún alimento no saludable fuera de las comidas</b>
<b>Madres que sí toman algún alimento no saludable fuera de las comidas</b>	86,8%	13,2%
<b>Madres que no toman ningún alimento no saludable fuera de las comidas</b>	71,1%	28,9%
<b>Padres que sí toman algún alimento no saludable fuera de las comidas</b>	92,4%	7,6%
<b>Padres que no toman ningún alimento no saludable fuera de las comidas</b>	79,6%	2,4%



- Los padres y madres influyen en sus hijos e hijas para que cumplan las **recomendaciones de consumo** de pan o picos, frutas, verduras, legumbres, huevos, pescado, carnes, alimentos grasos, refrescos, precocinados y bollería.

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

<b>Porcentaje de hijos e hijas que cumplen el consumo recomendado de fruta según el comportamiento de sus padres/madres</b>		
	<b>Hijos e hijas que sí cumplen el consumo recomendado de fruta</b>	<b>Hijos e hijas que no cumplen el consumo recomendado de fruta</b>
<b>Madres que sí cumplen el consumo recomendado de fruta</b>	41,9%	58,1%
<b>Madres que no cumplen el consumo recomendado de fruta</b>	28,3%	71,7%
<b>Padres que sí cumplen el consumo recomendado de fruta</b>	45,5%	54,5%
<b>Padres que no cumplen el consumo recomendado de fruta</b>	30,5%	69,5%

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

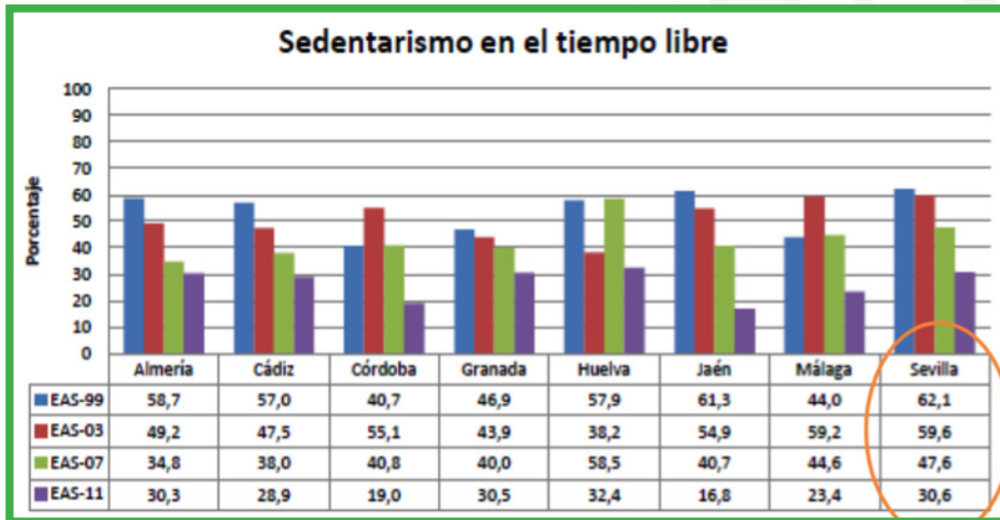
<b>Porcentaje de hijos e hijas que cumplen el consumo recomendado de verduras según el comportamiento de sus padres/madres</b>		
	<b>Hijos e hijas que sí cumplen el consumo recomendado de verduras</b>	<b>Hijos e hijas que no cumplen el consumo recomendado de verduras</b>
<b>Madres que sí cumplen el consumo recomendado de verduras</b>	27,5%	72,5%
<b>Madres que no cumplen el consumo recomendado de verduras</b>	12,1%	87,9%
<b>Padres que sí cumplen el consumo recomendado de verduras</b>	23,1%	76,9%
<b>Padres que no cumplen el consumo recomendado de verduras</b>	16,4%	83,6%

**Actividad física**

En el año 2011, según la **Encuesta Andaluza de Salud (EAS-11)**, el 86,2% de la población andaluza indicó tener una actividad habitual o trabajo sedentario, entendiendo este como el que se realiza sentado o de pie sin realizar esfuerzos. Esta actividad fue más frecuente en las mujeres (90,1%) que en los hombres (82,2%). Sevilla, con un 91,7%, ha sido la provincia con el porcentaje más elevado, que ha aumentado desde 1999, cuando se obtuvo un 88,9%.

El 26,8% de la población andaluza mayor de 16 años declaró no practicar ejercicio físico en su tiempo libre, encontrando en las mujeres cifras mayores (31,1%) que en los hombres (22,3%). La mitad de las provincias, entre ellas Sevilla, tuvieron más de un 30 % de la población con una vida sedentaria en su tiempo libre.

*Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2011–2012.*



En líneas generales, ha aumentado la proporción de personas con trabajo o actividad habitual sedentaria desde el 2007, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, en el tiempo libre, la proporción de personas que no realizan actividades físicas ha disminuido durante los últimos años.

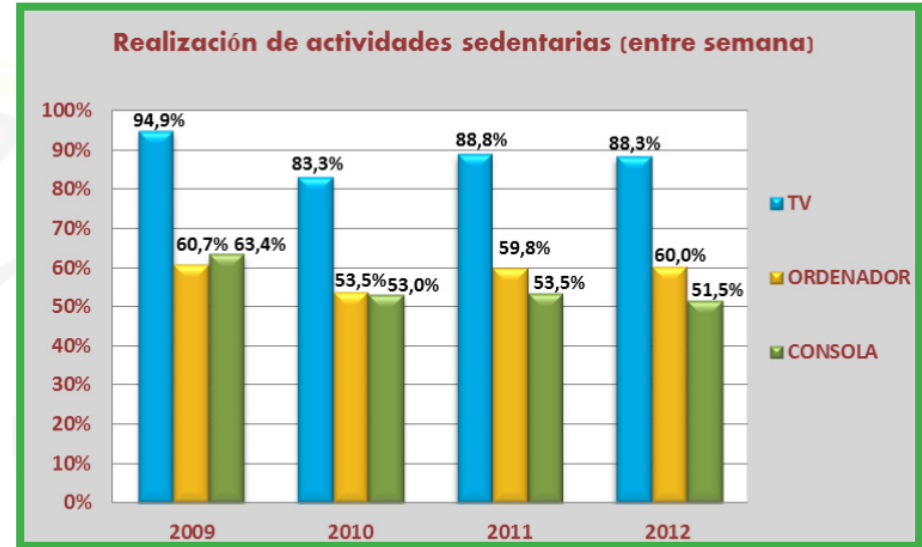
Respecto a la población infantil y adolescente de Andalucía, en el año 2011, el 18,2% no realizaba actividad física —niñas (20,7%), niños (15,8%)—. Según aumentó la edad de la población disminuyó el sedentarismo. Desde 1999 la población sedentaria ha disminuido de un 20,2% en 1999 a un 18,2% en 2011.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

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

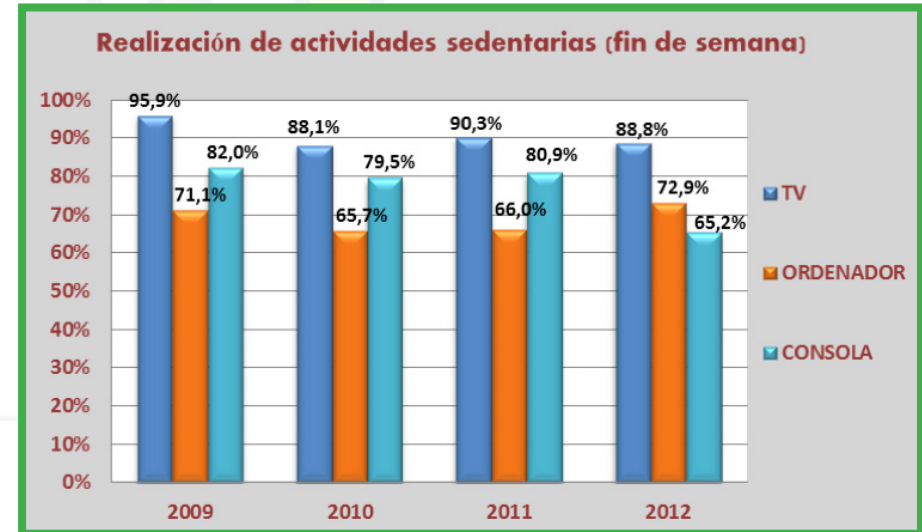
- En el año 2012, el 64,7% de la población escolar iba al colegio caminando y el 71,9% volvía caminando a casa, aunque en una pequeña proporción caminaban más de 15 minutos en el trayecto (12,7% para la ida y 12,8% para la vuelta).

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

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



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



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

Y según otro estudio propio en la ciudad de Sevilla, sobre la influencia que ejercen los padres y madres en sus hijos e hijas adolescentes de entre 13 y 15 años (2º y 3º de ESO), se ha determinado dicha influencia respecto a los siguientes aspectos:

- Las madres y los padres influyen positivamente en sus hijos e hijas para que **suban a casa o bajen de ella por las escaleras**.
- Tanto los padres como las madres influyen en sus hijos e hijas para que tengan un **comportamiento sedentario** (tiempo de televisión, vídeo...) según lo tengan o no ellos.

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

Sedentarismo por uso de TV/vídeo					
	Padres	Madres	Hijos	Hijas	Hijos e hijas
<b>Sí</b>	67,1%	63,8%	72,1%	62,8%	67,7%
<b>No</b>	32,9%	36,2%	27,9%	37,2%	32,3%

Porcentaje del sedentarismo de hijos e hijas según el comportamiento de sus padres/madres		
	Hijos e hijas SIN patrón sedentario por uso de TV, DVD	Hijos e hijas CON patrón sedentario por uso de TV, DVD
<b>Madres que SÍ son sedentarias por uso de TV, DVD</b>	70,2%	29,8%
<b>Madres que NO son sedentarias por uso de TV, DVD</b>	63,8%	36,2%
<b>Padres que SÍ son sedentarios por uso de TV, DVD</b>	71,1%	28,9%
<b>Padres que NO son sedentarios por uso de TV, DVD</b>	60,7%	39,3%

- Los hijos e hijas se ven influenciados por el comportamiento de sus padres para practicar **actividad física regular**, pero no influyen sus madres.

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

Realización de actividad física regular					
	Padres	Madres	Hijos	Hijas	Hijos e hijas
<b>Sí</b>	72,8%	66,1%	95,5%	89,1%	92,4%
<b>No</b>	27,2%	33,9%	4,5%	10,9%	7,6%

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

Porcentaje de hijos e hijas que practican actividad física regular según el comportamiento de sus padres/madres		
	Hijos e hijas que <b>SÍ</b> practican actividad física regular	Hijos e hijas que <b>NO</b> practican actividad física regular
<b>Madres que SÍ practican actividad física regular</b>	93,5%	6,5%
<b>Madres que NO practican actividad física regular</b>	91,4%	8,6%
<b>Padres que SÍ practican actividad física regular</b>	95,1%	4,9%
<b>Padres que NO practican actividad física regular</b>	87,8%	12,2%

## 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 de 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 la 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 acerca del reparto de 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 zonas de menor tasa.

## La seguridad vial y la movilidad

La **Encuesta Andaluza de Salud de 2011**, en lo referente a los accidentes de tráfico, refleja que se produjo un aumento de estos hasta 2007, pero en 2011 disminuyeron aproximadamente un 4%.

En relación a la seguridad vial, más del 90% de la población andaluza siempre utilizó el casco, tanto en carretera como en ciudad (alrededor de un 5% más alto el porcentaje de uso en carretera). Casi el 90% hizo uso siempre del cinturón cuando viajaban en coche en ciudad y más de un 99% lo utilizó siempre en los viajes en coche por carretera. El 98,8% empleó siempre asientos especiales para menores en los desplazamientos en coche.

Datos de la **Dirección General de Tráfico** en su anuario del 2015 para Andalucía y Sevilla:

*Fuente: Dirección General de Tráfico*

	Vías Urbanas				
	Accidentes con víctimas		Víctimas		
	Total	Mortales a 30 días	Total	Fallecidos	Heridos hospitalizados
<b>Andalucía</b>	10.928	76	15.208	79	573
<b>Sevilla provincia</b>	4.200	15	5.959	17	81
<b>Sevilla Ciudad</b>	12	16	4379	0	15

*Fuente: Dirección General de Tráfico*

Siniestralidad vial de Sevilla capital 2015			
Tipo	Fallecidos	Heridos hospitalizados	Heridos no hospitalizados
<b>Bicicletas</b>	0	5	249
<b>Ciclomotores</b>	0	0	461
<b>Motocicletas</b>	7	2	1028
<b>Turismos</b>	2	3	1970
<b>Furgonetas</b>	0	0	64
<b>Camiones</b>	0	0	1
<b>Autobuses</b>	0	0	43
<b>Otros vehículos</b>	0	1	121
<b>Peatones</b>	3	5	442
<b>Total</b>	12	16	4379

**Evolución de la siniestralidad**

En el estudio “Percepción del riesgo asociado al tráfico en el colectivo universitario de la ciudad de Sevilla, 2011-2012”, se obtuvo una mayor percepción del riesgo en las mujeres que en los hombres y en edades superiores respecto a las más jóvenes.

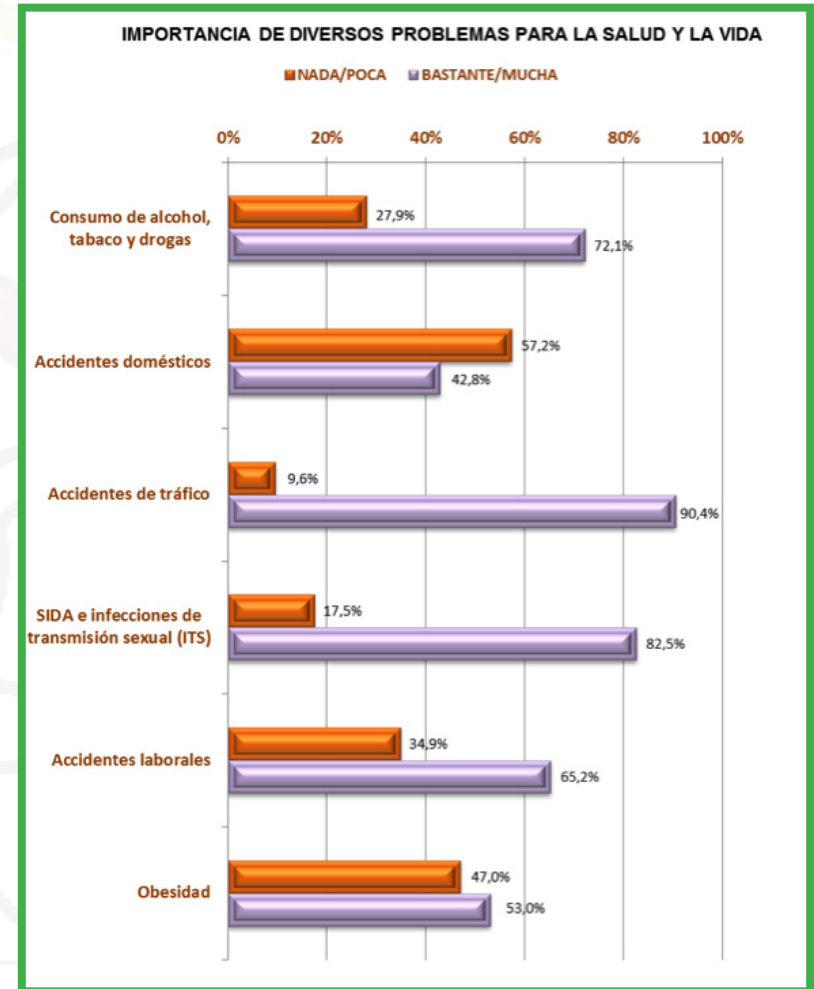
Los accidentes de tráfico fueron considerados el problema de mayor importancia respecto a otros problemas para la salud y la vida.

Respecto a las conductas, aparece elevada la utilización del cinturón y del casco en coche y moto y muy bajo el uso de casco en bicicleta.

Las conductas distractoras fueron poco valoradas como influyentes en los accidentes.

El exceso de velocidad o consumo de alcohol fueron considerados como conductas peligrosas y muy influyentes en la ocurrencia de los accidentes de tráfico, pero, aun así, no las respetan.

Fuente: Estudio “Percepción del riesgo asociado al tráfico en el colectivo universitario de la ciudad de Sevilla, 2011-2012”.





Desde la **Sección de Promoción de Salud** donde se integran las **Unidades de Promoción de la Salud (UPS)** se ofertan, desarrollan y ejecutan programas y actividades dirigidas al fomento de hábitos y estilos de vida saludables, facilitando las opciones sanas y evitando desigualdades en salud. Asimismo, desde la Sección de Prevención de Adicciones se desarrollan otros programas de prevención de las adicciones e incorporación sociolaboral. Estos programas se dirigen a todas las personas y se adaptan a las diferentes etapas de la vida y al contexto en el que se realizan. En cuanto a colectivos vulnerables, además de la población de las zonas desfavorecidas, se está empezando a trabajar de forma más especializada con personas con diversidad funcional intelectual, tanto con ellas directamente como con sus docentes, familiares y otros profesionales cercanos.

A continuación se exponen los **datos de ejecución del curso 2017-2018**, que tienen relación con el fomento de hábitos saludables.

### 1. Actuaciones con niños y niñas de 3 a 12 años

#### A. Educación para la salud en el marco educativo infantil, primaria y educación especial

- Programa de Educación para la Salud dirigido al alumnado de **Infantil, Primaria y Educación Especial**:
  - Infantil de 5 años: hábitos saludables.

- Primaria: alimentación saludable, higiene y salud bucodental, educación afectivo sexual, Seguridad y prevención de accidentes.
- Programa de POR TU CARA BONITA, en centros de Polígono Sur.
- Se realizan actividades complementarias a los programas en el aula.
- Desayuno saludable dirigido al alumnado y al profesorado.
- Programa de Educación para la Salud dirigido al **profesorado de todas las etapas**: cursos de Alimentación saludable, educación afectivo sexual, primeros auxilios y RCP (Datos incluidos en el apartado de personas adultas).
- Programa de educación para la salud dirigido a las **familias de todas las etapas**: cursos de alimentación saludable, educación afectivo sexual, primeros auxilios y RCP y otros temas relacionados con la salud demandados por las familias (Datos incluidos en el apartado de personas adultas).
- **Comedores escolares**: EVACOLE. Se ha realizado la evaluación in situ de 47 centros públicos, iniciada en 2 centros concertados y el seguimiento en 3 centros.

Fuente: Sección Promoción de Salud. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.

Por etapas (*)	Nº centros	Nº alumnado
<b>Infantil</b>	80	2973
<b>Primaria</b>	104	17.460
<b>Educación especial</b>	7	482

Fuente: Sección Promoción de Salud. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.

Programas	Nº centros	Nº alumnado
<b>Higiene y salud bucodental</b>	72	5561
<b>Alimentación saludable</b>	94	8817
<b>Seguridad y prevención de accidentes</b>	66	5761
<b>Afectivo sexual</b>	51	3068
<b>Prevención de las drogodependencias. Nuestro escenario: el teatro en la educación. Creación colectiva</b>	7	185
<b>Desayunos saludables</b>	114	11.490 desayunos para alumnado y docentes
<b>Actividades y talleres complementarios</b>	92	7.597

(\*) Se refiere a alumnado o centros que al menos han realizado algún programa. No son datos sumatorios.

## B. Educación para la salud en el marco asociativo comunitario

Ejecución de actividades y talleres de promoción de la salud, de varias sesiones con grupos de niños y niñas captados en este medio comunitario de cada territorio, con especial atención a las zonas desfavorecidas como son Sur, Vacie o Norte.

## 2. Actuaciones con adolescentes y jóvenes

### A. Educación para la salud en el marco educativo de secundaria, educación especial

- Programa de Educación para la Salud dirigido al **alumnado de Secundaria, Dispositivos de Formación y Empleo y Educación Especial**.
  - Taller de educación afectivo sexual.
  - Taller de prevención de VIH y sida.
  - Taller de salud emocional nivel.
  - Taller de alimentación saludable.
  - Teatro y Salud: prevención de conductas de riesgo en jóvenes. Weekend.
  - Taller de prevención de accidentes de tráfico.
  - Road Show.
  - Ejecución en colaboración con el Distrito Sanitario Sevilla del Programa Forma Joven en los IES solicitantes.
  - Otras necesidades expresadas.

- Programa de Educación para la Salud dirigido al **profesorado de todas las etapas**: cursos de Alimentación saludable, Educación afectivo sexual, Primeros Auxilios y RCP (Datos incluidos en el apartado de personas adultas).
- Programa de Educación para la Salud dirigido a las **familias de todas las etapas**: cursos de Alimentación saludable, Educación afectivo sexual, Primeros Auxilios y RCP y otros temas relacionados con la salud demandado por las familias (Datos incluidos en el apartado de personas adultas).

Fuente: Sección Promoción de Salud. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.

Datos totales de Secundaria(*)	Nº centros	Nº de alumnado	Nº de talleres(*)
	105	22.351	845

(\*) Se refiere a alumnado o centros que al menos han realizado algún programa. No son datos sumatorios.

Fuente: Sección Promoción de Salud. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.

Programas	Nº centros	Nº de alumnado	Nº de talleres(**)
Salud Emocional	66	5360	186
Afectivo-Sexual	75	6288	258
Yo también siento (afectivo sexual)	19	415	24
VIH/sida	45	2903	124
Alimentación	80	6957	266
Weekend	28	1956	80
Prevención de accidentes	51	3852	155
Road Show	31	1872	81
Jornadas de Prevención de VIH y sida	15	693	36
Otras actividades realizadas:			
Jornadas de alimentación, Juego del Azúcar, Día de los enamorados, Gestión del Stress, Primeros Auxilios...		1312	36
Nuestro escenario: el teatro en la educación. Espectadores activos	11	767	47
Nuestro escenario: el teatro en la educación. Creación colectiva	9	184	11
Adolescencia y alcohol	75	9571	348
Déjame que te cuente algo sobre los porros	40	3667	172

(\*\*) Los talleres se realizan en varias sesiones.



### B. Educación para la salud en el medio comunitario

Se oferta la posibilidad de trabajar con la población joven a través de talleres relacionados con la salud mediante un tejido asociativo y otras vías que nos acerquen a ellos, como son los distritos municipales, las UTS, los centros cívicos, los centros deportivos, los centros de día municipales, etc. Los temas implementados son similares al marco educativo pero adaptados y otros como la relajación, la autoestima, los primeros auxilios, o el sexo seguro.

*Fuente: Sección Promoción de Salud. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.*

Nº actividades	Nº de participantes
27	1575

### 3. Actuaciones personas adultas

La oferta a las personas adultas se realiza a través de las AMPAS, Centros de educación de adultos, asociaciones, CIAM, Centros de Día Municipales, UTS, distritos municipales, IMD, UGC, etc.

Talleres ofertados:

- Taller de Alimentación Saludable a población general.
- Taller de Prevención de Accidentes Domésticos.
- Taller del Cuidado de los Pies.
- Taller de Sexualidad y afectividad.
- Taller de Prevención ante el exceso de calor.
- Taller de Uso correcto de los medicamentos.
- Taller del Sueño.
- Otros como: Fibromialgia, Relajación, Los sentidos, Cuidados de la Espalda, Primeros Auxilios, Higiene y Salud Bucodental...

*Fuente: Sección Promoción de Salud. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.*

Nº de centros	Nº talleres o acciones	Nº de participantes
33	172	3667

*Fuente: Sección Promoción de Salud. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.*

Nº actividades lúdicas	Nº de participantes
34	1420

*Fuente: Sección Promoción de Salud. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.*

Nº eventos ciudad	Nº de participantes
2	902

## 4. Eventos generales de promoción de salud

Se han realizado 5 eventos de varias temáticas dirigidos al fomento de hábitos saludables, con una participación de unas 1295 personas.

Desde la Sección de Promoción de salud, se llevan a cabo, además, dos estrategias importantes y de gran repercusión, como son:

### Estrategia Fast-Track

El compromiso de la corporación municipal en Octubre de 2015 y la posterior firma del Sr. Alcalde de la Declaración de París en mayo 2016, convirtió a Sevilla en la primera ciudad española en adherirse al Proyecto Fast-Track “Ciudades libres de VIH”.

Este compromiso implica centrarse en las comunidades más afectadas por el VIH y desarrollar estrategias urbanas para alcanzar los objetivos 90-90-90 relativos al tratamiento del VIH para el 2020 marcados por la OMS y poner fin a la epidemia de sida a nivel mundial en 2030. Estos objetivos consisten en que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, que el 90% de éstas sigan un tratamiento adecuado de manera continuada y en suprimir la carga viral del 90% de las personas en tratamiento para que se mantengan sanas y se reduzca el riesgo de transmisión del VIH. Todo ello, con cero estigma y cero discriminación.

Con la finalidad de iniciar este camino, se formó un comité técnico intersectorial, liderado por el Servicio de Salud, desde el cual, se elabora el “Plan Fast-Track Sevilla por una ciudad sin VIH y sida”, presentado en octubre de 2018 para su implementación.

### Campaña de prevención de las ITS, VIH y sida

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública debido al gran aumento de la tasa de incidencia de estas patologías, de su morbilidad y de sus complicaciones y secuelas. Por ello, es muy importante la prevención y, en caso de conductas de riesgo, realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

Por otro lado, existe una importante interrelación con la infección por el VIH. Por una parte, las ITS aumentan el riesgo de adquisición y transmisión del VIH a través de distintos mecanismos y, por otra, al compartir vías de transmisión con el VIH y tener un periodo de latencia más corto, son consideradas como indicadores de cambios en los comportamientos sexuales de riesgo.

La población más afectada son los hombres con relaciones sexuales entre hombres con edades comprendidas entre los 20 y 39 años.

Por ello, es necesario promover una sexualidad sana y segura en la población general a través de programas de educación afectivo sexual y de campañas de difusión que hagan especial hincapié en las actitudes y comportamientos sanos y en las medidas preventivas y de protección siempre desde la visión de una salud positiva, basándose en las últimas corrientes efectivas del modelo salutogénico.



**Adicciones**

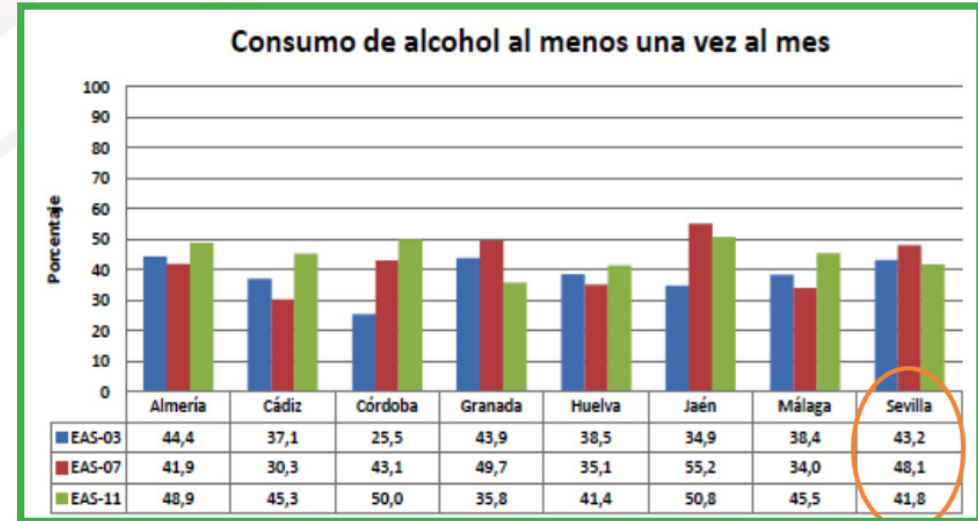
**El consumo de alcohol**

Según la **EAS 2011-12**, en Andalucía la edad media de inicio de consumo de alcohol es 17,7 años (17,9% en la provincia de Sevilla). La evolución de la edad media de inicio al consumo se ha mantenido constante desde 2003, en torno a los 17,8 años. Esta situación se mantiene prácticamente en todos los grupos de edad, provincias, nivel de estudios y clase social.

En el año 2011, el 44,4% de la población andaluza mayor de 16 años consumió alcohol al menos una vez al mes. El porcentaje de hombres (59,9%) duplicó al de mujeres (29,4%). A medida que aumenta la edad disminuye el porcentaje de personas que consumieron alcohol al menos una vez al mes, oscilando desde el 52,8% de jóvenes de 16 a 24 años hasta el 16,8% de las personas mayores de 75 años.

En líneas generales ha aumentado este consumo, pasando de un 38,8% en 2003 a un 44,4% en 2011. Dicho aumento se produce tanto en hombres como en mujeres, en todos los grupos de edad, excepto en personas mayores de 75 años, y en todas las provincias, salvo en Granada y Sevilla, donde se observa una bajada en las cifras.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (EAS) 2011-2012



El 3,1% de la población andaluza mayor de 16 años se considera que es sospechosa de alcoholismo. Los hombres (5,4%) tienen un mayor porcentaje que las mujeres (1%), y oscilan del 11,8% de Almería al 1,8% de Sevilla. Las personas con ingresos superiores (4,2%) y clase social más favorecida (3,8%) son quienes tienen un porcentaje mayor.

En el estudio “[La Población Andaluza ante las Drogas XIII, 2015](#)”, el 90,2% de las personas entrevistadas (de 12 a 64 años) señala que lo ha tomado en alguna ocasión, el 72,5% lo ha consumido en el último año, el 55,2% en el último mes y el 6,4% refiere consumo a diario.

La tendencia a concentrar el consumo de alcohol en los fines de semana se produce más entre las personas jóvenes, así, entre las personas de 21 a 24 años el 62,2% ha consumido alcohol en fin de semana frente al 24,1% que lo ha hecho en días laborables.

Según la [Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España \(ESTUDES\) 2014](#), la prevalencia de consumo en los últimos 30 días de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años de Andalucía era del 69,0%, borracheras el 20,2% y del consumo de atracón (binge drinking) el 32,5%.

Asimismo, según datos referidos a la ciudad de Sevilla del [Centro Provincial de Drogodependencias \(CPD\)](#), 670 personas iniciaron tratamiento en los CTAs (Centros de Tratamiento Ambulatorio de las Adicciones) de Sevilla Capital por consumo de alcohol en el año 2015.

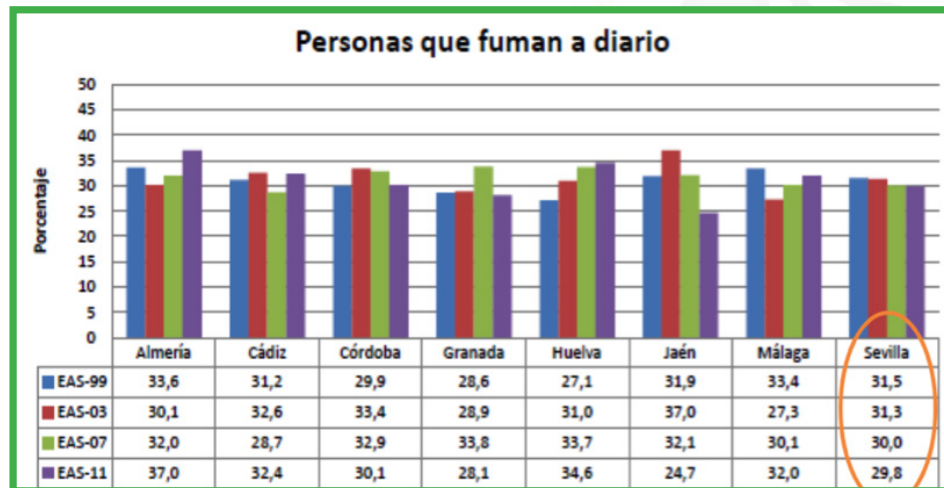
**El consumo de tabaco**

Desde 1999 hasta 2011 (EAS-2011), la población andaluza que dijo haber consumido tabaco a diario mantuvo los valores en torno al 31%. Destaca el aumento del porcentaje de mujeres que fumaban a diario en este periodo y el descenso de hombres.

En el año 2011, el 30,9% de la población andaluza mayor de 16 años manifestó que consumía tabaco a diario. Este porcentaje era mayor para los hombres (36,8%) que para las mujeres (25,2%).

Sevilla se encuentra en un término medio (29,8%) en el consumo con respecto al resto de provincias andaluzas, con un descenso paulatino desde 1999. La edad media de inicio del consumo de tabaco en 2011 fue de 16,9 años.

*Fuente: Encuesta Andaluza de Salud (EAS) 2011-2012.*



Según las encuestas EDADES 2013 y ESTUDES 2014 sobre consumo de drogas en España, en Andalucía, las prevalencias de consumo de tabaco en los últimos 30 días fueron del 39,1% entre la población de 15 a 64 años y del 24,3% entre población adolescente y joven escolarizada de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años.

En el estudio “La Población Andaluza ante las Drogas XIII, 2015”, la prevalencia de consumo diario de tabaco se sitúa en el 34,9% de la población de 12 a 64 años, disminuyendo más de un punto con respecto a 2011. El porcentaje de quienes fuman a diario es mayor entre los hombres (38,6%) que entre las mujeres (31,0%). La media de edad a la que se produce el inicio del consumo de tabaco no ha variado significativamente en los últimos años (16,5 en 2011 y 16,4 en 2015). La media de edad de inicio de los hombres y de las mujeres apenas difieren (16,1 años los hombres y 16,7 las mujeres).

En Sevilla se recoge un 36,4% de prevalencia de consumo de tabaco diario.



## Consumo de otras sustancias

Según el **informe EDADES (2013)**, en la población de 15-64 años de Andalucía, la edad media de inicio en consumo de cannabis era 18,6 años y la prevalencia de su consumo en los últimos 30 días del 5,5%.

Entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en Andalucía, consumieron cannabis en los últimos 30 días un 15,5%. La edad media de inicio en el consumo es de 15,1 años, no muy superior a la edad de inicio de consumo de tabaco diario (14,5 años) o de alcohol (14 años). La prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta entre estudiantes fue del 5,8% en los últimos 30 días y del 11,5% en los últimos 12 meses. (Informe ESTUDES, 2014).

En el estudio **“La Población Andaluza ante las Drogas XIII, 2015”**, la prevalencia de consumo experimental de cannabis (hachís y marihuana) se sitúa en el 30% de la población de 12 a 64 años en 2015, lo que supone un incremento de 3 puntos porcentuales con respecto a 2011. Sin embargo, las prevalencias de consumo en el último año, últimos seis meses y último mes disminuyen ligeramente. La edad del primer consumo de cannabis es de 18,3 años, sin que haya experimentado modificaciones relevantes en los últimos años.

Y el consumo alguna vez en la vida de cocaína en polvo en la población andaluza de 12 a 64 años se sitúa en el 7,6%, lo que supone un aumento de más de un punto y medio con respecto a 2011(6%). La edad media de consumo está en los 20,8 años.

En Sevilla reciben tratamiento en los CTAs de la ciudad 218 personas por consumo de cannabis, 583 por consumo de cocaína y 363 por consumo de opiáceos.

Desde el **Servicio de Salud del Ayuntamiento** y a través de los 3 Centros de Día Municipales se desarrollan intervenciones encaminadas a la integración social y a la incorporación sociolaboral de personas afectadas por adicciones.

Servicios prestados:

1. Servicio de asesoramiento e información general sobre adicciones, atención a jóvenes con consumos problemáticos, asesoramiento y motivación para la superación de la dependencia e intervención terapéutica breve para casos que requieran más de tres consultas.
2. Programa de Rehabilitación e Incorporación Sociolaboral.
3. Programas de Incorporación Laboral: Arquímedes, Red de Artesanos.
4. Programa de Atención Precoz.

Fuente: Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.

Datos de personas atendidas en 2017		
Centro de día (CD)	Personas atendidas	Programa de rehabilitación e incorporación social
CD Macarena	397	129
CD Juan XXIII	223	97
CD Sur	275	79
<b>Total</b>	<b>895</b>	<b>305</b>

Fuente: Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.

Datos de personas atendidas en 2017			
Programa	Hombres	Mujeres	Total
Programa Integra	32	6	36
Red de Artesanos	21	4	25
Arquímedes	1	2	3
Incorporaciones laborales	51	7	58
Programa de atención precoz	8	4	12

## 1.2. Identificación de problemas y necesidades

Para la identificación a nivel de la ciudad de Sevilla de los problemas sectoriales y las necesidades sentidas por la ciudadanía se realizó una **categorización** de los mismos en **cinco determinantes** y **43 subdeterminantes**.

Categorización de los determinantes y subdeterminantes utilizados para el análisis de los problemas y necesidades.	
ESTILOS DE VIDA	
<b>General</b>	No hay una referencia explícita a un hábito en concreto o se nombran varios hábitos a la vez: 'la gente tiene hábitos que son dañinos'.
<b>Adicciones</b>	Consumo de sustancias adictivas, y adicciones sin sustancias (ludopatía y nuevas tecnologías).
<b>Accidentes</b>	Accidentes de tráfico y en el hogar.
<b>Alimentación</b>	Problemas de alimentación: consumo de alimentos no saludables, exceso de alimentación, falta de alimentación y alimentación desequilibrada.
<b>Actividad Física</b>	Incluye falta de actividad y ejercicio físico y problemas de sedentarismo. Se han incluido aquí los problemas de higiene postural.
<b>Sexualidad</b>	Falta de conocimientos y educación afectivo sexual, conductas de riesgo sexuales, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
<b>Bienestar Emocional</b>	Ansiedad, depresión, trastornos emocionales y conductas de aislamiento.
<b>Higiene</b>	Falta de higiene bucal.
<b>Sueño</b>	Problemas relacionados con la falta de sueño (atención en clase) y malos hábitos en relación a la higiene del sueño (no tener rutinas, uso de nuevas tecnologías y televisores en el dormitorio, etc.).

ENTORNO SOCIAL	
<b>Legislación</b>	Cuando falta legislación en la materia o la que hay no se cumple.
<b>Ocio</b>	Recursos, actividades y ofertas dirigidas a que la población disfrute de su tiempo libre.
<b>Redes de apoyo</b>	Redes formales e informales de apoyo y ayuda: asociaciones, familia, amistades, etc.
<b>Convivencia</b>	Problemas que se dan entre las personas que comparten un mismo territorio porque no se respetan las normas escritas o no escritas de convivencia.
<b>Género</b>	Desigualdades debidas al género y violencia machista.
<b>Seguridad ciudadana</b>	Falta de control y presencia policial, conflictos violentos en la calle y percepción de inseguridad (peligro de sufrir atracos, agresiones, etc.).
<b>Educación</b>	Incluye todos los conflictos de relaciones sociales que se dan en el contexto educativo: bullying, acoso, peleas, conflictos alumnado-profesorado, etc.
<b>Administración</b>	Dificultades o problemas de las administraciones públicas: falta de implicación, mala organización, etc.
<b>Cultura</b>	Referencias a algún rasgo cultural problemático como pueden ser la endogamia o el rechazo al cambio en algunas comunidades.
<b>Familia</b>	Conflictos y problemas de relaciones que se dan dentro de la familia, como es el abandono de las personas mayores por parte de los familiares, o las peleas entre padres y madres con hijos e hijas.

ENTORNO MEDIOAMBIENTAL	
<b>Movilidad</b>	Lo relativo a todos los medios que hay de desplazamiento, tanto públicos como privados, y el desplazamiento a pie.
<b>Espacios públicos</b>	Abarca todos los espacios que son de titularidad pública, tanto edificios como espacios abiertos. Y refiere a problemas del estado de los mismos o su no existencia (por ejemplo, faltan bibliotecas, o el centro cívico está en mal estado).
<b>Mobiliario urbano</b>	Bancos y fuentes de agua potable.
<b>Zonas verdes</b>	Falta de parques verdes.
<b>Limpieza</b>	Incluye tanto los problemas de suciedad percibida o la falta de limpieza e insuficiente dotación de contenedores como las conductas incívicas de la ciudadanía que ensucia y hace un mal uso de los servicios de limpieza.
<b>Ruidos</b>	Existencia de zonas acústicamente saturadas.
<b>Accesibilidad</b>	El acceso a los edificios, tanto públicos como privados (y hogares), y la accesibilidad dentro de las viviendas.
<b>Iluminación</b>	Falta o mal estado de la iluminación de la vía pública.
<b>Contaminación</b>	Polución atmosférica.
<b>Vivienda</b>	Infraviviendas, hacinamiento y viviendas en mal estado.

SERVICIOS SANITARIOS	
<b>Atención primaria</b>	Problemas de atención en los servicios de atención primaria (centros de salud).
<b>Atención especializada</b>	Problemas de atención en los servicios de atención especializada (hospitales o salud mental).
<b>Medicamentos</b>	El pago de los medicamentos.
<b>Calidad</b>	Referencias directas a la 'mala calidad' de la atención, recursos o servicios sanitarios.
<b>Urgencias</b>	Falta de servicios de urgencia en la zona.
<b>Recursos</b>	Falta de algún recurso material específico en la zona.
DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS	
<b>Desempleo</b>	Situaciones de desempleo.
<b>Pobreza</b>	Personas con nivel económico muy bajo, con dificultades para cubrir las necesidades básicas y personas sin hogar.
<b>Ayudas económicas</b>	Insuficiencia o inexistencia de ayudas económicas.
<b>Zonas Desfavorecidas</b>	Zonas donde se concentran diferentes factores de desigualdad socioeconómica.
<b>Inmigración</b>	Personas que tienen diversas dificultades socioeconómicas debidas a su condición de inmigrante.
<b>Minorías</b>	Personas que tienen diversas dificultades socioeconómicas debido a su condición de minoría étnica.
<b>Dependencia</b>	Problemas relativos a la aplicación de la ley de dependencia: lentitud, insuficiente cobertura, falta de recursos.
<b>Prostitución</b>	Mujeres en situación de prostitución.

### Análisis de resultados

Tras la categorización de todos los problemas y necesidades identificados en los 11 distritos, estos se han contabilizado para identificar cuáles se han nombrado con mayor frecuencia, ya que se infiere una importancia relativa a aquellos que sean nombrados más veces y por distintos agentes.

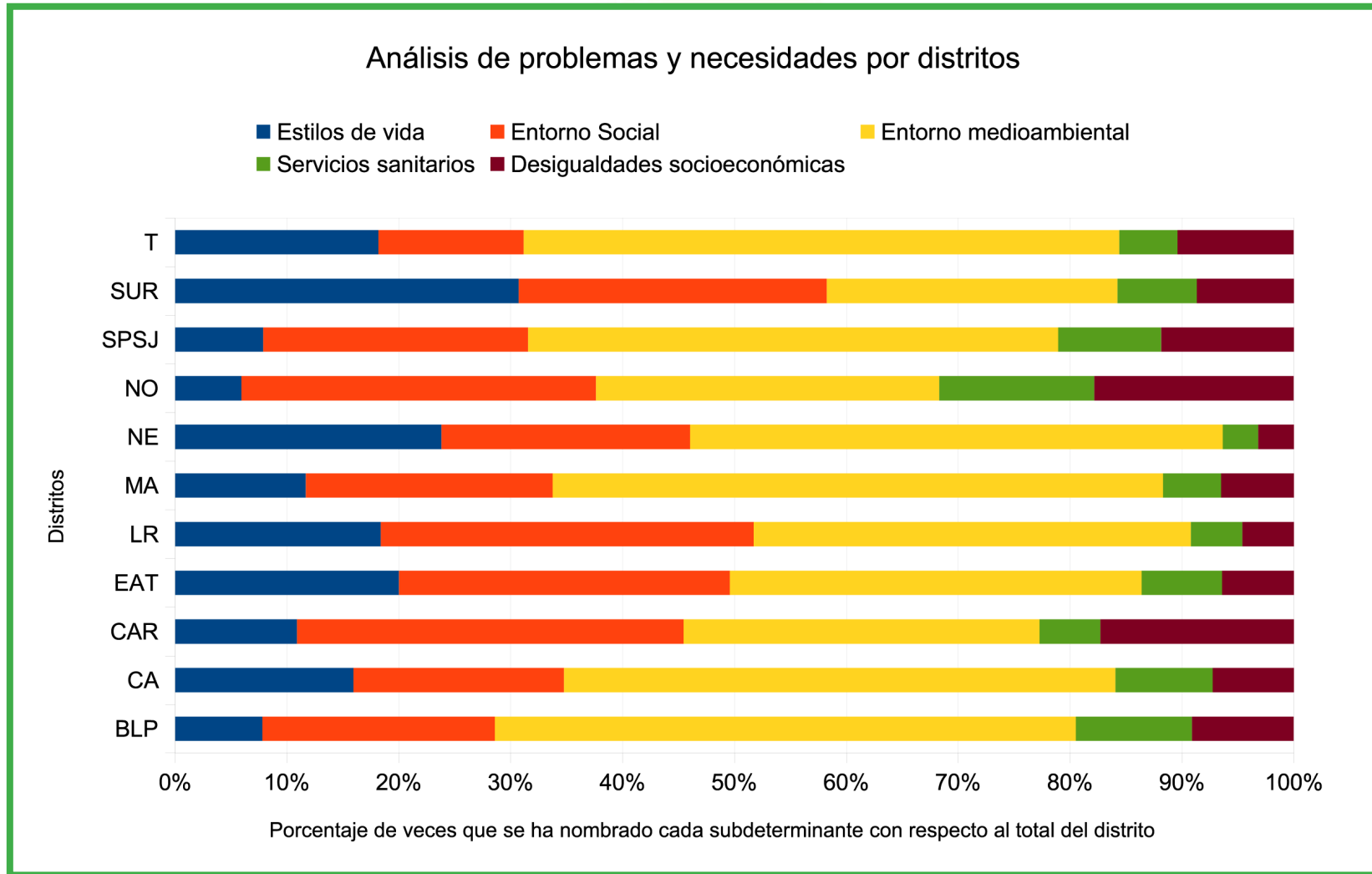
Se presenta a continuación el análisis en dos formatos:

- **Por distrito:** porcentaje de veces que se ha nombrado cada subdeterminante con respecto al total del distrito. Es interesante ver cuáles se han nombrado más, ya que serán los problemas percibidos como más relevantes en dicha zona.
- **Por determinante:** porcentaje de veces que se ha nombrado cada subdeterminante en relación con el total dentro de cada determinante. Esto nos da una visión del peso relativo que tiene cada subdeterminante desde la perspectiva de las personas que han participado en los talleres y en los grupos nominales.

**Esto no es un reflejo del impacto que estos determinantes tienen sobre la morbimortalidad sino de la importancia que tienen para la ciudadanía de Sevilla.**



**A. Resumen de conclusiones por distrito**



**Distrito Bellavista – La Palmera**

<b>Estilos de Vida</b>	Reclamo de talleres, formación y actividades que fomenten diversas conductas saludables.
<b>Entorno Social</b>	Se detectan problemas relativos a la inseguridad ciudadana, relacionada con la falta de efectivos de policía y con cierta población problemática (drogadictos, vandalismo, etc.).
<b>Entorno Medioambiental</b>	Destacan aspectos relacionados con la limpieza de los espacios públicos, carencias en el transporte público y faltas en el equipamiento público (iluminación, instalaciones, espacios deportivos y esparcimiento).
<b>Sistema Sanitario</b>	Denuncias relacionadas con el acceso económico (medicación y especialidades) y problemas con las listas de espera.
<b>Desigualdades Socioeconómicas</b>	Denuncian situaciones de desempleo y necesidad de ayudas económicas.

**Distrito Casco Antiguo**

<b>Estilos de Vida</b>	Malos hábitos de vida entre la poblacional infantil y adolescente principalmente.
<b>Entorno Social</b>	Necesidad de mayor control policial y carencia de implicación parental en el cuidado y educación de sus hijos e hijas.
<b>Entorno Medioambiental</b>	Problemas relativos a falta de limpieza, limitaciones con el transporte público y carencia de recursos públicos (instalaciones deportivas, piscina, etc.).
<b>Sistema Sanitario</b>	Déficit de personal sanitario (tiempos de espera y falta de especialidades).
<b>Desigualdades Socioeconómicas</b>	Seguridad de recursos mínimos (vivienda, ayudas económicas, empleo).

**Distrito Cerro – Amate**

<b>Estilos de Vida</b>	Problemas de adicciones (tabaco, alcohol y otros consumos).
<b>Entorno Social</b>	Problemas de seguridad ciudadana y los relativos al entorno escolar (absentismo, poca implicación de los padres y madres en los centros educativos).
<b>Entorno Medioambiental</b>	Hay problemas de limpieza y carencia de zonas verdes.
<b>Sistema Sanitario</b>	Carencia de recursos.
<b>Desigualdades Socioeconómicas</b>	Tasas de desempleo y problemas derivados de situaciones de pobreza (mala nutrición, hacinamiento, etc.).

**Distrito Este – Alcosa – Torreblanca**

<b>Estilos de Vida</b>	Problemas relacionados con adicciones, alimentación y bienestar emocional (conductas agresivas).
<b>Entorno Social</b>	Necesidades sentidas de vigilancia policial por inseguridad ciudadana. También hay identificada una problemática relativa al contexto educativo (abandono escolar, bajo nivel educativo).
<b>Entorno Medioambiental</b>	Problemas y carencias en movilidad (insuficientes comunicaciones de transportes públicos) y percepción de carencias en la limpieza (falta de papeleras, excrementos, etc.).
<b>Sistema Sanitario</b>	Demandas de servicios de especialistas.
<b>Desigualdades Socioeconómicas</b>	Problemas de desempleo.

**Distrito Los Remedios**

<b>Estilos de Vida</b>	Consumo de sustancias adictivas y adicciones a las nuevas tecnologías.
<b>Entorno Social</b>	Falta de redes de apoyo (madres solas, aislamiento social de personas mayores).
<b>Entorno Medioambiental</b>	Falta de recursos (centros públicos de diversa índole: piscina, biblioteca, ocio, deportivos, etc.).
<b>Sistema Sanitario</b>	La ciudadanía reclama puntos de urgencias.
<b>Desigualdades Socioeconómicas</b>	Precariedad laboral.

**Distrito Macarena**

<b>Estilos de Vida</b>	Problemas de alimentación, adicciones y salud emocional.
<b>Entorno Social</b>	Falta de vigilancia policial en distintos puntos del distrito (parque, tanatorio, etc.), falta de recursos y planificación por parte de las administraciones para responder a problemáticas concretas (envejecimiento de la población, menores infractores).
<b>Entorno Medioambiental</b>	Carencias relativas al mobiliario urbano (papeleras, fuentes, pavimento, bancos) y problemas relativos a la limpieza (plagas, recogida de basuras, solares, etc.).
<b>Sistema Sanitario</b>	Reclamaciones derivadas de los tiempos de espera y de problemas de vacunaciones.
<b>Desigualdades Socioeconómicas</b>	Bajo nivel socio-económico y concentración de inmigrantes.



**Distrito Nervión**

<b>Estilos de Vida</b>	No destaca ningún hábito específico sino aspectos relacionados con los estilos de vida en general como población con riesgo vascular o falta de programas de hábitos de vida saludables.
<b>Entorno Social</b>	Problemas relativos al entorno educativo (conductas violentas entre alumnado y profesorado, absentismo, etc.) y de convivencia por la tenencia de perros (peligros, suciedad, etc.).
<b>Entorno Medioambiental</b>	Problemas de accesibilidad (barreras arquitectónicas, rampas, etc.) y derivados de estos (aislamiento de personas mayores). Hay también una carencia de iluminación en algunos puntos y percepción de falta de limpieza.
<b>Sistema Sanitario</b>	Elevado número de casos de polimedicación.
<b>Desigualdades Socioeconómicas</b>	Carencia de ayudas económicas.

**Distrito Norte**

<b>Estilos de Vida</b>	Problemática relativa a la realización de actividad física (poca o mala oferta de actividades).
<b>Entorno Social</b>	Carencias en la oferta de ocio, problemas de convivencia (vandalismo, integración, etc.) y muchos problemas de absentismo escolar.
<b>Entorno Medioambiental</b>	Carencias en el transporte público, falta de espacios públicos, falta de zonas verdes, problemas de limpieza y problemas de vivienda (falta y calidad).
<b>Sistema Sanitario</b>	Carencia de recursos sanitarios y falta de atención especializada.
<b>Desigualdades Socioeconómicas</b>	Problemas de desempleo, economía sumergida y precariedad. Falta de formación para el empleo. Situaciones de pobreza.

**Distrito San Pablo – Santa Justa**

<b>Estilos de Vida</b>	No resalta ningún hábito en particular, pero sí la falta de actividades o iniciativas para promocionarlos.
<b>Entorno Social</b>	Falta de redes sociales de apoyo y asociacionismo y problemática derivada de la desestructuración de las familias.
<b>Entorno Medioambiental</b>	Carencias en el transporte público y problemas relativos al transporte privado (aparcamientos); falta de espacios públicos (centro cívico, espacios de reunión y ocio de personas mayores y jóvenes); insuficientes zonas verdes y problemas de limpieza. Diversidad de problemas relativos a la accesibilidad (transportes públicos, edificios públicos, edificios de viviendas, aparcamientos para personas con diversidad funcional).
<b>Sistema Sanitario</b>	Carencias de recursos y atención especializada.
<b>Desigualdades Socioeconómicas</b>	Necesidades de ayudas económicas y problemas con las ayudas de la ley de dependencia.

**Distrito Sur**

<b>Estilos de Vida</b>	Problemas en todos los hábitos referidos, destacando especialmente las adicciones de todo tipo (sustancia y tecnológica).
<b>Entorno Social</b>	Mucha problemática relativa al entorno educativo, especialmente el absentismo escolar.
<b>Entorno Medioambiental</b>	Falta de conexiones en transporte público (SEVICI), problemas de limpieza, insalubridad y contaminación.
<b>Sistema Sanitario</b>	Percepción de grandes carencias en la Atención Primaria y en la calidad de la atención sanitaria (fallos en cobertura vacunal, carencia de actividades de promoción y prevención).
<b>Desigualdades Socioeconómicas</b>	Amplia problemática relativa a la marginación, situaciones de pobreza y sinhogarismo.

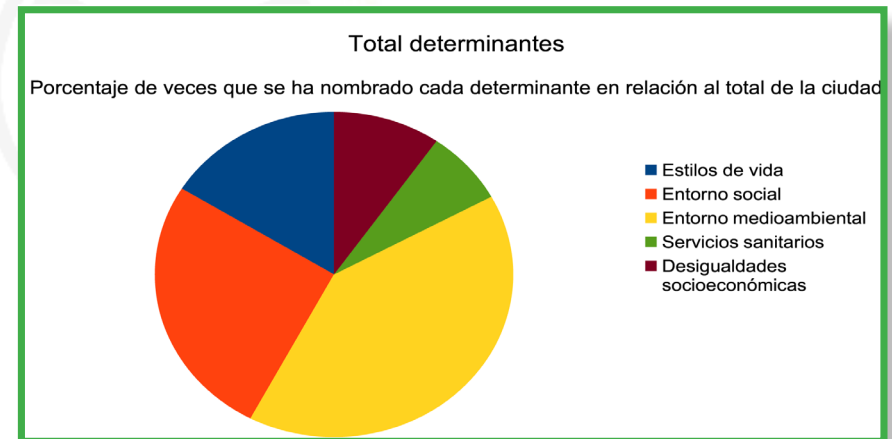
**Distrito Triana**

<b>Estilos de Vida</b>	Consumo de sustancias adictivas, malos hábitos alimenticios y conductas sexuales de riesgo.
<b>Entorno Social</b>	Percepción de carencias en las actividades de ocio (poca oferta), problemas de convivencia y puntos de menudeo de drogas.
<b>Entorno Medioambiental</b>	Insuficiencias en el transporte público; falta de espacios públicos para ocio (jóvenes, deporte, personas mayores); falta de mobiliario urbano (fuentes, bancos, etc); demandas relacionadas con los espacios verdes (más árboles y cuidado de parques); quejas relacionadas con las barreras urbanísticas y arquitectónicas (problemas de accesibilidad).
<b>Sistema Sanitario</b>	Falta de servicios de atención especializada (salud mental y odontología).
<b>Desigualdades Socioeconómicas</b>	Problemas derivados de situaciones de pobreza (mala vivienda, falta de medicamentos, alimentos básicos, etc.).

**B. Resumen conclusiones por determinantes**

El determinante social de la salud más referido<sup>1</sup>, tanto por los y las profesionales como por la ciudadanía ha sido el entorno medioambiental (41%) seguido del entorno social (26%) y de los estilos de vida (16%). Por último, han sido menos mencionados las desigualdades socioeconómicas (10%) y los servicios sanitarios (7%).

*Fuente: Informe de conclusiones del Perfil de Salud de la Ciudad de Sevilla.*



Para poder facilitar el análisis hemos desgranado estos determinantes en distintos subdeterminantes que faciliten una visión más detallada del análisis al nivel de la ciudad.

<sup>1</sup>. Implica el número de veces que cada problema o subdeterminante ha sido nombrado en los distintos procesos llevados a cabo (informe técnico, talleres y grupos con ciudadanía).



**Estilos de vida**

En los estilos de vida se incluyen los hábitos de vida y los problemas derivados de estos, incluyéndose las carencias en las iniciativas que los promueven (actividades, talleres, formaciones, campañas).

En primer lugar, se encuentran los problemas relacionados con las adicciones (25%) seguido de la alimentación (17%), el bienestar emocional (14%) y la actividad física (13%). Los problemas de estilos de vida en general (11%) están seguidos por los relativos a la higiene (9%), la sexualidad (8%) y de forma puntual aparecen algunas alusiones a accidentes (2%) y al sueño (1%).

*Fuente: Informe de conclusiones del Perfil de Salud de la Ciudad de Sevilla.*



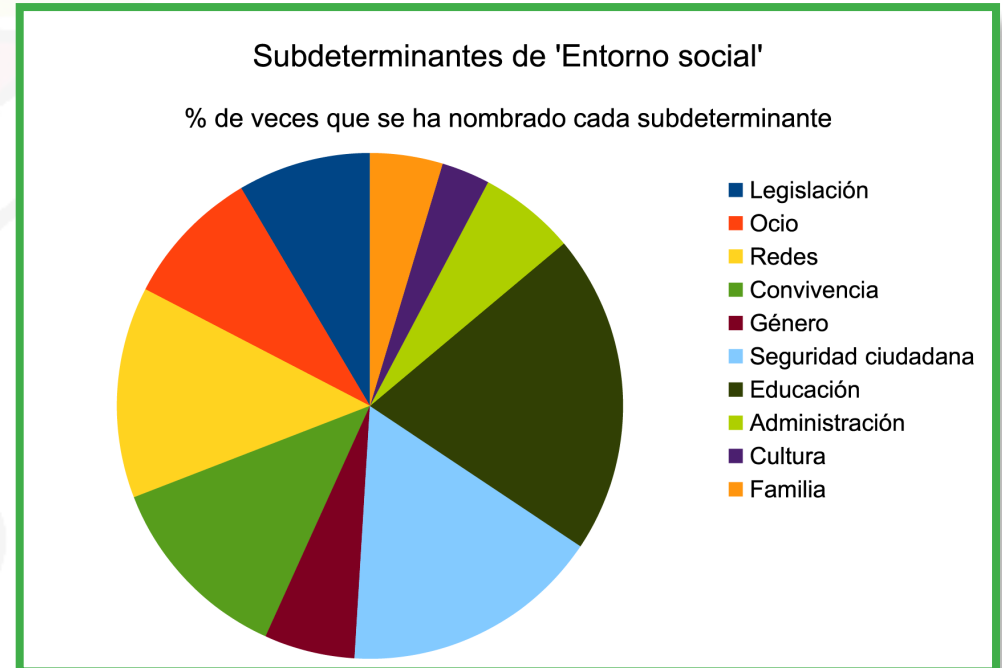
**Entorno social**

Dentro del entorno social se incluyen aspectos que afectan a la forma en que nos relacionamos como sociedad y como individuos sociales. Se han reflejado aspectos relativos a la legislación (su incumplimiento), a la seguridad, la educación (como entorno donde aprendemos a relacionarnos y como uno de los entornos donde se establecen los cimientos de la ciudadanía), los problemas de convivencia (ya sean conflictos o extremos como actos de vandalismo), pero también hemos incluido aquí los problemas relativos a las gestiones de aspectos sociales por parte de las administraciones y las redes informales o formales de apoyo (asociacionismo). Por último, se incluye aquí la familia como un entorno social primario (refleja problemas de malos tratos, negativas referencias de conductas y abandono y soledad).

El área más referida es el entorno educativo (21%), seguida de la seguridad ciudadana (16%), las redes sociales (14%) y la convivencia (13%). Seguidamente vienen los aspectos relativos al ocio (9%), la legislación (8%), la violencia y la desigualdad de género (6%) junto con la gestión de la administración (6%).

Por último, de forma puntual, se sitúan problemas relativos a la familia (4%) y problemas culturales (3%).

*Fuente: Informe de conclusiones del Perfil de Salud de la Ciudad de Sevilla.*

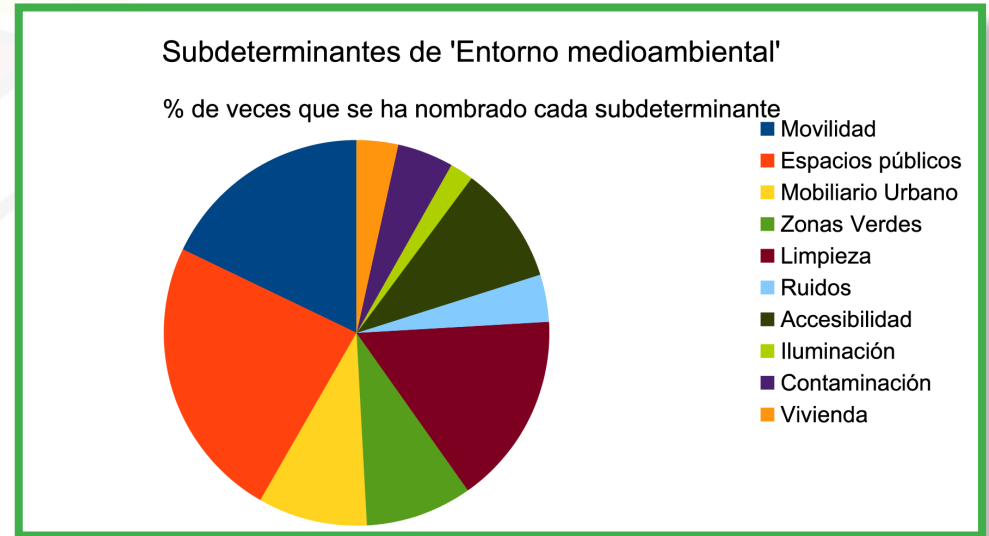


**Entorno medioambiental**

En el determinante de entorno medioambiental se ha recogido toda la problemática relativa al entorno físico que nos rodea. Se encuadran aquí aspectos de movilidad, entendiendo esta como transportes públicos y los medios para que se produzcan los traslados de forma privada (coche, bici, a pie). También se incluyen los aspectos relativos a los edificios y zonas de gestión pública (recursos municipales: bibliotecas, colegios, polideportivos, piscinas, etc.). Se ha incluido como un área a parte el mobiliario urbano (bancos, fuentes, etc). Igualmente, se incluyen aquí las zonas verdes, entendiéndose estas como todo el arbolado, parque e incluso los huertos urbanos. La accesibilidad que se refleja aquí hace alusión a los espacios públicos, transporte y viviendas privadas. En el apartado de limpieza se ha reflejado la problemática que surge de la falta de limpieza, tanto por responsabilidad de la administración como por parte de la ciudadanía.

En primer lugar, se encuentran las demandas relacionadas con carencias en los edificios/recursos /espacios públicos (23%), seguidas de problemas de movilidad (18%) y limpieza (16%). A estos les sigue la accesibilidad (10%), el mobiliario urbano (9%) y zonas verdes (9%) muy igualados. Por último, están la contaminación (5%), los ruidos, la vivienda (4%) y los problemas de iluminación (2%) de una forma muy residual.

*Fuente: Informe de conclusiones del Perfil de Salud de la Ciudad de Sevilla.*

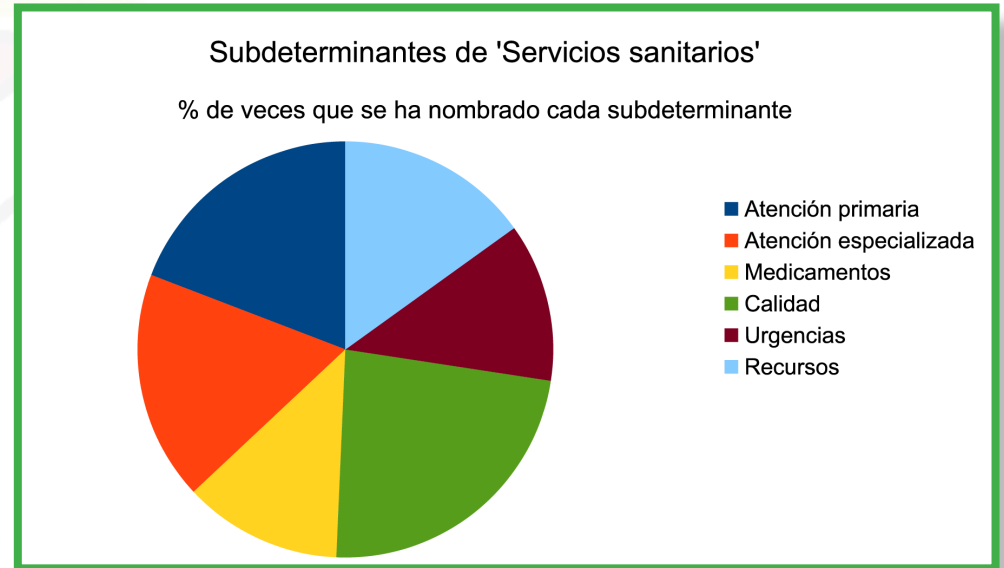


**Servicios sanitarios**

Las categorías de este determinante han sido construidas en base a las referencias acumuladas de distintas problemáticas. Se han reflejado las áreas de atención primaria y especializada cuando se hacían alusiones específicas a centros de salud o servicios hospitalarios o especializados. Ha sido necesario crear una categoría de medicación por el alto número de referencias específicas a ellos, así como las demandas relativas a los puntos de urgencia (problemas o falta). Finalmente, se han incluido las categorías de recursos para reflejar las quejas de recursos materiales y humanos; y de calidad, la cual refleja un conjunto de problemas, carencias y necesidades relativas a la praxis.

En primer lugar se sitúa la calidad (24%), en segundo las referencias a situaciones de atención primaria (19%) seguidas de las de atención especializada (18%), para continuar con las carencias de recursos (15%) y, por último, los aspectos relativos a la medicación (13%).

*Fuente: Informe de conclusiones del Perfil de Salud de la Ciudad de Sevilla.*



### Desigualdades socioeconómicas

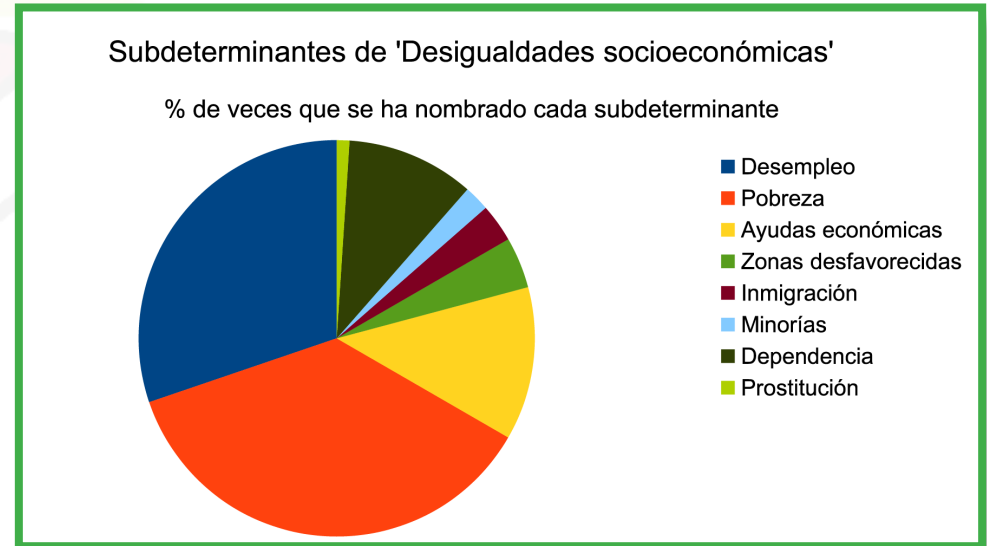
El determinante de desigualdades socio-económicas es especialmente importante porque allí donde se dan tienen un gran impacto en el resto de los determinantes. Se han establecido algunas distinciones internas para facilitar la visión de aquellos problemas más estructurales y de largo recorrido, con aquellas situaciones que tienen un recorrido más individual y, por lo tanto, las herramientas o formas de abordaje son diferentes.

En el primer grupo, se incluyen rasos como la pobreza (multicausal), los problemas derivados de pertenecer a ciertas minorías o ser inmigrante (entendiéndose aquí que son referidos por las personas participantes de este estudio como colectivo que parten de una desigualdad social y económica de base).

Por otro lado, situamos otras áreas como son el desempleo (paro, empleabilidad y precariedad), la dependencia (principalmente referencias a la ley de dependencia) y las ayudas económicas que abarcan situaciones más accesibles desde las instituciones públicas, como un segundo gran grupo.

La pobreza (36%) y el desempleo (30%) son las subcategorías más referidas dentro de este determinante, seguidas de lejos por la dependencia (15%) y las ayudas económicas (13%). Y, por último, de forma puntual, la inmigración (3%), las minorías (2%) y la prostitución (1%).

Fuente: Informe de conclusiones del Perfil de Salud de la Ciudad de Sevilla.





### 4.2. Listado de problemas priorizados

Del listado definitivo de problemas priorizados en el conjunto de los distritos de la ciudad se extraen los tres que obtuvieron mayor puntuación en la ponderación.

Problemas Priorizados	
<b>Estilos de Vida</b>	1. Malos hábitos de alimentación.
	2. Falta de actividad física.
	3. Consumo de sustancias adictivas y adicciones.
<b>Entorno Social</b>	1. Conflictos sociales identificados en el contexto educativo.
	2. Carencias en las redes sociales y de apoyo.
	3. Conflictos y problemas de convivencia ciudadana.
<b>Entorno Ambiental</b>	1. Problemas de suciedad en la vía pública.
	2. Carencias en el mobiliario urbano: fuentes de agua potable.
	3. Problemas en viviendas particulares.
<b>Desigualdades Socioeconómicas</b>	1. Situaciones de pobreza.
	2. Carencias en las ayudas económicas para poblaciones vulnerables.
	3. Problemas relacionados con la ley de dependencia.

### 4.3. Plan de Acción

El PLS tiene una **duración de 4 años** planteándose de 2019 a 2023. Se compone de **cuatro líneas estratégicas**, una para cada determinante de salud, que se estructuran en líneas de acción, respondiendo a los problemas priorizados.

En la línea estratégica Estilos de Vida, además de los tres problemas priorizados, se incluye la línea de acción de promoción de la salud afectivo-sexual debido al incremento de las infecciones de transmisión sexual que se han detectado en la última década y al fuerte compromiso que tiene adquirida la Corporación Local con esta línea de trabajo.

Cada una de estas **líneas de acción** que se establecen para toda la ciudad de Sevilla, contienen sus propios objetivos generales, específicos e indicadores y se ejecutan a través del desarrollo de agendas anuales, donde se explicitan las medidas concretas a aplicar.

## 1. Línea estratégica estilos de vida

Existe una estrecha y compleja relación entre el estado de salud de las personas y su forma de vida. El estilo de vida de una persona está compuesto por todas aquellas conductas y hábitos que tiene el individuo. Abarca, por lo tanto, una gran diversidad de aspectos como es la alimentación, la actividad física, el sueño, las relaciones afectivo sexuales, el consumo de sustancias tóxicas, etc. El conjunto de hábitos de vida que mantiene una persona (su estilo de vida) se retroalimentan entre sí.

Los hábitos, tanto positivos como negativos, se adquieren y se refuerzan en el entorno familiar y social más cercano.

Desde una visión integral del individuo los aspectos más importantes que determinan su salud son, sin duda, la alimentación, la práctica regular de actividad física, su salud emocional, el desarrollo de una actitud positiva ante la vida, la ausencia de tóxicos tales como drogas o tabaco, unas relaciones afectivo sexuales gratificantes y una integración social plena.

Ello está apoyado en una amplia literatura científica que pone de manifiesto las consecuencias de no mantener unos hábitos de vida saludables. Así pues, se produce un aumento de la probabilidad de sufrir ciertas enfermedades, como las cardiovasculares, los problemas osteoarticulares, la obesidad, la diabetes y el síndrome metabólico.

Estas enfermedades pueden aparecer de una forma prematura y tienden a cronificarse dando lugar a problemas más complejos a los que se suman otros de índole psicosocial, relacionados con baja autoestima, la depresión, el aislamiento social y el consumo de sustancias.

## Objetivo Estratégico 1 - Promover hábitos de vida saludables

Mantener hábitos de vida saludables a lo largo del ciclo vital es un factor de salud que ayuda a disminuir las probabilidades de sufrir distintas enfermedades y a vivir de forma más plena. Por ejemplo, realizar actividad física de forma frecuente y consumir alimentos sanos reduce el peligro de sufrir afecciones cardiovasculares y enfermedades crónicas como la diabetes.

Por tanto, se deben promover acciones que faciliten las elecciones sanas por las personas.

En términos generales, los hábitos saludables mejoran la calidad de vida y posibilitan el disfrute de un mayor bienestar a lo largo de la vida, favoreciendo un envejecimiento saludable en buen estado de salud.

## 1.1. Línea de acción de alimentación saludable, sostenible y solidaria

La alimentación es la variable de mayor reconocimiento y coincidencia científica en relación a su influencia sobre la salud de las personas a lo largo de su ciclo vital, atribuyéndosele a esta, cuando es variada y bien proporcionada, una de las claves fundamentales en los estilos de vida y para aspirar a disfrutar de una alta calidad de vida.

La relación existente entre hábitos alimenticios, salud y enfermedad son cada día más evidentes. Se pone de manifiesto que el exceso y el desequilibrio en la alimentación tiene como consecuencia que las personas enfermen, cada vez más frecuentemente de forma prematura, y mueran de patologías también ligadas a problemas alimentarios: obesidad, diabetes, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares o ciertos cánceres, entre otras. Estas enfermedades aparecen como primeras causas de mortalidad en adultos y personas mayores y en relación a la morbilidad, pueden dar lugar a problemas complejos tanto de orden físico como psicosocial, desde el déficit de autoestima, la depresión, el aislamiento social o el consumo en exceso de fármacos.

En el proceso de elaboración del Plan de Salud se han destacado y priorizado como problema, los malos hábitos de alimentación, especialmente entre la población escolarizada, menores, adolescentes y jóvenes. Se detecta, por un lado, un exceso de consumo de alimentos ultraprocesados, de alimentos ricos en azúcares y, por otro, un escaso consumo de alimentos saludables. Según manifiestan, las posibles causas más directas pudieran ser los estilos de vida poco saludables. En general, esto es debido a las prisas, a la falta de organización doméstica, al impacto de la publicidad y al escaso conocimiento sobre esta materia, sobre todo en zonas desfavorecidas o entre población con escasos recursos.

### **Objetivo General 1.1 – Promover una alimentación saludable, solidaria y sostenible, para así disfrutar de una buena salud, desarrollo personal y prevenir problemas asociados a una alimentación inadecuada.**

La promoción de conductas saludables en relación a la alimentación está enfocada a todo el ciclo vital de las personas, ya que, como se ha mencionado anteriormente, es un factor primordial para vivir en buena salud.

Además, la buena formación de la persona en el ejercicio de diferentes roles a lo largo de la vida influirá de forma decisiva en el resto de la familia o grupo social en el que se desarrollen las personas.

### **Objetivo Específico 1.1.1 – Promover la alimentación saludable, solidaria y sostenible entre la población infantil, adolescentes y jóvenes de la ciudad**

El centro escolar, el lugar donde nos formamos, adquirimos hábitos, actitudes, etc., es el escenario idóneo para hacernos con los recursos necesarios para aprender a vivir de forma sana. Por fortuna, la gran mayoría de niños, niñas y jóvenes de la ciudad disfrutan de él. Además, es el entorno donde confluyen docentes y familias, ambos pilares fundamentales para este objetivo.

Extendemos al espacio universitario las acciones tanto a jóvenes y al personal de servicios, como a personas destinatarias interesadas. Por ello, es el espacio óptimo para realizar programas y actividades de promoción de alimentación saludable dirigida a las personas integrantes del espacio educativo.

Asimismo, el entorno comunitario nos facilita realizar otro tipo acciones y llegar a otro tipo de colectivos que favorece la adquisición de los hábitos sanos.

**Indicador 1:** Realizadas medidas de promoción de alimentación saludable, solidaria y sostenible en todos los centros educativos adscritos a la red local de acción en salud de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Indicador 2:** Realizadas medidas de promoción de alimentación saludable, solidaria y sostenible en entidades y asociaciones de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Indicador 3:** Realizadas medidas de promoción de alimentación saludable, solidaria y sostenible en el espacio universitario de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

**Objetivo Especifico 1.1.2 – Promover la alimentación saludable, solidaria y sostenible entre la población adulta de la ciudad**

Las campañas de información son la herramienta idónea para llegar a las personas adultas con los mensajes de información y concienciación sobre la alimentación sana y saludable, dado las dificultades que existen para acceder a esta población.

**Indicador:** Realizada una campaña de información sobre alimentación saludable, solidaria y sostenible dirigida a la población de personas adultas de la ciudad en cada distrito para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

**Objetivo Especifico 1.1.3 – Promover la alimentación saludable, solidaria y sostenible entre la población mayor de la ciudad**

Tener una dieta variada y equilibrada es importante a cualquier edad. Sin embargo, las personas que llegan a una cierta edad se enfrentan a problemas físicos, psíquicos y sociales que derivan de cambios biológicos propios de dicha edad y que condicionan, a veces de manera muy estricta, la capacidad para llevar a cabo un acto tan natural como es “el comer diariamente”.

El resultado es una alimentación desequilibrada, insuficiente, que puede tener efectos dañinos sobre la salud, existiendo elementos de desequilibrio dietético por dificultades de masticación, por soledad, por dificultades económicas, etc., que pueden ser compensados con una información adecuada y con actividades que faciliten la comprensión de estos posibles desequilibrios.

Así, la dieta y la nutrición adecuadas contribuyen decisivamente a aumentar la calidad de vida de las personas mayores y a prevenir y tratar numerosas enfermedades que les afectan. Siempre hay alternativas para llevar una dieta sana, procurando que las comidas sigan siendo un placer y no una obligación.

Por otro lado y de manera frecuente, son las personas mayores en su papel de abuelos y abuelas, los responsables de la alimentación de los y las menores, por tanto, las acciones formativas dirigidas a este colectivo redundarán en la salud de la población infantil.

**Indicador:** Realizadas medidas de promoción de alimentación saludable, solidaria y sostenible dirigidas a las personas mayores de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.



## 1.2. Línea de acción de promoción de la actividad física

La actividad física se define como cualquier actividad que implique movimiento físico del cuerpo. Lo diferenciamos del ejercicio físico, que implica un cierto nivel de actividad. Podemos decir, en términos generales, que la actividad física es cualquier actividad que realicemos en nuestra vida cotidiana que implique mover el cuerpo, por ejemplo, andar, bailar, jugar, etc. y el ejercicio físico es la realización de algún deporte.

El estilo de vida actual promueve el sedentarismo en todos los ámbitos, laboral, educativo y familiar. Uno de los factores que lo favorece son los avances tecnológicos, los cuales nos evitan realizar actividad física para determinadas acciones. Esto conlleva un aumento de las enfermedades relacionadas con esta falta de actividad, como la obesidad, los problemas osteoarticulares, la diabetes, etc.

Mantener una actividad física regular es una de las conductas más beneficiosas para la salud. Por ello, desde la administración sanitaria se recomienda realizar actividad física como parte de la vida cotidiana o ejercicio físico deportivo frecuente. Los inconvenientes que se observan para el cumplimiento de estas recomendaciones están relacionados con dos factores, por un lado, las limitaciones diarias de tiempo, que suponen un problema para muchas personas a la hora de encontrar momentos en los que hacer actividad física. Y por otro lado, el desconocimiento, o la falta de conciencia sobre la importancia de realizar actividad física de forma regular, que lleva a muchas personas a priorizar actividades sedentarias por encima de actividades físicamente activas. Por ejemplo, hay actualmente un gran porcentaje de población que elige cotidianamente ocio sedentario basado en pantallas (televisión, ordenadores, etc.), en lugar de actividades como pasear, hacer deporte, etc.

### **Objetivo General 1.2. – Promover la actividad física entre la población general**

Hay dos grupos poblacionales que sufren las consecuencias más dramáticas ante el sedentarismo.

Por un lado, las personas en edad de crecimiento, o sea, los y las menores. Esta es una época crucial para el desarrollo psicomotriz y para el establecimiento de hábitos saludables que se mantienen en edades posteriores. Además, estas personas sufren problemas de salud o enfermedades en edades tempranas.

Por otro lado, las personas mayores de cincuenta años que tienen una vida sedentaria padecen más enfermedades y accidentes. A la larga, tienen una pérdida de autonomía motriz y calidad de vida más acusada.



### **Objetivo Específico 1.2.1 – Promover la actividad física entre la población de menores**

La actividad física entre los y las menores debe fundamentarse en el juego activo y en el ejercicio físico (deporte), ya que las necesidades energéticas son altas. Es fundamental trabajar con las familias, las cuales son las facilitadoras y motivadoras de este hábito.

**Indicador:** Realizadas actividades de ocio saludable en familia en todos los distritos de la ciudad para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

### **Objetivo Específico 1.2.2 – Promover la actividad física entre las personas mayores**

Las necesidades de actividad y las limitaciones físicas de las personas mayores, que no requieren gastar grandes cantidades de energía sino mantener el tono muscular y una vida activa, hacen que sea recomendable la realización diaria de actividad física o ejercicio moderado.

**Indicador:** Realizadas medidas de promoción de la actividad física para personas mayores en todos los distritos de la ciudad para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

### 1.3. Línea de acción de prevención de drogodependencias y adicciones

Las drogodependencias y las adicciones sin sustancias, especialmente al juego patológico, son una realidad que va evolucionando ya que aparecen nuevas sustancias y diferentes conductas adictivas. El consumo de sustancias y conductas adictivas van sufriendo cambios tanto en los patrones de consumo como en el perfil de las personas consumidoras. Por lo tanto, son situaciones dinámicas que requieren dar respuestas adaptadas a los momentos y a las circunstancias.

La intervención en la prevención de las drogodependencias y adicciones deben ir dirigidas, por un lado, a retrasar la edad de inicio del consumo de las diversas sustancias, especialmente el alcohol y el tabaco, puesto que son las más precoces y los precursores de otras adicciones y consumos de riesgo; y, por otro, a la reducción del consumo abusivo y de riesgo.

Para el abordaje de estas situaciones se deberán desarrollar programas y actuaciones diversas y adaptarlas a: el grado de vulnerabilidad de la población clave, el consumo de sustancias y otras conductas adictivas y los tipos y grados de consumos ya establecidos.

Por tanto, ante las distintas situaciones, las intervenciones preventivas podrán ser de tipo universal, selectiva o indicada, según el objetivo al que se dirijan, teniendo en consideración y priorización aquellas situaciones que supongan un mayor riesgo de exclusión social. Igualmente, la perspectiva de género será un elemento prioritario en el diseño y adaptación de los programas y su aplicación.

#### **Objetivo General 1.3 - Promover medidas de prevención de las drogodependencias y adicciones**

Los abordajes de la prevención de las drogodependencias y adicciones deben ser específicos en cuanto a sustancias, conductas y grupos de población a los que van referidos. Se establecen los objetivos específicos en base a los consumos identificados como más problemáticos en las poblaciones de menores, adultos y mayores.



### **Objetivo Especifico 1.3.1 – Prevenir el consumo de alcohol y tabaco en menores**

Las intervenciones más efectivas se fundamentan en el entrenamiento de los y las menores en habilidades sociales y de negociación porque el mayor peligro para el inicio del consumo es la presión de los iguales. Por lo tanto, las intervenciones más efectivas se realizan en el entorno donde pasan más tiempo junto con sus grupos de amistades, o sea, en los centros educativos.

**Indicador:** Realizadas medidas de prevención del consumo de tabaco y alcohol en todos los centros educativos de la red local de acción en salud de la ciudad para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

### **Objetivo Especifico 1.3.2 – Prevenir el consumo de sustancias ilegales en adultos**

El control del acceso a las sustancias es considerado el más efectivo para prevenir el consumo de sustancias, pero también las campañas de información y concienciación de los efectos que el consumo puede tener en los proyectos vitales y en la salud.

**Indicador:** Realizadas medidas de prevención del consumo de sustancias (campañas de información, sensibilización y control policial) en todos los distritos de la ciudad para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

### **Objetivo Especifico 1.3.3 – Prevenir la adicción a fármacos psicoactivos entre las personas mayores de la ciudad**

Hay un patrón de consumo abusivo y adictivo de fármacos psicoactivos, sedantes y antidepresivos que se da entre la población adulta y, principalmente, entre las mujeres.

**Indicador:** Realizadas actividades de prevención del abuso de psicofármacos en todos los centros de salud adscritos a la red de acción local en salud de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

## 1.4. Línea de acción en educación afectivo-sexual

La sexualidad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como: " Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales." <sup>2</sup>

El cuerpo es su base y por este motivo es importante conocerlo, sentirlo y vivirlo de forma integral, sin centrarnos en exclusiva, en la genitalidad de los cuerpos.

La sexualidad se desarrolla y expresa de diferentes maneras a lo largo de la vida, de forma que en cada etapa necesita conocimientos y experiencias específicos para su óptimo desarrollo. Así pues, la vivencia de la sexualidad se manifiesta de formas diferentes dependiendo de la edad, del contexto social, de las vivencias personales y de la forma en que las personas piensan y sienten como seres sexuados, es decir, influyen los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es importante conocer todos estos aspectos para comprender mejor los cambios físicos y psíquicos relacionados con la sexualidad que se viven en cada etapa evolutiva, porque ello nos ayudará a comprender y a descubrir nuestra propia sexualidad como un potencial que genera salud y bienestar.

Para ello, es imprescindible hablar con naturalidad de sexualidad desde una visión positiva e igualitaria que eduque desde la diversidad y la tolerancia para facilitar la formación integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, porque más allá del conocimiento puramente biológico explica procesos importantes como la construcción de la identidad de género, las relaciones amorosas y afectivas de buen trato, las vivencias, la expresión de emociones y sentimientos, aprender a quererse más y mejor, aprender a protegerse, a atender sus deseos, así como a evitar los embarazos no planificados, las ITS y otros problemas de salud. Es decir, una educación sexual integral que promueva placeres y no miedos, teniendo en cuenta la perspectiva de género, la diversidad y la especificidad cultural.

*2. Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002.  
Ginebra / OMS 2006*

Las personas adultas y mayores han alcanzado su madurez sexual tras escribir su propia biografía sexual construida con sus vivencias en las etapas anteriores. En estas etapas también es importante la educación afectivo-sexual para tener un mayor autoconocimiento del cuerpo, de la sexualidad y de las relaciones eróticas de forma que se aprenda a disfrutar en cada etapa evolutiva. Es crucial el abordaje del erotismo y del placer sexual, además de otros aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

La educación afectivo-sexual es necesaria en todos los escenarios de la vida cotidiana y en todas las etapas a fin de que la dimensión sexual nos aporte bienestar sexual individual, interpersonal y social, tanto desde una perspectiva psíquica como física, es decir, una buena salud sexual y reproductiva. La dimensión de las personas que se ofrece así trasciende y va más allá de los aspectos reproductivos de mujeres y hombres, ya que no se circunscribe en exclusiva a la etapa fértil del ciclo vital.

En el proceso de elaboración del PLS se han destacado y priorizado como problemas relacionado con esta línea de acción: las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH, los embarazos no planificados y las relaciones de buen trato, especialmente en población adolescente, joven y adulta.

#### **Objetivo General 1.4 – Favorecer una sexualidad saludable a lo largo del ciclo vital, fuente de salud y bienestar**

Facilitar la construcción y la vivencia de una sexualidad sana y placentera impide la aparición de diversos problemas de salud sexual, generando bienestar a lo largo de la vida.

La educación afectivo-sexual recibida en cada una de las etapas de la vida puede ayudar al desarrollo de la sexualidad de las personas del círculo familiar y /o social.

### **Objetivo Específico 1.4.1 – Favorecer una sexualidad saludable entre la población infantil, adolescentes y jóvenes de la ciudad**

El centro escolar, el lugar donde nos formamos, adquirimos hábitos, actitudes, etc., es el escenario idóneo para hacernos con los recursos necesarios para aprender a vivir de forma sana. Por fortuna, la gran mayoría de niños, niñas y jóvenes de la ciudad, disfrutan de él. Además, es el entorno donde confluyen docentes y familias, pilares fundamentales para este objetivo.

Extendemos al espacio universitario las acciones tanto a jóvenes y personal de servicios, como a personas destinatarias interesadas. Por ello, es el espacio óptimo para realizar programas y actividades de educación afectivo-sexual dirigidas a las personas integrantes del espacio educativo.

Asimismo, el entorno comunitario nos permite realizar otro tipo acciones y llegar a otro tipo de población clave que favorece la adquisición de los hábitos sanos.

**Indicador 1:** Realizadas medidas de promoción de educación afectivo-sexual en todos los centros educativos adscritos a la red local de acción en salud de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Indicador 2:** Realizadas medidas de promoción de educación afectivo-sexual en entidades y asociaciones de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Indicador 3:** Realizadas medidas de promoción de educación afectivo-sexual en el espacio universitario de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

### **Objetivo Especifico 1.4.2 – Favorecer una sexualidad sana entre la población adulta de la ciudad**

Las campañas de información son la herramienta idónea para llegar a las personas adultas con los mensajes de información y concienciación sobre una sexualidad sana y responsable, dado las dificultades que existen para acceder a esta población.

**Indicador:** Realizada una campaña de información sobre sexualidad que dirigida a la población de personas adultas de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

### **Objetivo Especifico 1.4.3 – Favorecer una sexualidad saludable entre la población mayor de la ciudad**

Al abordar la sexualidad de las personas mayores, nos encontramos que suele existir una visión negativa de la misma, centrada en las carencias, en las deficiencias y en las pérdidas, y rodeada de multitud de mitos e ideas erróneas. Pocas veces se valoran las ganancias y los beneficios personales y de pareja que puede llegar a aportar una vivencia positiva de la sexualidad en esta etapa.

La posibilidad de disfrutar de una relación amorosa, afectiva y sexual de calidad no cambia con el paso de los años. La necesidad de dar y recibir cariño y afectos, compañía, comprensión, escucha, caricias, relaciones, placer, amor... siguen estando presentes, pudiendo llegar a potenciarse más desde una vivencia más serena y madura. Se trata, al igual que en otra etapas de la vida, de vivenciar el placer, de gozar, de sentir o de comunicar y de la seguridad emocional que da el sentirse querido o querida.

Las relaciones sexuales se viven de manera diferente en las distintas etapas de la vida, pero el modo en que la vivamos influye en nuestra salud y bienestar emocional mejorando nuestra autoestima. Por ello, desde la promoción de la salud podemos transmitir otra percepción de la sexualidad que contribuya a mejorar la calidad de vida y el bienestar.

**Indicador:** Realizadas medidas para favorecer una sexualidad saludable dirigidas a las personas mayores de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

## 2. Línea estratégica de entorno social

El entorno social es el medio donde se producen todas las relaciones interpersonales entre la ciudadanía. Está compuesto por diferentes esferas que se interrelacionan entre sí, como son las relaciones en el barrio, en la familia y con las administraciones. En este apartado, se incluyen las relaciones que se dan dentro del ámbito privado, como es la familia, el grupo de iguales, y/o la pareja. Los conflictos en estos espacios sociales derivan en problemáticas complejas, que afectan a otras esferas de la vida de las personas.

Cuando el entorno social de la comunidad o de la persona, en todas o algunas de sus esferas, es negativo, las consecuencias son negativas para la salud. Se generan conflictos interpersonales, disputas, conductas violentas o incívicas, que alteran la dinámica normal de la vida de las personas y de la comunidad. Esto termina teniendo efectos físicos negativos, tanto para las personas como para los entornos. Las personas que viven en un contexto socialmente estresante terminan enfermando. Uno de los efectos inmediatos es el aislamiento social, las personas de la comunidad tienden a relacionarse menos entre sí. Esta situación mantenida en el tiempo termina favoreciendo la aparición de trastornos en el estado de ánimo y depresiones. Cuando, además, hay problemas socioeconómicos, de orden económico o laboral, se agravan los problemas sociales en la comunidad al suponer un factor importante de estrés.

Las comunidades que no tienen buenas relaciones no cuidan sus espacios compartidos de convivencia, como son las calles, plazas, parques, etc. Las conductas incívicas tienen efectos que van más allá de las relaciones interpersonales. Por ejemplo, conductas como no recoger los excrementos de las mascotas producen suciedad en las calles o malos olores. Las malas relaciones sociales a niveles institucionales conllevan una mala coordinación de sus profesionales, causando ineficacia en la atención a la ciudadanía y produciendo un empobrecimiento e inefectividad de los servicios públicos.

### Objetivo Estratégico 2 - Fomentar un entorno social positivo

Un entorno social saludable facilita la convivencia pacífica y enriquecedora. En la esfera familiar, las relaciones de pareja e intrafamiliares positivas son un factor de protección para la salud mental y emocional de las personas. En la esfera comunitaria, tener buenas relaciones vecinales y de apoyo es una variable para el empoderamiento personal y social. En la esfera más normativa y administrativa, las buenas relaciones entre las administraciones y el respeto a las normas es un aspecto clave para la seguridad ciudadana y el bienestar comunitario.



## 2.1. Línea de acción de promoción de la convivencia en el contexto educativo

La escuela, como institución educativa, proporciona una formación social en dos sentidos: está formada a partir de la sociedad y a la vez expresa a la sociedad. Lo que se habla en cada escuela, es el lenguaje particular de la sociedad. El entorno educativo es uno de los referentes más importantes para el aprendizaje de conductas sociales, cumpliendo una función socializadora. Los y las menores ensayan en los centros educativos las normas de convivencia, la resolución de conflictos y las habilidades sociales aprendidas en el contexto familiar. Esto sitúa al contexto educativo como un espacio idóneo para reforzar las conductas positivas y contrarrestar las negativas.

La educación y la socialización en los centros educativos cumplen una función compensatoria de las desigualdades sociales. Toda la ciudadanía menor de edad va a pasar por esta experiencia, por lo que se equiparan las carencias que puedan sufrir algunos en relación al aprendizaje de valores, reglas y normas sociales.

### **Objetivo General 2.1 – Fomentar la convivencia en el contexto educativo**

Entre las normas de convivencia y reglas sociales que se aprenden en la infancia y en la adolescencia, las relaciones con los iguales es la que tiene más peso en el contexto educativo.

### Objetivo Específico 2.1.1 - Promover la igualdad de género

Las conductas machistas y sexistas se aprenden en el proceso de socialización. El aprendizaje de los estereotipos de género observados en otros contextos de socialización puede ser desafiado por la información y el aprendizaje que se haga en el contexto educativo, donde se convive con muchas otras personas del mismo o diferente sexo.

Además, en este espacio y período surgen las primeras relaciones sentimentales, por lo que es una oportunidad para trabajar estereotipos de género dentro de las relaciones de pareja y hacer prevención de la violencia machista.

**Indicador:** Impartidos talleres de igualdad de género en todos los centros educativos adscritos a la red de acción local en salud de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

### Objetivo Específico 2.1.2 - Prevenir el acoso escolar

La violencia entre iguales es un problema que ha tomado como forma más común el bullying. Este fenómeno alude a un acoso mantenido sobre una persona por parte de otra persona o grupo. El uso de las nuevas tecnologías para realizar este acoso hace que sea más difícil detectarlo en los centros educativos.

**Indicador:** Reducido el número de casos de acoso denunciados en todos centros educativos adscritos a la red de acción local en salud de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Memorias de los centros educativos incluidos.

### Objetivo Específico 2.1.3 - Prevenir el absentismo escolar

La permanencia en el contexto educativo es fundamental para la socialización de los y las menores. El absentismo y el abandono escolar tienen consecuencias formativas, ya que no reciben el título, pero también tiene consecuencias culturales y educativas, ya que, los y las menores pierden la posibilidad de beneficiarse de las herramientas culturales que se adquieren en este proceso socializador (habilidades de comunicación, resolución de conflictos, convivencia, normas sociales, etc.).

**Indicador:** Reducido el número de casos de absentismo registrados en todos centros educativos adscritos a la red de acción local en salud de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Registro de la comisión de absentismo.



## 2.2. Línea de acción de fomento de las redes sociales y de apoyo

Actualmente, las personas que necesitan apoyo instrumental de algún tipo: cuidado durante una enfermedad, cuidado de menores durante las horas laborales, ayuda en las labores del hogar, etc. recurren a amistades, familiares o remuneran los servicios. Estamos viviendo un cambio en las relaciones de convivencia en la comunidad que están pasando de centrarse en valores de solidaridad y cooperación, al individualismo y el egoísmo. Las relaciones entre los miembros de las comunidades sociales (vecindarios, barrios, asociaciones, etc.) se están debilitando y diluyendo. Esto implica que cada vez se mercantilice más el apoyo en detrimento de la solidaridad.

Esta situación afecta de forma especialmente negativa a los colectivos más vulnerables, ya que son los que se benefician más de las redes de apoyo, tanto familiares como formales. Las personas que tienen una pérdida de la autonomía, ya sea física, económica o de otra índole, ven mermada su capacidad de enfrentarse a determinadas situaciones porque carecen de fuentes de apoyo. Cuando estos colectivos tienen carencias económicas, la situación es más problemática, dándose situaciones de abandono, soledad, enfermedades no tratadas, etc.

### **Objetivo General 2.2 - Fomentar el fortalecimiento y creación de redes de apoyo formales e informales**

Los colectivos de población vulnerable son aquellos que carecen de redes familiares cercanas y directas de apoyo, o sea, son personas que viven solas y tienen problemas derivados de esta soledad. Nos centramos principalmente en dos poblaciones, por un lado, personas mayores que viven solas sin desearlo y, por otro, madres y padres que están realizando una crianza en soledad.

### **Objetivo Especifico 2.2.1 – Promover la creación de redes de apoyo para personas mayores que viven solas**

La existencia de personas mayores que viven en soledad de forma no deseada tiene como causa fundamental el propio envejecimiento de la población. En este proceso se produce una pérdida de las redes sociales por el fallecimiento de los allegados o por la lejanía de los familiares; que ven como la falta de ayudas para la conciliación familiar hace que no puedan cubrir esta necesidad de compañía. La problemática se da, principalmente, por la carencia de una estrategia de envejecimiento activo (no se planifica el proceso de envejecimiento propio). La falta de gestión del tiempo y del proyecto vital en la tercera y cuarta edad, hace que muchas personas no sepan satisfacer las propias necesidades sociales, aunque tengan salud y autonomía.

**Indicador:** Desarrolladas medidas de promoción del envejecimiento activo en todos los distritos de la ciudad para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

### **Objetivo Especifico 2.2.2 – Promover la creación de redes de apoyo para madres y padres solos**

El cuidado de un hijo o de una hija, o incluso de varios, es una tarea que conlleva una gran carga de trabajo y responsabilidad. Cuando esta carga no se comparte con una pareja se dan situaciones de vulnerabilidad. Por ejemplo, las personas que están solas en el cuidado de sus menores tienen más problemas de conciliación familiar con la laboral.

**Indicador:** Realizadas medidas para promover la creación de redes de apoyo para madres y padres solos en cada distrito de la ciudad para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

### **Objetivo Especifico 2.2.3 – Promover el asociacionismo**

Las asociaciones son redes de apoyo formales que se construyen alrededor de un interés compartido. La existencia de una buena red social de asociaciones es un signo de buena salud social de la comunidad. Las asociaciones cumplen una doble función, por un lado, brindar apoyo directo a las personas socias y, por otro defender sus derechos ante las administraciones públicas.

**Indicador:** Aumentado el número de asociaciones en todos los distritos de la ciudad para el año 2023.

**Fuente:** Registro municipal de asociaciones.

## 2.3. Línea de acción de convivencia ciudadana

La buena convivencia ciudadana se fundamenta en el civismo y el respeto a la ley. Ambos factores son normas establecidas entre las personas de la comunidad, ya sea de formas no escritas o pactadas y aprobadas legalmente. El cumplimiento de las mismas se basa en que todas las personas las conozcan y las respeten.

En un sentido general, todas las leyes son normas oficiales que rigen nuestra convivencia, por lo que cualquier fallo en el cumplimiento de las mismas es una falta de convivencia y puede dar lugar a conflictos entre personas, esto es, desde saltarse una norma de tráfico, hasta el impago de impuestos. Algunas son más específicas o tienen un efecto más directo e inmediato sobre la convivencia en las comunidades, entre ellas estarían las que regulan las conductas que son adecuadas o no en el uso de los espacios comunes. Por ejemplo, las leyes de protección de la propiedad, la circulación en las vías públicas, o la gestión de residuos.

Por otro lado, el civismo es un comportamiento que va más allá del cumplimiento de las leyes y busca el respeto entre personas. El comportamiento cívico se fundamenta en el bien común, donde las personas de una comunidad se benefician de un trato de cuidado y respeto mutuo.

Las conductas incívicas y el incumplimiento de las leyes de convivencia hacen que los espacios comunes y de relaciones en comunidad sean espacios hostiles, se generen conflictos interpersonales y se cree inseguridad ciudadana. Esto origina situaciones de tensión, de estrés y provoca la pérdida de valores de convivencia. Además, las personas que viven en estos entornos hostiles tienden a usar menos los espacios públicos como calles, plazas y edificios públicos, lo que genera una pérdida de salud. Por ejemplo, se pierden oportunidades de realizar actividad física, pasear, entablar relaciones sociales, etc.

### **Objetivo General 2.3 - Fomentar las conductas cívicas y respetuosas**

Los valores cívicos y sociales son aquellos valores considerados positivos para el sano desarrollo de una sociedad y toda la ciudadanía debe conocerlos y ponerlos en práctica en su vida cotidiana para mejorar el nivel de civismo.

### Objetivo Especifico 2.3.1 – Reducir las conductas vandálicas

El mobiliario urbano está expuesto a las conductas vandálicas. De tal forma que es muy común que se destrocen bancos, fuentes y otros elementos. Esto genera gastos al consistorio, pero también daña los espacios públicos, ya que se quedan sin dichos elementos que son importantes para la comodidad y el disfrute de dichos espacios.

**Indicador:** Reducidas el número de denuncias relativas a actos vandálicos registradas en todos los distritos de la ciudad para el año 2023.

**Fuente:** Registros de denuncias de la policía local.

### Objetivo Especifico 2.3.2 – Promover el respeto por los espacios públicos

Los espacios públicos son propiedad de todas las personas que viven en la ciudad y deben ser usados y disfrutados por todos en igualdad de condiciones. Conocer y respetar las normas de uso de los mismos es un primer paso para una convivencia positiva.

**Indicador:** Reducidas el número de denuncias relativas a conductas incívicas registradas en todos los distritos de la ciudad para el año 2023.

**Fuente:** Registros de denuncias de la policía local.

### 3. Línea estratégica de entorno medioambiental

El entorno medioambiental abarca todos los aspectos del espacio físico que nos rodea, tanto ambiental como urbano, incluyendo tanto espacios públicos como privados: espacios como el hogar, los edificios, los espacios públicos, calles, parques, etc. Incluye aspectos como su edificación, diseño, mantenimiento, uso, limpieza o rehabilitación. Y más allá, se refiere a cómo estos espacios responden a las necesidades de las personas que los usan y los habitan.

Cuando el entorno físico y medioambiental no es de calidad, las personas sufren consecuencias diversas. Por ejemplo, si las calles están sucias se genera insalubridad, o si están en mal estado puede generar accidentes o caídas. Si los espacios públicos están mal diseñados, serán incómodos en su uso y las personas no los disfrutarán y utilizarán. Un ejemplo de esto son los parques sin sombras o sin bancos o la inseguridad que generan las zonas mal iluminadas. Si las casas no están bien acondicionadas, las personas que las habitan terminan sufriendo problemas de salud o aislamiento.

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

Con un entorno físico agradable y en condiciones adecuadas, tanto espacios públicos como privados, las personas hacen un mayor uso de los mismos y se favorecen las relaciones personales. Además, se hacen más actividades al aire libre y se producen menos accidentes.

El diseño y la calidad de los espacios físicos donde las personas desarrollan su vida es uno de los factores con mayor impacto para favorecer o dificultar conductas saludables. En la ciudad de Sevilla, un gran ejemplo de este fenómeno es el carril bici, que ha promovido el uso de la bicicleta por parte de toda la ciudadanía.

### 3.1. Línea de acción de promoción de espacios públicos limpios

En la ciudad de Sevilla, uno de los problemas que más preocupa a la ciudadanía es la limpieza de las calles. Así ha quedado plasmado en la recogida de las necesidades sentidas por la ciudadanía.

La ciudad cuenta con una empresa pública de limpieza (LIPASAM) que cubre las necesidades de la ciudad en cuanto a servicios técnicos y gestión de residuos. Los servicios de recogida de basura funcionan bien y hay una normativa que prohíbe arrojar residuos en espacios públicos.

Aun así, sigue habiendo una percepción de problemas de suciedad y la principal causa que se identifica desde el grupo de profesionales implicados en este análisis es que las personas ensucian. La existencia de suciedad en las calles y espacios públicos se debe principalmente a una falta de educación y civismo de la población, en parte porque hay una falta de recursos tanto para educar como para sancionar, por lo que no se cumple la normativa.

#### **Objetivo General 3.1 – Promocionar las conductas cívicas de cuidado e higiene en los espacios públicos**

Entre las conductas sucias y antihigiénicas se encuentran la dejación de responsabilidades relacionados con los excrementos caninos y el mal uso de los servicios de recogida de basuras, pero también destacan las conductas sucias de bajo impacto, como tirar pequeñas basuras al suelo, en lugar de usar las papeleras.

### **Objetivo Especifico 3.1.1 – Promover las conductas cívicas en relación a los excrementos caninos**

Las conductas incívicas de las personas propietarias de animales de compañía (dejación de responsabilidades relacionadas con los excrementos caninos) se producen porque, aunque hay una ordenanza municipal que sanciona este tipo de conductas, esta es desconocida por parte de la ciudadanía. A ello se le suma la falta de cumplimiento de dicha norma, en gran medida por la escasa vigilancia policial. Hay también escasez de espacios para que las personas propietarias puedan llevar a sus mascotas (PipiCan).

**Indicador:** Desarrolladas medidas de reducción de la suciedad de excrementos caninos (campañas de sensibilización y/o de control) en todos los distritos de la ciudad para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

### **Objetivo Especifico 3.1.2 – Promover las conductas cívicas en relación al uso adecuado de los servicios de limpieza (contenedores)**

Los factores que afectan en este problema son, por un lado, la accesibilidad del mobiliario urbano para depositar la basura (contenedores), tanto la ubicación como la ergonomía y, por otro, la falta de concienciación y civismo ciudadano, derivadas de la ausencia de modelos sociales de respeto a lo común.

**Indicador:** Reducidas las quejas registradas en relación al mal uso de los contenedores de basuras en toda la ciudad para el año 2023.

**Fuente:** Registros de quejas de LIPASAM.

### **Objetivo Especifico 3.1.3 – Promover el uso de papeleras**

La dejadez de las personas ante el uso de las papeleras es invisibilizada en muchas zonas por la rápida y continuada intervención de los servicios de limpieza, pero es un problema en aquellas áreas donde los servicios no son tan frecuentes, generando problemas de convivencia y pérdida de la calidad de los entornos.

**Indicador:** Reducidas las quejas registradas en relación al mal uso de las papeleras en toda la ciudad para el año 2023.

**Fuente:** Registros de quejas de LIPASAM.

### 3.2. Línea de acción de mejora del mobiliario urbano

El mobiliario urbano (a veces llamado también elementos urbanos) es el conjunto de objetos y piezas de equipamiento instalados en la vía pública para varios propósitos. En este conjunto se incluyen bancos, papeleras, barreras de tráfico, buzones, bolardos, baldosas, adoquines, paradas de transporte público (en las que podemos encontrar marquesinas y tótems) y cabinas telefónicas, entre otros. Generalmente son instalados por los ayuntamientos para el uso del vecindario, o bien se adjudican a un operador económico para que este obtenga beneficios explotando la publicidad en la vía pública.

Los elementos urbanos identifican la ciudad y llegan a definirse como una parte constituyente del ADN de la identidad de la misma. Dado que la mayoría de los artículos de mobiliario urbano son de naturaleza utilitaria, las autoridades generalmente los mantienen actualizados y los reemplazan regularmente (generalmente para cumplir con las reglamentaciones, los códigos de seguridad, etc.). Las variables más importantes consideradas en el diseño del mobiliario urbano estudian cómo este afecta la seguridad de la calle, la accesibilidad y el vandalismo.

#### **Objetivo General 3.2 – Mejorar la dotación del mobiliario urbano**

Las causas de que haya carencias en el mobiliario urbano en la ciudad tienen varios motivos: no se han instalado, su instalación no ha sido la correcta (mala ubicación o mal diseño), no se han mantenido o no se han repuesto tras ser vandalizados. Por lo tanto las causas pueden ser tanto institucionales como ciudadanas.



**Objetivo Especifico 3.2.1 – Identificar las necesidades concretas de mobiliario urbano que existen en la ciudad**

Desde las administraciones se diseña y dota de elementos a los barrios de la ciudad sin que haya un estudio participativo que responda a las necesidades funcionales y reales de las personas que viven en ellos y que son los usuarios finales de los mismos.

**Indicador:** Identificados los elementos de mobiliario urbano (tipo y localización) demandados por la ciudadanía de todos los distritos de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Registro municipal de elementos de mobiliario urbano.

**Objetivo Especifico 3.2.2 – Dotar los barrios con los elementos necesitados e identificados por la ciudadanía de los mismos**

Los elementos como los bancos, fuentes y farolas son básicos para la vida de los barrios. Es importante no solo dotar de nuevos elementos sino reemplazar los que están en mal estado o en mala ubicación.

**Indicador:** Reducido el número de elementos de mobiliario urbano necesitados en cada uno de los distritos de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Registro municipal de elementos de mobiliario urbano.



### 3.3. Línea de acción de mejora de las viviendas

Las viviendas son los espacios donde las personas desarrollamos la mayor parte de nuestras vidas. Son espacios de convivencia y de descanso que deben cubrir una serie de necesidades básicas de habitabilidad y de accesibilidad.

Una vivienda se define como ‘recinto con varias piezas de habitación y anejos que pueden ocupar la totalidad de un edificio (unifamiliar) o parte del mismo, estando en este caso estructuralmente separada e independiente del resto y disponiendo de máxima autonomía funcional con mínimos servicios comunes. Está concebido para ser habitado por personas’. Y la habitabilidad es definida como la ‘capacidad de una vivienda, edificio, sector o lugar de ser de ser habitable de acuerdo a ciertas condiciones básicas y con arreglo a las normas legales vigentes’.

Existe una serie de condiciones mínimas establecidas por la legislación española (Decreto de habitabilidad) para considerar una vivienda habitable. Entre los criterios que se incluyen están: la salubridad de la vivienda (humedad, suministros, calidad de aire, evacuación de aguas, etc.), la accesibilidad, la seguridad de utilización, la protección frente al ruido, el consumo energético o la ocupación máxima.

#### **Objetivo General 3.3 - Promocionar la mejora de las viviendas**

Los problemas detectados en relación a las viviendas han sido básicamente de tres tipos. Por un lado, los problemas de accesibilidad de edificios antiguos (pisos cárcel), situaciones de hacinamiento (en las zonas en desarrollo) e infraviviendas (principalmente en zonas donde se ha dado el fenómeno de la autoconstrucción).

### **Objetivo Específico 3.3.1 - Promocionar la habilitación de la accesibilidad en las viviendas que carecen de ellas**

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

**Indicador:** Aumentado el número de viviendas con accesibilidad habilitadas para el año 2023.

**Fuente:** Registro de EMVISESA.

### **Objetivo Específico 3.3.2 - Promocionar la mejora de las condiciones habitacionales de la población con situaciones de hacinamiento**

El hacinamiento es una situación en la que el número de personas que convive en una vivienda excede al número de personas para el que la vivienda ha sido diseñada. Son pisos pequeños y antiguos, en los que conviven familias extensas con pocos recursos, o pisos compartidos por muchas personas que se encuentran en diferentes circunstancias de inmigración y con una situación económica precaria.

**Indicador:** Reducido el número de familias en situación de hacinamiento para el 2023.

**Fuente:** Registro de EMVISESA y de servicios sociales.

### **Objetivo Específico 3.3.3 - Promocionar la adecuación de las viviendas en mal estado e infraviviendas**

En algunas zonas de la ciudad se ha producido una construcción de viviendas de forma autónoma, algo precarias y sin mucho control por parte de las autoridades municipales. Esta situación ha provocado que, con el paso de los años, estas construcciones sean infraviviendas, es decir, viviendas con muy malas condiciones de habitabilidad. Algunas de estas viviendas son habitadas por okupas, por lo que el control de la habitabilidad es nulo, sin acceso a los servicios básicos. Esto implica, además, que no se pueden arreglar, incluso ni con ayudas públicas porque están viviendo ilegalmente en esos espacios, aumentando el riesgo para las personas que las habitan y para el resto de la población.

**Indicador:** Reducido el número de viviendas sin cédula de habitabilidad para el 2023.

**Fuente:** Registro de EMVISESA.

## 4. Línea estratégica de desigualdades socioeconómicas

La desigualdad socioeconómica se fundamenta en una distribución desigual de bienes y servicios. Significa que hay personas o grupos de personas que no tienen acceso a los mismos recursos y oportunidades, ya sea por no tener suficiente poder adquisitivo o por pertenecer a algún grupo social desfavorecido. Esta vulnerabilidad económica aumenta el peligro de sufrir exclusión social y, por tanto, peor salud.

La exclusión social es la falta de participación de segmentos de la población en la vida social, económica y cultural debido a la carencia de derechos, recursos y capacidades básicas que hacen posible una participación social plena como son: la legalidad, el mercado laboral, la educación, las tecnologías de la información y los sistemas de salud y protección social. Es un concepto clave en el abordaje de las situaciones de pobreza, desigualdad, vulnerabilidad y marginación.

Hay una amplia literatura científica que relaciona directamente los niveles socioeconómicos con las tasas de morbilidad y mortalidad. Las familias que se encuentran en una situación de precariedad económica tienden a consumir productos más baratos, que suelen ser de peor calidad. Cuando esto ocurre con productos alimentarios aumenta el peligro de que se produzcan obesidad, diabetes y malnutrición debido a una dieta limitada y poco variada.

Además, las personas que viven estas situaciones de forma continuada presentan altos niveles de estrés, lo que puede producir problemas mentales como la ansiedad y la depresión, las cuales fomenta el consumo de sustancias tóxicas adictivas como alcohol y tabaco, que también tienen graves consecuencias para la salud física y mental de la persona. En grados extremos, estas situaciones conllevan la dificultad para cubrir las necesidades básicas, lo que tiene consecuencias muy graves para la salud y la seguridad de la persona.

### Objetivo estratégico 4 - Favorecer la equidad socioeconómica

Con la mejora de las condiciones socioeconómicas de los grupos más desfavorecidos se consigue una mayor equidad. La ciudadanía en general disfruta de una mejor calidad de vida, sin obstáculos de acceso a los recursos educativos y de ocio y tiene, en consecuencia, una mayor probabilidad de una mejor salud, física y mental, disminuyendo el peligro de exclusión social. Cuando las personas tienen las necesidades socioeconómicas cubiertas se produce una seguridad vital que favorece la planificación positiva de la propia vida, se promueve un consumo de calidad y se tiende a realizar una toma de decisiones saludables.

#### 4.1. Línea de acción de inclusión social

La exclusión social implica que la persona está fuera de los márgenes normalizados de la sociedad en la que vive, como las situaciones de pobreza. Estas circunstancias tienen el peligro de hacerse crónicas, ya que los factores que llevan a esta situación se retroalimentan entre sí. La falta de empleo lleva a la pérdida de recursos económicos dificultando el pago de la vivienda y otros recursos necesarios para poder centrarse en la búsqueda de empleo.

Las personas que se encuentran en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo se concentran, mayoritariamente, en ciertos barrios y zonas de la ciudad. En estas zonas se aglutina la problemática relacionada con la exclusión socioeconómica: pobreza energética, economía sumergida, inseguridad ciudadana, violencia, abandono escolar, bajo nivel educativo y formativo, etc.

#### **Objetivo General 4.1 - Favorecer la inserción sociolaboral de las personas en situación en riesgo de exclusión social**

Romper el ciclo de la exclusión social es muy complicado. Los abordajes se centran en prevenirla antes de que ocurra, mejorando la empleabilidad o favoreciendo el reingreso en el mercado laboral. En base a esta idea se plantean los siguientes objetivos específicos.



### **Objetivo Específico 4.1.1 - Favorecer la oferta de formación para el empleo**

Uno de los aspectos que impide la inserción laboral en diversos perfiles profesionales demandados por el mercado de trabajo actual es la falta de formación profesional. El abandono de los estudios hacen que las habilidades, capacidades y experiencias profesionales de muchas personas se vean limitadas, por lo que cuando no hay suficiente demanda se quedan sin herramientas para adaptarse a nuevos campos profesionales.

**Indicador:** Aumentado el número de personas que participan en la formación para el empleo desarrollada en todos los distritos de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Registros de los cursos de formación para el empleo (SAE).

### **Objetivo Específico 4.1.2 - Favorecer la incorporación socio-laboral de las personas con problemas de adicciones**

Las adicciones son una puerta de entrada a la exclusión social y, por tanto, se hace necesaria la incorporación de las personas con problemas de adicciones a la vida ciudadana de pleno derecho, favoreciendo tanto el acceso a los recursos sociales disponibles (deportivos, culturales, de ocio y tiempo libre) como a la formación y promoción del empleo.

**Indicador 1:** Aumentado el número de personas incluidas en los programas de inserción socio-laboral de todos los distritos de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Indicador 2:** Número de personas de la Red para la Atención a las Drogodependencias que inician procesos de incorporación socio-laboral en los Centros de Día Municipales.

**Indicador 3:** Número de personas atendidas en los Centros de Día Municipales que participan en diferentes programas de formación y empleo.

**Fuente:** Registros de los cursos de formación para el empleo (servicios sociales – SAE) y registro del Programa Red de Artesano.

#### 4.2. Línea de acción de atención a poblaciones vulnerables

La vulnerabilidad social tiene dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad y la indefensión que experimentan las comunidades, grupos, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento natural, económico y social de carácter traumático. Por otra, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, grupos, familias y personas para afrontar sus efectos.

Se entiende por sujeto vulnerable, a todo individuo que ve violentado sus derechos humanos. Son, por lo tanto, todas aquellas personas que se encuentran en situaciones de desventaja social, económica, legal o cultural con respecto al resto de la sociedad. Estos grupos de personas vulnerables son los titulares de derechos a los que se presta servicio y atención desde los servicios sociales.

#### **Objetivo General 4.2 – Favorecer la mejora de las ayudas económicas para las poblaciones vulnerables**

En la ciudad de Sevilla los servicios sociales y otras instituciones sociales tienen una cartera de servicios para responder a las necesidades de estas poblaciones, principalmente en forma de ayudas económicas y de recursos materiales. Aun así, del análisis desarrollado se desprende que hay tres poblaciones que preocupan especialmente: mujeres, personas mayores y personas sin hogar.



**Objetivo Específico 4.2.1 – Mejorar las ayudas a mujeres con escasos recursos**

Desde los servicios sociales se registran los hombres y las mujeres que se benefician de las ayudas para el empleo y para cubrir las necesidades básicas.

**Indicador:** Aumentado el número de mujeres que reciben ayudas sociales en la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Registro de los servicios sociales comunitarios.

**Objetivo Específico 4.2.2 – Mejorar las ayudas para las personas mayores con escasos recursos**

Las personas jubiladas que perciben una pensión no contributiva son un número elevado. Al estar fuera del mercado laboral la única alternativa que tienen son las ayudas públicas. Este colectivo presenta problemas económicos que tienen grandes repercusiones sobre su salud.

**Indicador:** Aumentado el número de personas mayores que reciben ayudas sociales en la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Registro de los servicios sociales comunitarios.

**Objetivo Específico 4.2.3– Mejorar las ayudas destinadas a personas sin hogar**

La pérdida del hogar es una situación de desprotección extrema que conlleva una gran vulnerabilidad económica, social, física y emocional. Las personas en situación de calle sufren un agravamiento agudo de enfermedades físicas y psicológicas.

**Indicador:** Aumentado el número de personas sin hogar que reciben ayudas sociales en la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Registro de los servicios sociales comunitarios.



### 4.3. Línea de acción de mejora de la atención a la dependencia

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España, más conocida como «Ley de Dependencia», es una ley española que crea el actual Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que es el conjunto de servicios y prestaciones destinados a la promoción de la autonomía personal así como a la protección y atención a las personas a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados.

La Ley define autonomía personal como la «capacidad de controlar, adoptar y tomar por propia iniciativa decisiones personales, así como desarrollar las actividades básicas de la vida diaria» y dependencia como el «Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal».

La persona dependiente lo es, bien por sufrir una enfermedad o suceso incapacitante o, por llegar a la vejez. Así pues, la dependencia personal es la incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria y por requerir ayuda para su realización.

#### **Objetivo General 4.3 – Favorecer la mejora del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**

El problema identificado es la lentitud en la ejecución del Programa Individual de Atención (PIA), el cual es un informe elaborado por los Servicios Sociales correspondientes donde se recogen las modalidades de intervención más adecuadas a la persona en función de los recursos previstos en la resolución para su grado de dependencia reconocido. Los motivos fundamentales son, sobre todo, la falta de recursos humanos y económicos para gestionar e implementar de forma efectiva las prestaciones reconocidas.

**Objetivo Específico 4.3.1 – Favorecer el aumento de recursos destinados al SAAD**

La cantidad de recursos humanos, materiales y económicos es insuficiente para la demanda existente en los distintos distritos de la ciudad de Sevilla.

**Indicador:** Aumentados los recursos destinados a los servicios sociales de la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Memoria anual de los servicios sociales comunitarios.

**Objetivo Específico 4.3.2 – Favorecer la actualización de los procedimientos de SAAD**

Desde la puesta en marcha del SAAD no se han revisado los procedimientos ni las herramientas de gestión y valoración diseñadas para el SAAD. Desde los servicios implicados en las mismas se detectan áreas de mejora de dichas herramientas y procedimientos que podrían hacerse más ágiles, operativos y efectivos.

**Indicador:** Realizada una evaluación de los procedimientos y herramientas de gestión y valoración del SAAD en todos los servicios implicados en la ciudad de Sevilla para el año 2023.

**Fuente:** Las agendas anuales de los planes de salud de los distritos de Sevilla.

**Objetivo Específico 4.3.3 – Favorecer la ejecución de los Programas Individuales de Atención(PIA)**

Existe una discrepancia entre la cantidad de PIAs elaborados y ejecutados, o sea, que hay muchas personas que ya tienen su evaluación de dependencia pero tardan años en recibir las ayudas y recursos adjudicados y necesarios.

**Indicador:** Aumentada la tasa de cobertura del SAAD en los distritos de la ciudad para el año 2023.

**Fuente:** Registro servicios sociales.

## 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 miembros 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.

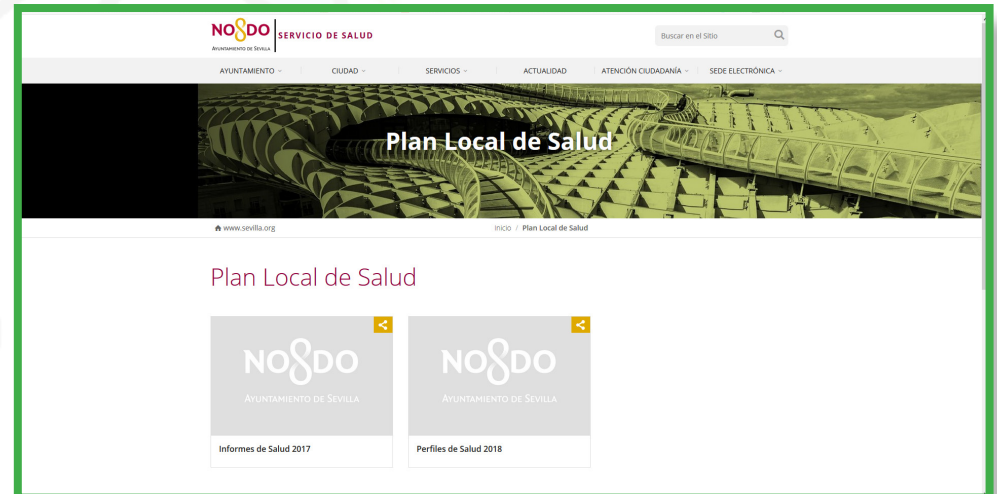
**Logotipo:** El PLS de Sevilla cuenta con su propio logotipo. El Árbol RELAS con el nombre en su base. Este distintivo se incluye en todas las actuaciones y documentación se realicen en relación al PLS.

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

*Ilustración 25: 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 26: 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, TAMBIEN 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 FISICO, 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](http://WWW.SEVILLA.ORG)

**RED ACCIÓN LOCAL DE SALUD**

**PLAN LOCAL DE SALUD**  
2019 - 2023



**NOSDO**  
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA  
Bienestar Social y Empleo

Ilustración 27: 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



## 6. Bibliografía

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

## 7. Glosario de términos y acrónimos

- **Salud en Todas las Políticas (STP):** adoptar un enfoque integral de las políticas públicas en el que se tengan en cuenta sistemáticamente las repercusiones en salud de las decisiones políticas, se promuevan las sinergias entre los distintos sectores y se prevean los efectos perjudiciales, con el fin de mejorar la salud de la población.
- **Acción Local en Salud (ALS):** es una manera de llevar la Salud en Todas las Políticas al nivel local y comprende un conjunto de actuaciones orientadas a situar la política y las acciones de salud (prevención, promoción y protección) en el escenario más cercano a la población, posibilitando las sinergias de las políticas públicas, la implicación del sector privado y de la ciudadanía, con el liderazgo de los gobiernos locales. Su instrumento es el PLS.
- **Desigualdades sociales en salud (DSS):** son las diferencias en salud entre los grupos de la población, las consideradas sistemáticas, evitables e injustas. Sus causas están en las estructuras sociales y en las instituciones políticas, económicas y legales que actúan sobre los distintos grupos de población.
- **Determinantes de la salud (DS):** la OMS los define como el «Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones». Los determinantes de la salud pueden verse influidos por decisiones personales, comerciales o políticas y pueden ser factores positivos o negativos para la salud. Lalonde, M. clasifica los determinantes de la salud en: biología humana, estilos de vida, medio ambiente y sistema de asistencia sanitaria.
- **Red Local de Acción en Salud (RELAS):** denominación de la estrategia de la Consejería de Salud para la salud local.
- **Red Local de Salud:** es una articulación comunitaria para trabajar los problemas de salud locales; es una estructura operativa de acción intersectorial en un espacio común, contando con la participación de la ciudadanía y estableciendo relaciones entre las personas, los grupos y la comunidad, así como la conexión entre las instituciones y otras entidades territoriales. Esto posibilita el desarrollo de actividades conjuntas y facilita una colaboración de forma estable y sistemática, evitando duplicidades y potenciando el trabajo en conjunto. La Red se organiza en grupos de trabajo que son coordinados a su vez por los distintos miembros 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 lograr 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 coordinadores técnicos para el PLS de la ciudad.
- **Grupo Motor Político (GMP):** el grupo de representantes políticos 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 existente 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 x 100)										
• 100% - 75%										3
• 75% - 25%										2
• 25% - 1%										1
Bloque II - VALORACIÓN SUBJETIVA DE LAS PERSONAS RESPONSABLES / REFERENTES: - 0 (nada de acuerdo) a 10 (totalmente de acuerdo)										
La acción se ha realizado de manera satisfactoria										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Se han alcanzado los resultados esperados										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
La implicación de los distintos agentes ha sido buena										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
La valoración general de la acción es buena										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<b>Puntuación Total:</b>										

**Anexo 2: Checklist Implantación**

1. Se han diseñado Agendas.	SÍ	NO
2. Las distintas actividades, programas y proyectos de la Agenda están relacionadas con su línea estratégica y sus 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 solo a nivel de recibir información.		
• La ciudadanía colabora y toma decisiones. • La ciudadanía planifica, gestiona y evalúa las acciones.		
6. Se han diseñado y consensado 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