



Distrito:
Bellavista - La Palmera

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 de Servicio de Salud.

María Dolores Martínez Ruiz.

Jefa de la Sección de Promoción de Salud.

EQUIPO TÉCNICO:

Grupo Motor Territorial.

APORTACIONES ESPECIALES:

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

EDITA:

Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

Área de Bienestar Social y Empleo.

Dirección General de Salud Pública y Protección Animal.

Servicio de Salud.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Samuel Damián Palenzuela Pérez.



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



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

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

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

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

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

Juan Espada Cejas

Alcalde de Sevilla



Índice

1. Marco normativo y conceptual	4	4.2. Listado de problemas priorizados	54
2. Misión, visión y principios rectores	9	4.3. Plan de Acción	54
3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla	11	1. Línea de Estilos de Vida	55
3.1. Fase Inicial	12	2. Línea de Entorno Social	59
3.2. Fase de Perfil de Salud	16	3. Línea de Entorno Medioambiental	63
3.3. Fase de Priorización	19	4. Línea de Desigualdades Socioeconómicas	67
3.4. Fase de Plan de Acción	20	5. Plan de Comunicación	71
3.5. Fase de Implantación	21	6. Bibliografía	75
3.6. Evaluaciones	22	7. Glosario de términos y acrónimos	76
4. Documentos		8. ANEXOS	
4.1. Perfil de Salud	24	Anexo 1: Ficha de Medidas	78
4.1.1. Informe de Salud	25	Anexo 2: Checklist Implantación	79
4.1.2. Análisis Técnico Sectorial	48		
4.1.3. Necesidades sentidas por la ciudadanía	51		



1. Marco normativo y conceptual

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

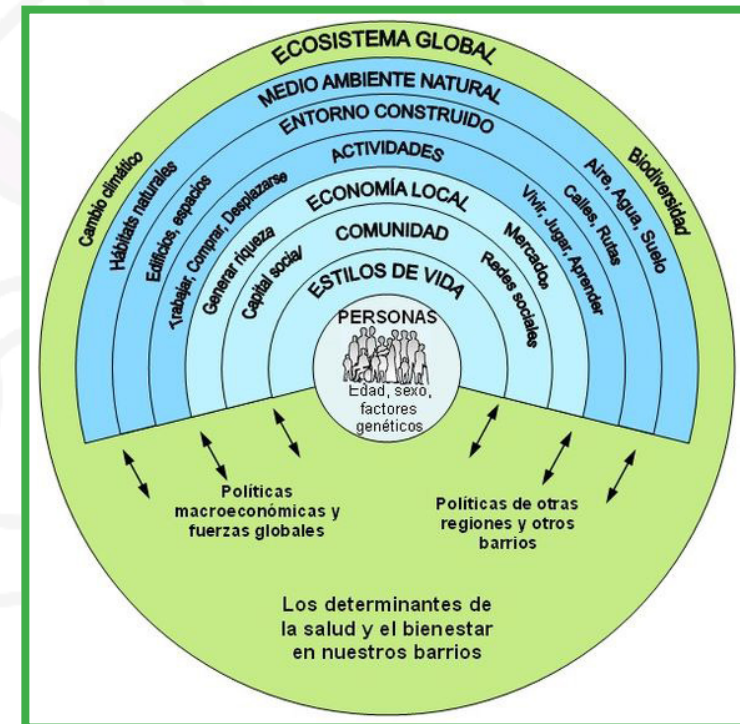
Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa hace 30 años, pasando por las de Adelaida y Helsinki, hasta la última de noviembre 2016 en Shanghái, se han ido dando pasos para ir enriqueciendo, adaptando y actualizando este concepto de Salud a la sociedad actual.

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

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

(Wilkinson and Marmot, 2003)

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



Europa

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

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

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

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

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

España

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

Andalucía

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



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

Artículo 40. La autonomía local en salud pública.

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

Artículo 41. El Plan Local de Salud.

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

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

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

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

Ilustración 2: Fases de la metodología RELAS.



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

Las **fases** son las siguientes:

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

2. Misión, visión y principios rectores

2.1. Misión

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

2.2. Visión

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

2.3. Principios rectores

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



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

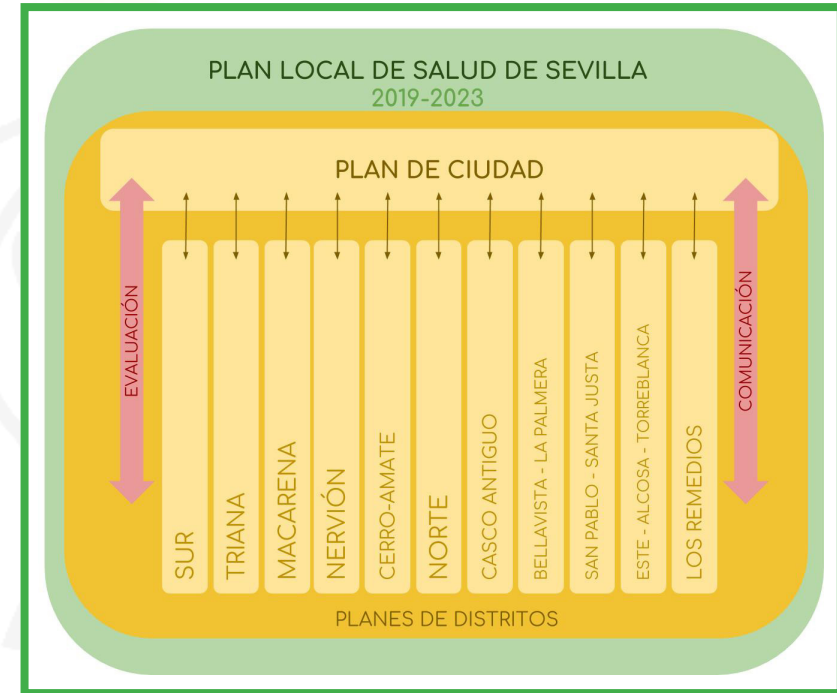
3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla

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

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

En Sevilla, **se ha adaptado la metodología RELAS a la realidad local, dado el tamaño y la idiosincrasia del municipio.** La ciudad de Sevilla se compone de once distritos municipales de un gran tamaño geográfico y poblacional, por lo que cada uno de los distritos 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).



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

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

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

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

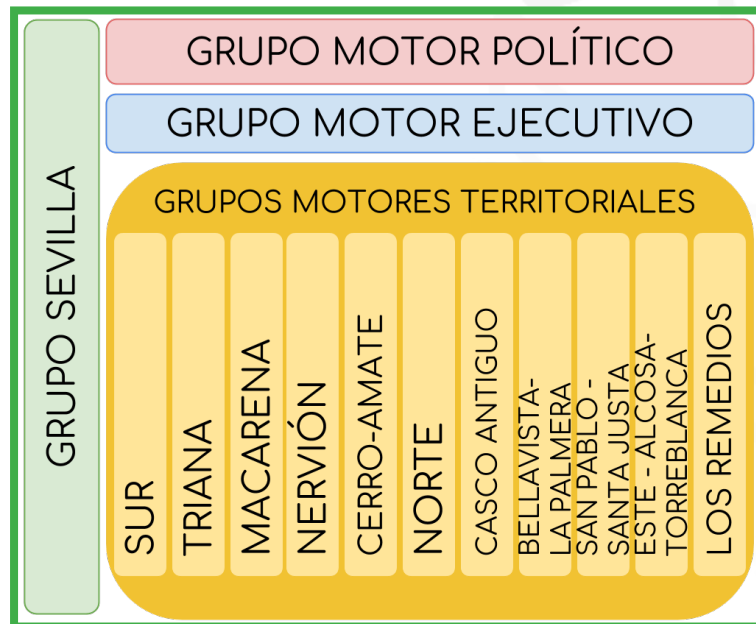


Imagen de Reunión del Grupo Sevilla (2017).



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

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

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



El **Grupo Motor Territorial (GMT)** es una estructura de impulso y gestión del proceso de construcción del PLS, cuya finalidad es favorecer la creación de la Red y gestionar su funcionamiento. 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, a los que previamente se impartió una sesión de formación específica.

Las funciones del GMT son:

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

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

El **Grupo Motor Territorial del distrito Bellavista - La Palmera** está compuesto por profesionales técnicos¹ de las siguientes entidades.

ENTIDADES
Unidad de Promoción de la Salud Bellavista - La Palmera (U.P.S.)
Servicio de Salud - Sección Promoción de la Salud
Servicios Sociales. U.T.S. Bermejales
Centro Cívico Bellavista
Distrito Bellavista - La Palmera
Instituto Municipal de Deportes (I.M.D)
Unidad de Gestión de Salud Pública. Sevilla
Centro de Salud Los Bermejales
Centro de Salud Bellavista
C.E.I.P. Lora Tamayo
I.E.S. Fernando de Herrera
I.E.S. Federico Mayor Zaragoza
I.E.S. Bellavista

1. No hay una asignación nominal en el GMT. En cada convocatoria del GMT son las entidades quienes delegan la representación en la persona técnica que estimen oportuna o tenga disponibilidad.



3.2. Fase de Perfil de Salud

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

Para ello se realiza un **Informe de Salud**, con todos los datos estadísticos existentes, tanto para el distrito como para la ciudad. Este documento se elabora de forma colaborativa entre el Negociado de Sistemas de Información para la Salud y Publicaciones del Servicio de Salud del Ayuntamiento, con la Unidad de Salud Pública del Distrito Sanitario Sevilla.

Por otro lado, se recoge un **análisis técnico sectorial** de los y las profesionales que trabajan en el distrito, para recoger la realidad de la que no existen datos estadísticos.

Y por último, se reflejan las **necesidades sentidas por la ciudadanía**, ya que son los verdaderos conocedores de los problemas que se padecen en el entorno donde habitan.

Para la recogida y elaboración de esta información se realizan dos talleres, que son reuniones de trabajo, con un contenido formativo, a los que asisten los y las profesionales del GMT.

3.2.1. Taller de impulso inicial

En este primer taller se realizó el **4 de octubre de 2017**. El objetivo principal es la creación del GMT, que sus integrantes se conozcan y reciban una formación inicial sobre las bases metodológicas y conceptuales de la Acción Local en Salud. Se abordan los fundamentos de la estrategia RELAS, con la legislación relacionada y la metodología de elaboración de PLS.

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

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

Imagen del Taller de Impulso.



3.2.2. Detección de Necesidades Sentidas

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

La técnica tiene los siguientes pasos:

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

El 31 de octubre de 2017 en el Centro Cívico Bellavista se realizó un taller de formación sobre la técnica, en el que se organizó la tarea de realizar los grupos nominales ciudadanos. Las personas del GMT aprendieron la técnica de GN, con el objetivo de que estas mismas personas la utilicen con grupos ciudadanos (infancia, juventud, adultez, mayores) para reflejar los problemas y las necesidades sentidas por la ciudadanía del distrito.

Imagen del Taller de Grupos Nominales.



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

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

3.3. Fase de Priorización

Para la priorización de los problemas identificados en el distrito, el equipo de coordinación técnica del PLS, elabora un listado con los problemas que se identifican en las distintas partes documento del Perfil de Salud: Informe de Salud, Análisis Técnico Sectorial y los Grupos Nominales. Se realiza entonces un taller el día **15 de Mayo de 2018** en el que participan las personas del GMT del distrito, donde se explica la técnica de priorización y se aplica al listado de problemas ya elaborado.

Imagen del Taller de Priorización.



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

La técnica facilita la toma de decisión grupal en un tiempo limitado (3 horas) y evita la parálisis por análisis, ya que la decisión final es del conjunto del grupo. Consiste en listar todos los problemas identificados en el perfil de salud del distrito y puntuarlos individualmente en base a unos criterios, que fueron:

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

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

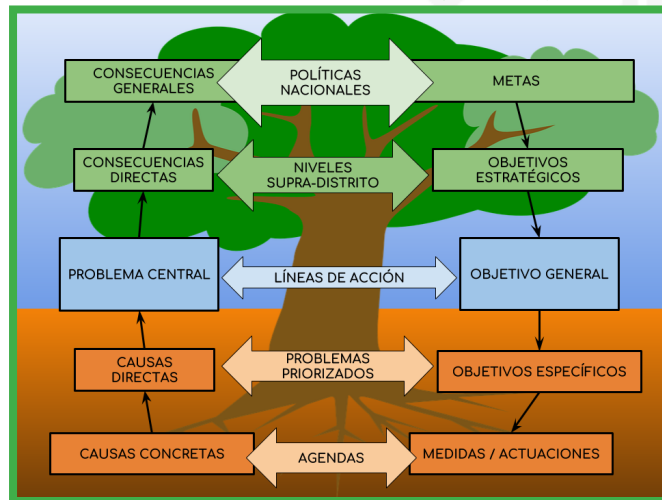
Se suman las puntuaciones de todos los y las participantes y se ordena el listado resultante. Los problemas priorizados en cada determinante de salud son los tres que han obtenido mayor puntuación.

3.4. Fase Plan de Acción

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

Se convoca un taller con el GMT el 8 de Noviembre de 2018, donde se presentan las conclusiones del taller anterior (las priorizaciones), y la propuesta de borrador del plan de acción. A continuación se plantea realizar una dinámica llamada ‘Árboles de problemas y de soluciones’ donde las personas integrantes del GMT se dividen en 4 grupos de discusión y elaboran un análisis de los problemas priorizados y de las soluciones que se proponen, utilizando la figura de un árbol.

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



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

Imagen del Taller de Plan de Acción.



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

3.5. Fase Implantación

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

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

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

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

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

Ilustración 7: Esquema contenido de agenda.



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

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

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

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

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

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

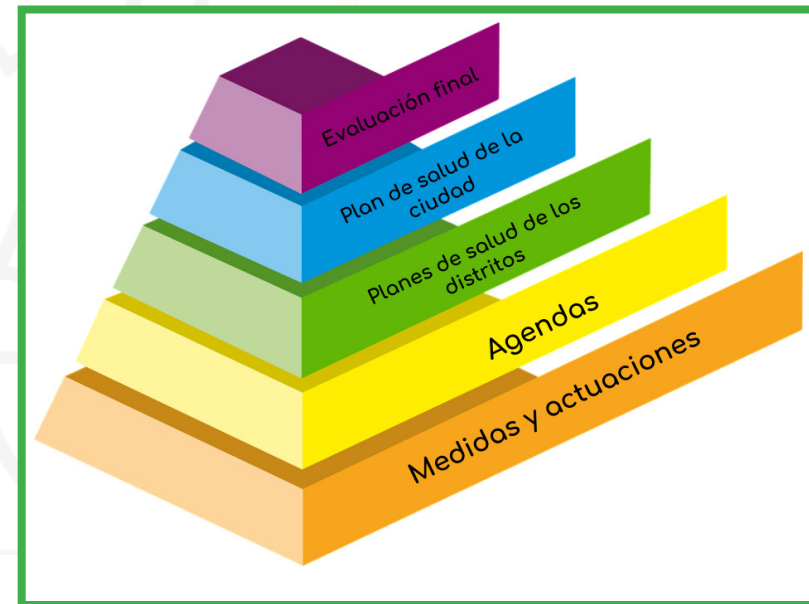
Estas medidas se incluyen en una Agenda en la que se valora los posibles resultados impactos directos o indirectos que estas acciones o actividades tengan sobre la salud de la ciudadanía.

3.6. Evaluaciones

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

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

Ilustración 8: Niveles de Evaluación.



Evaluaciones según los momentos:

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

Evaluaciones según los objetivos:

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

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

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

4. Documentos

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

4.1. Perfil de Salud

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

Incluye:

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

1. Informe de Salud

A. División administrativa

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

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



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

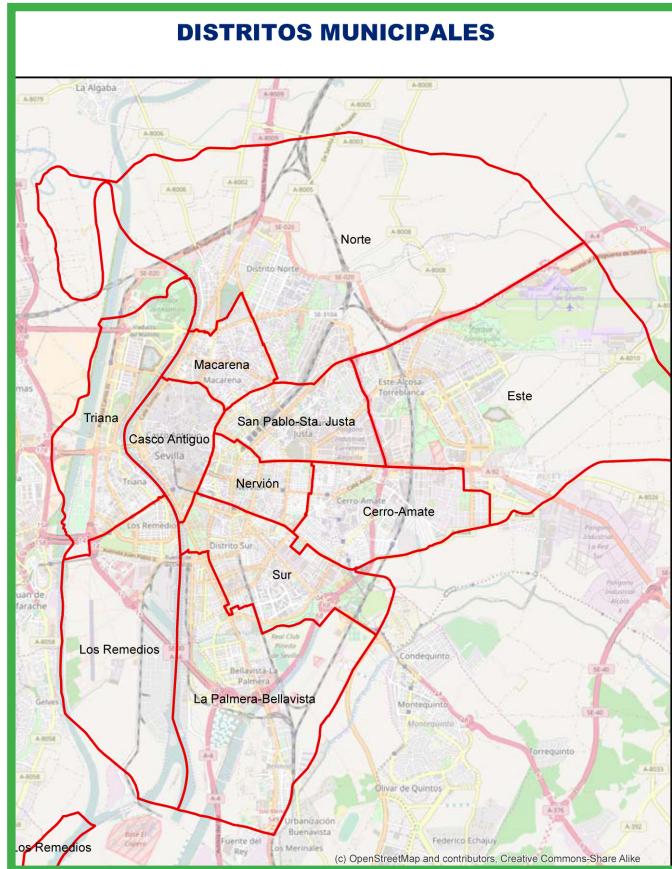
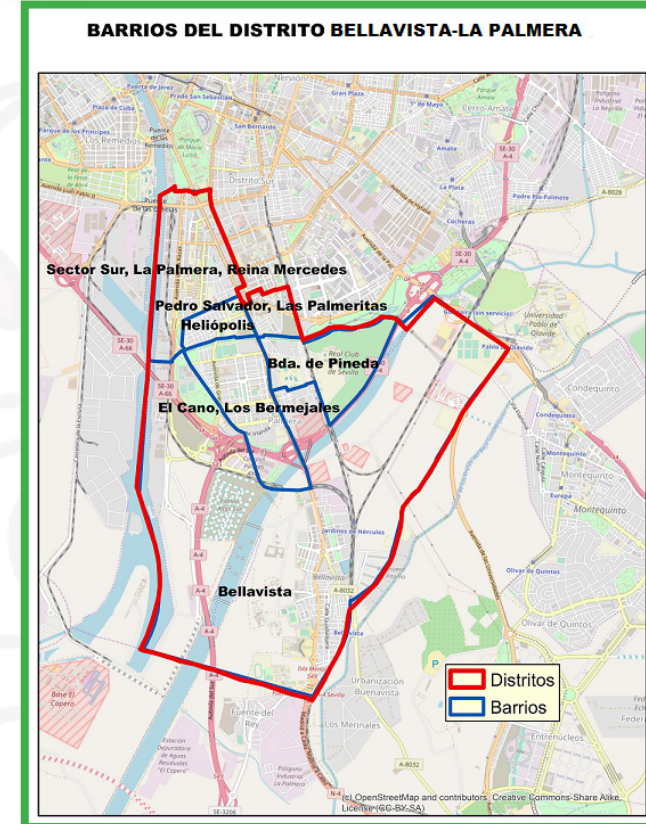


Ilustración 10: Extensión geográfica de los barrios del Distrito.



B. Datos socio-demográficos

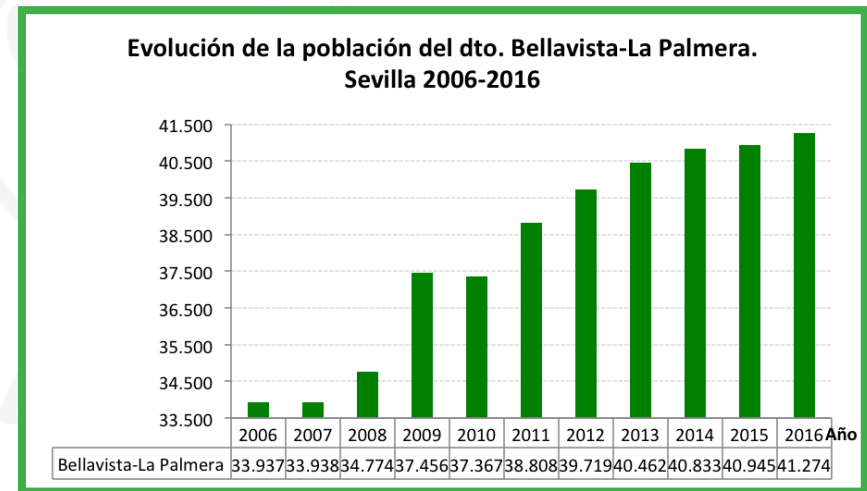
Con un total de 41.274 habitantes a 1 de enero de 2016, Bellavista - La Palmera es el segundo distrito con menor población. Su superficie es medianamente extensa, por lo que es uno de los distritos con menor densidad de población, casi la mitad de la densidad de población de la ciudad en su conjunto.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

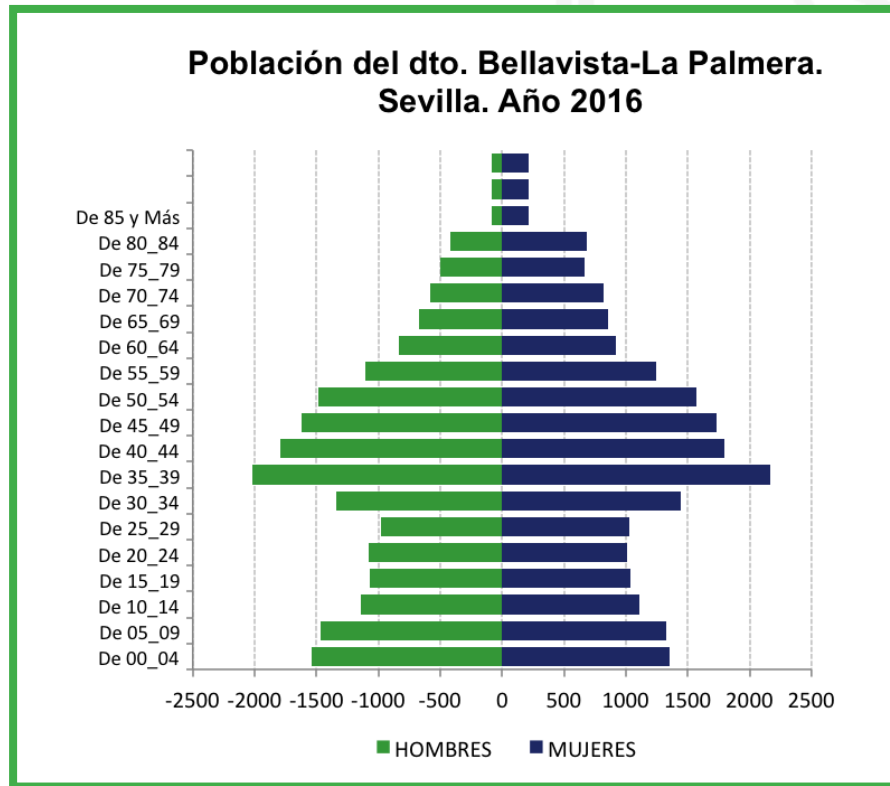
Este distrito ha experimentado un importante crecimiento de población, tal y como muestra la siguiente gráfica: tan solo en la última década (2006-2016) ha aumentado en 7.337 habitantes, convirtiéndose en una de las zonas de expansión de la ciudad.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



La pirámide de población para este distrito presenta una tendencia distinta a la de la ciudad: mientras que en Sevilla hay una población envejecida con una base estrecha, el distrito presenta una base ancha, con su pico poblacional entre los 35-40 años.

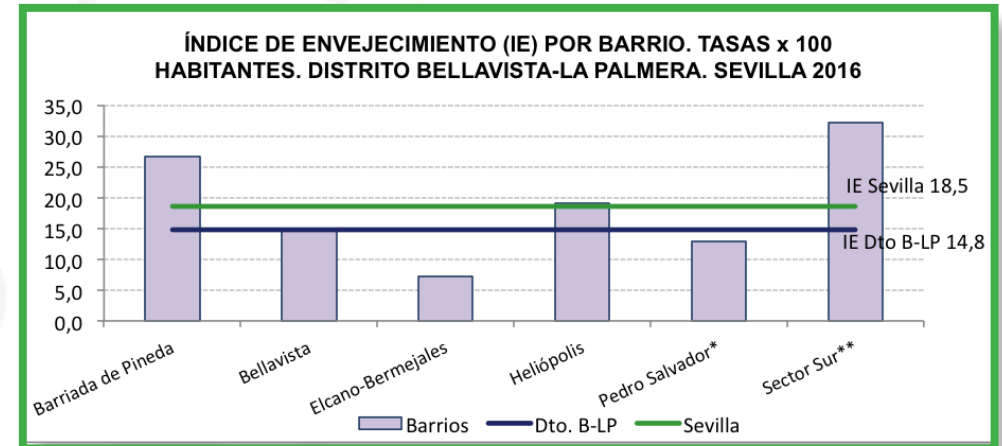
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Indicadores demográficos relativos al envejecimiento poblacional

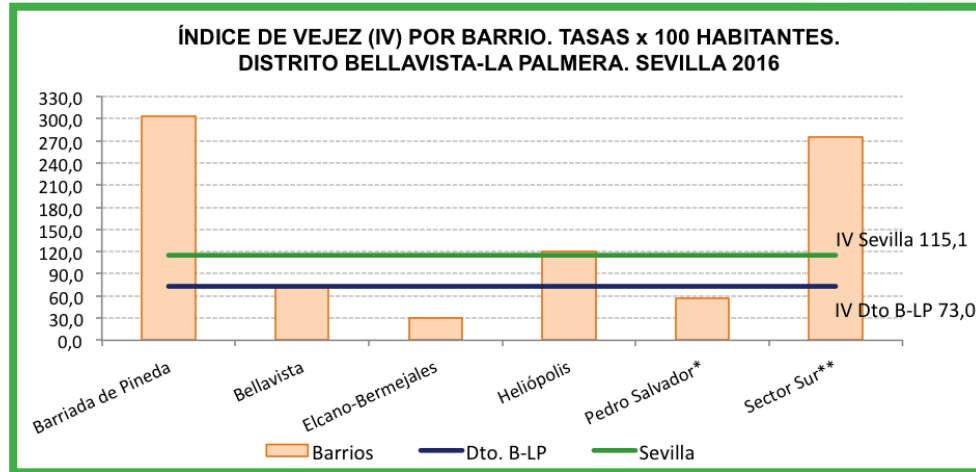
El **Índice de Envejecimiento** relaciona la población mayor de 64 años con la población total en porcentajes.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



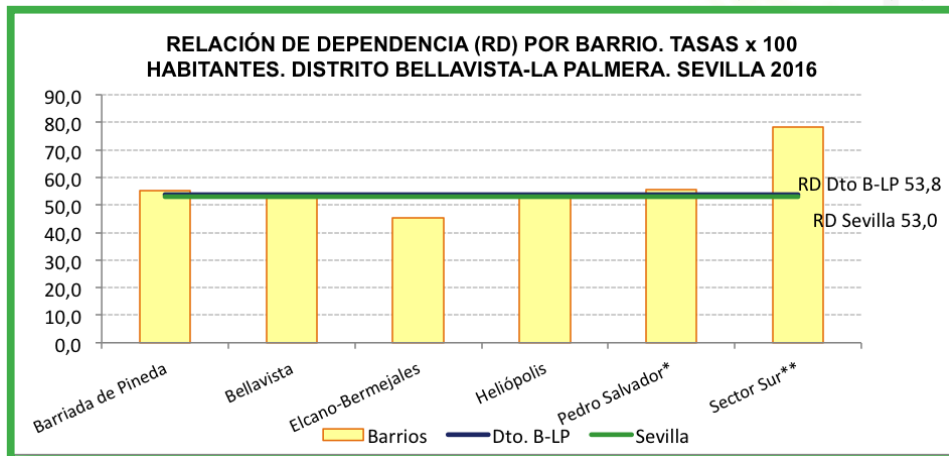
El **Índice de Vejez** informa sobre el relevo generacional, es decir, es el cociente entre la población mayor de 64 años y la población menor de 16 años multiplicada por cien.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



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

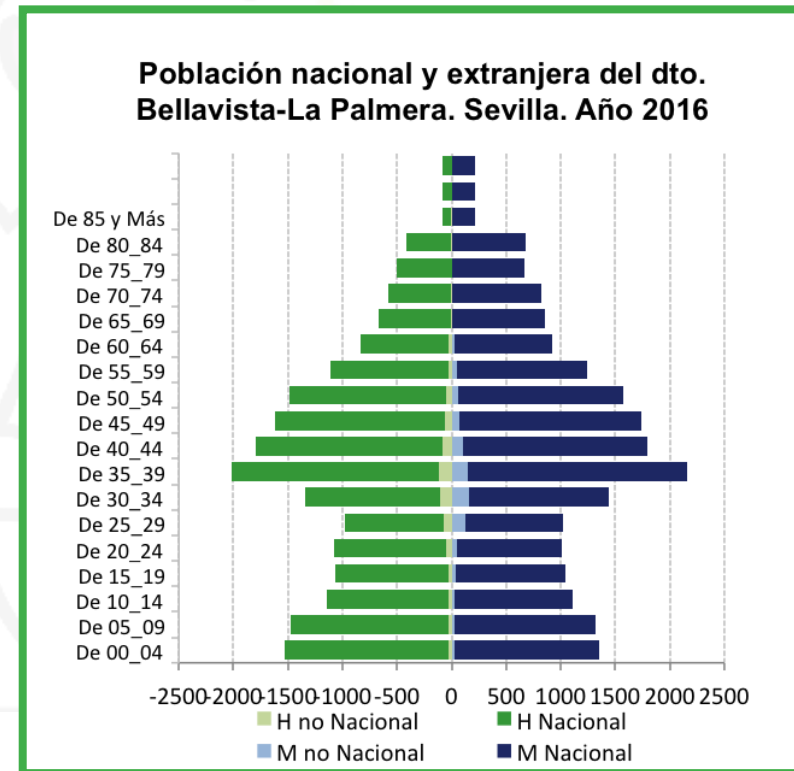
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Población Extranjera

De los casi 36.000 habitantes que constituyen la **población extranjera de la ciudad**, en el distrito Bellavista - La Palmera encontramos 1.677 personas de ambos sexos, es decir el **4,7%**, lo que hace que sea el segundo distrito con menos personas extranjeras de Sevilla, después del distrito Los Remedios.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

No hay una procedencia predominante de la población extranjera en este distrito (a diferencia con otros distritos) como se observa en la siguiente tabla. Tampoco existe una concentración de esta población según su origen en un barrio concreto. Tan solo reseñar que casi la mitad de esta población extranjera del distrito se encuentra en Bellavista y el 18,4% en Elcano - Bermejales, coincidiendo con los barrios más poblados en general.

Procedencia de la Población Extranjera Residente en el Distrito				
Procedencia	Hombres	Mujeres	Ambos	% Extranjeros (ambos)
Marruecos	160	165	325	19,4
América del sur	129	184	313	18,7
Europa occidental	144	163	307	18,3
Europa del este	112	171	283	16,9
Resto de América	49	147	196	11,7
Asia	67	99	166	9,9
Resto de África	47	29	76	4,5
Otros	5	6	11	0,7
Total	713	964	1677	100,0



C. Datos Socioeconómicos

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

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

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

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

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

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

En el distrito Bellavista - La Palmera se han considerado **3 agrupaciones de barrios** para este análisis:

- Agrupación 5: “Bellavista”, para el que **mejora un punto** respecto a 2001 el ISNSE, con un **nivel 4**.
- Agrupación 45: “Sector Sur - La Palmera - Reina Mercedes - Barriada de Pineda - Elcano - Bermejales”, que **se mantiene en el mismo nivel** de 2001, con un **nivel 2**.
- Agrupación 3: “Pedro Salvador - Las Palmeritas - Guadaira - Bami - Heliópolis”, que incluye dos barrios (Bami y Heliópolis) del distrito sur, y que **pierde 2 puntos** con respecto a 2001, con un **nivel 3**.

Los siguientes mapas recogen esta información, así como el índice basado en los datos de 2001 y los cambios producidos en el periodo analizado.

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

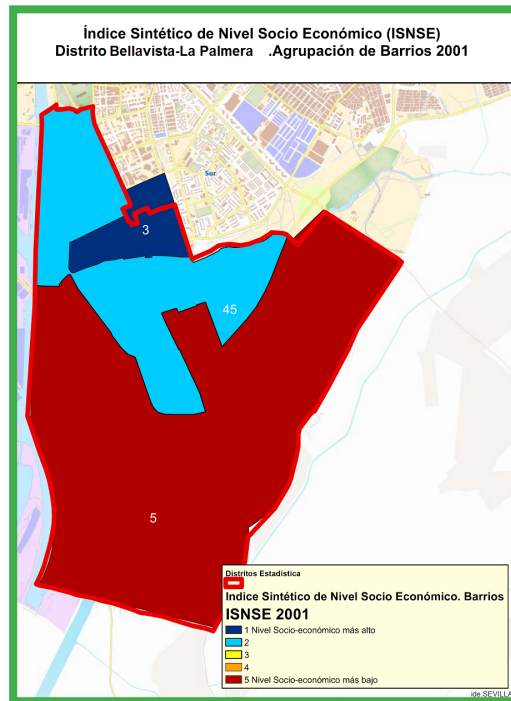


Ilustración 12: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.

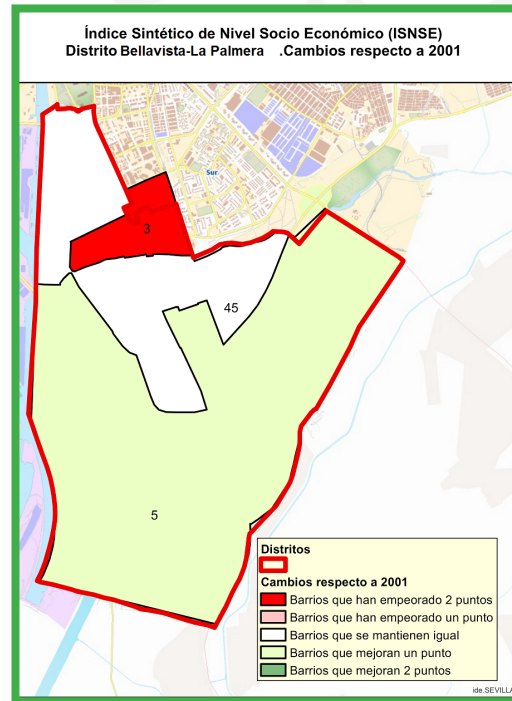
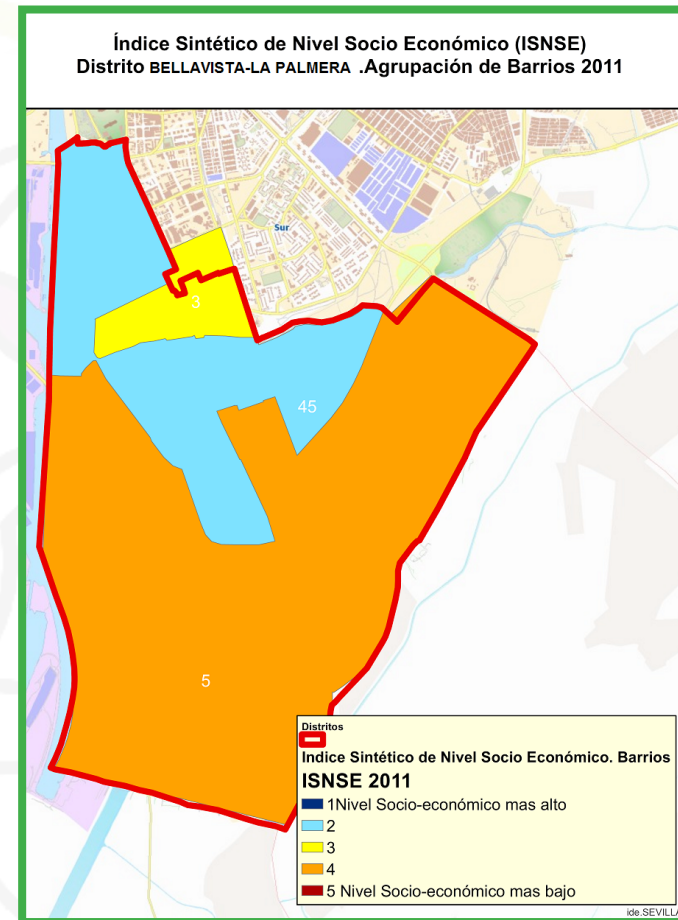


Ilustración 13: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.



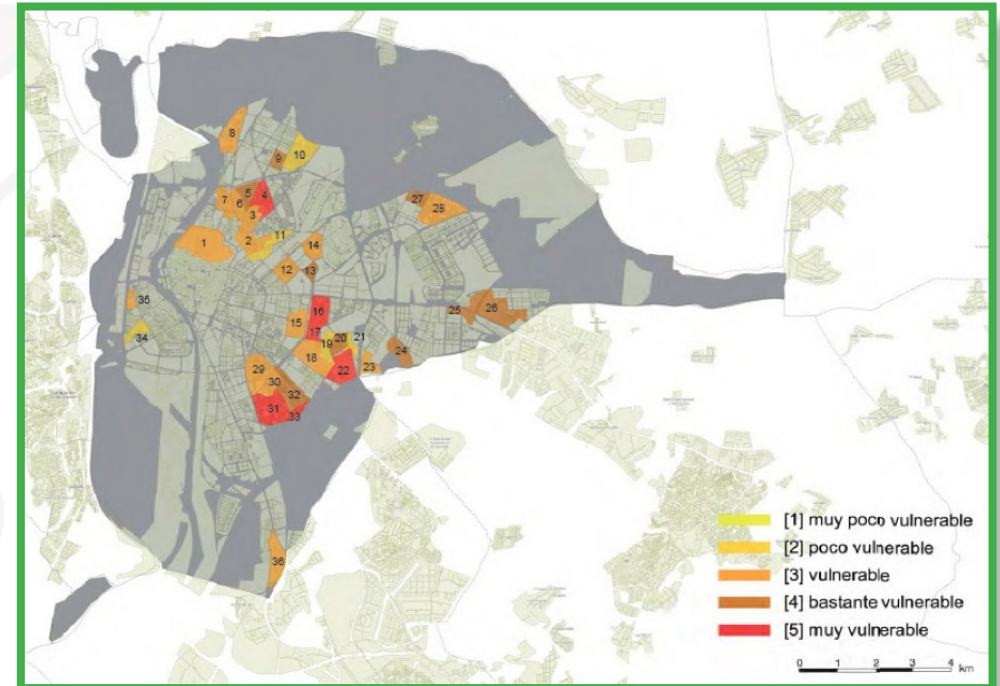
Barrios vulnerables

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

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

Solo el **barrio de Bellavista** del distrito Bellavista - La Palmera se encuentra en la lista de barrios vulnerables de este análisis urbanístico.

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



Personas en situación de dependencia

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

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

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

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

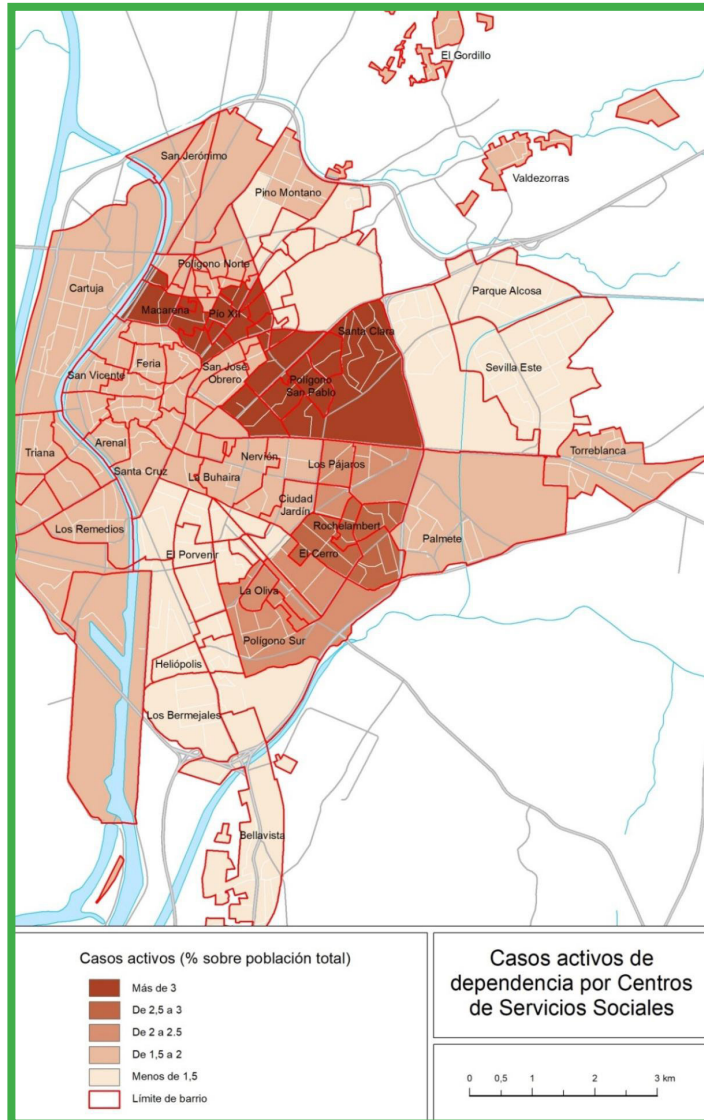
Alcosa - Polígono Aeropuerto, Los Carteros y **Bermejales** son las que menos casos, proporcionalmente hablando, presentan, ya que ninguna de ellas supera el 1,5%. En el caso opuesto se encuentran Macarena y San Pablo - Santa Justa con más de un 3% de casos en cada una de las dos zonas.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

D. Morbilidad

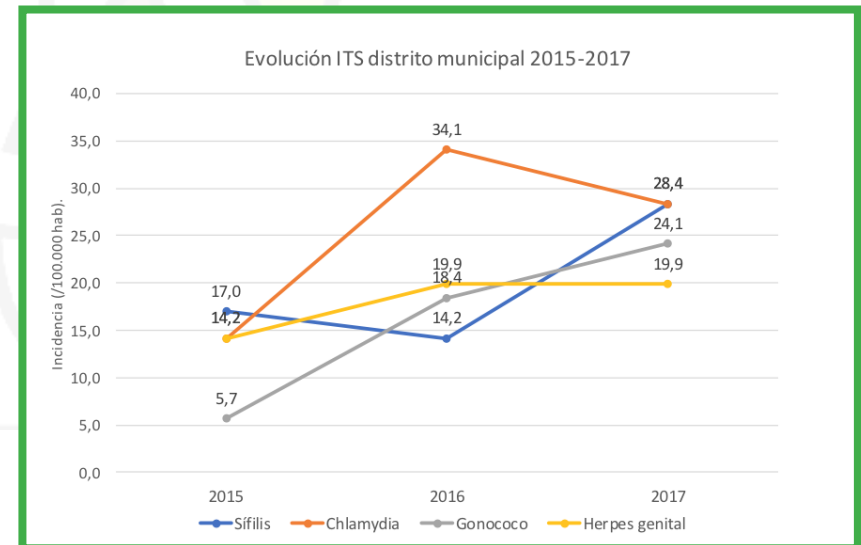
Ilustración 15: Distribución geográfica de los casos de dependencia activos.



En el distrito Bellavista - La Palmera las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** son las EDOs que presentan unas tasas de declaración más altas. Se puede observar en la figura 1 un incremento de la incidencia de todas las ITS desde 2015. A pesar de observar una disminución en la incidencia de sífilis en 2016 vuelve a incrementar en 2017, alcanzando la incidencia más alta junto a chlamydia.

Encontramos diferencias por UGC de cada una de estas enfermedades. Destaca la UGC El Porvenir que presenta las tasas más altas de notificación de chlamydia, infección gonocócica, siendo el herpes genital más incidente en Los Bermejales y sífilis en Bellavista.

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.



Dentro de las **enfermedades inmunoprevenibles** destaca la parotiditis por presentar una incidencia en 2017 de 21.3 por 100.000 habitantes, seguido de hepatitis A (12.8 por 100.000 habitantes) y de tos ferina (11.4 por 100.000 habitantes en 2016), sobre todo debido a la mayor incidencia en Los Bermejales.

Las tasas de **tuberculosis** en este distrito son inferiores a Sevilla ciudad en el periodo 2015-2017, siendo algo superiores en CS. Bellavista.

Coberturas vacunales

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.

UGC/CAP	Vacunación completa a los 2 años	Vacunación con 2 dosis TV
Bellavista	98,1%	100,0%
Los Bermejales	99,4%	99,2%
Porvenir	98,0%	98,3%

Indicadores de Calidad Preventivos (PQI)

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

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

Podemos observar en este distrito diferencias por CS, presentando la población de Bellavista un mayor riesgo de ingreso por PQI16 y la de Los Bermejales por PQI5 que otros CS.

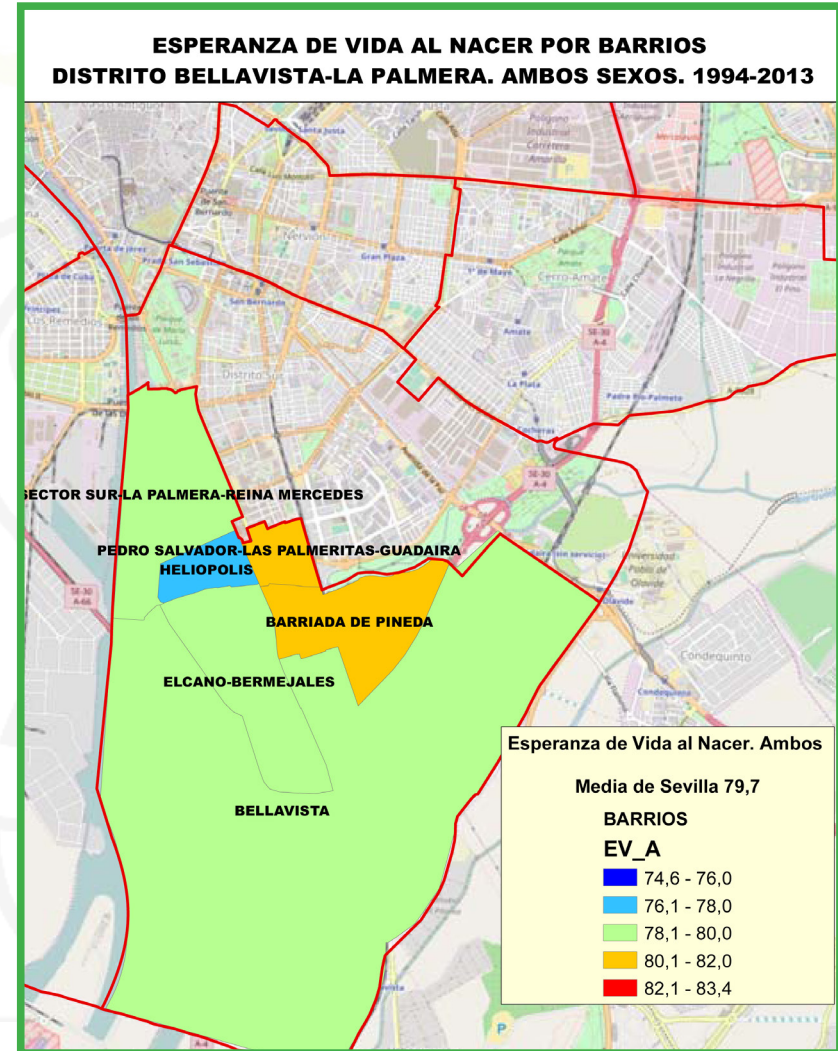


E. Mortalidad

La **esperanza de vida al nacer** en el distrito Bellavista - La Palmera, periodo 2011-2014, es una de las más altas de la ciudad, y 1,4 años más que la ciudad en su conjunto. Analizando estos datos por sexo, encontramos que los hombres del distrito Bellavista - La Palmera tuvieron en dicho periodo la esperanza de vida más alta de toda la ciudad (80,2 años); para las mujeres se registra una de las más altas (85,7 años), solo superada por Nervión y Triana.

Por barrios, y analizando los datos del periodo 1994-2013, se observa que Barriada de Pineda registra la esperanza de vida al nacer más alta del distrito, por encima de los 80 años, mientras que para Heliópolis se tiene la más baja, entre 76 y 78 años.

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

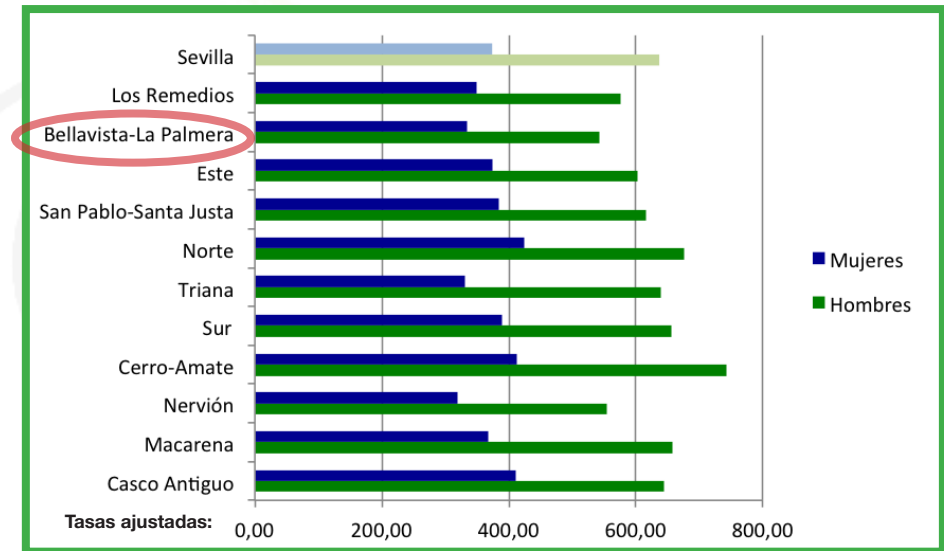


Bellavista - La Palmera es uno de los distritos con menor **Tasa Ajustada de Mortalidad General**, con valores similares a Nervión y Triana, y por debajo de la tasa de la ciudad en conjunto. En el periodo 2011-2014 las tasas por 100.000 habitantes fueron más bajas que para el total de la ciudad, tanto en hombres (541,89) como en mujeres (333,50).

Vemos que el distrito Bellavista - La Palmera registra las tasas de mortalidad por **cáncer** más bajas de la ciudad, tanto para hombres como para mujeres. En el caso de la mortalidad por **enfermedades infecciosas**, el distrito tiene una de las tasas más bajas entre las mujeres pero de las más altas para los hombres. Las tasas por **enfermedades circulatorias** son, tanto para hombres como para mujeres, más bajas que las del conjunto de la ciudad.

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

Fuente: IECA. Elaboración propia.



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

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

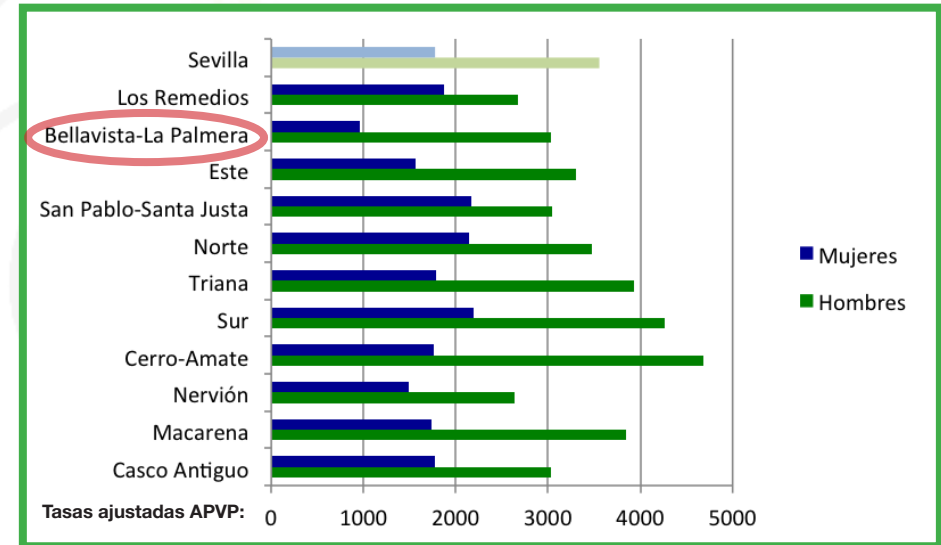
Considerar la edad a la cual mueren las personas y no sólo el evento mismo de la muerte permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren en diferentes momentos de la vida.

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

En el caso del distrito Bellavista - La Palmera, este indicador está, entre las mujeres, significativamente por debajo del obtenido para el conjunto de la ciudad y para el resto de distritos; en el caso de los hombres también se registra un valor menor que el de la ciudad y uno de los más bajos a nivel de distritos.

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

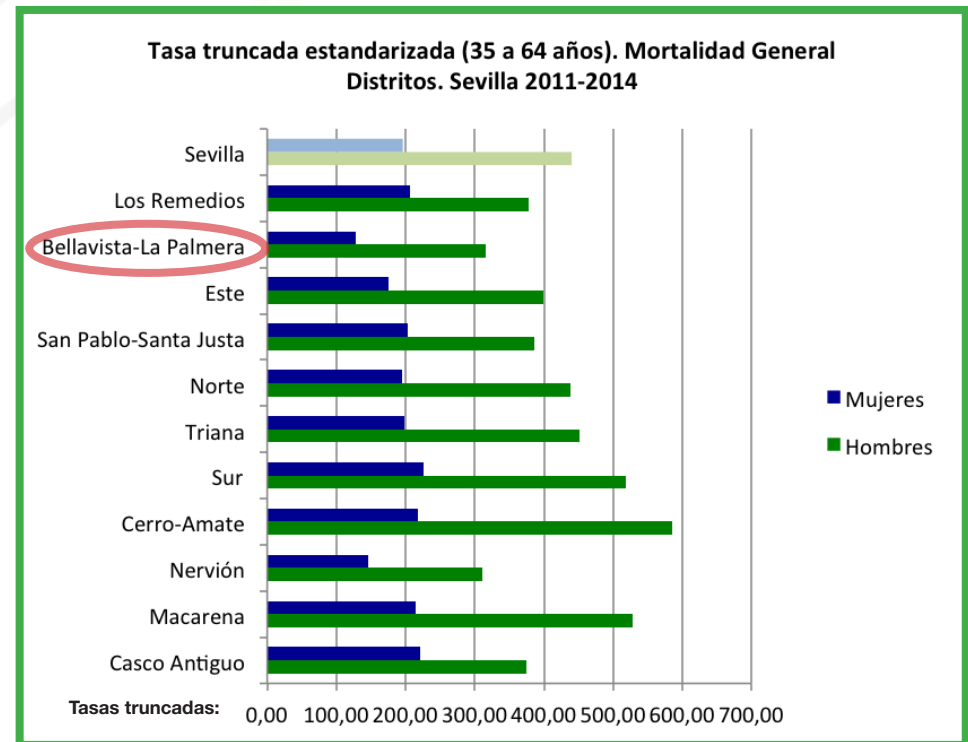
Fuente: IECA. Elaboración propia.



Otro indicador de muerte prematura es la **Tasa Truncada**, defunciones que se producen entre los 35 y los 64 años de edad. Este distrito tiene, tanto para hombres como para mujeres, tasas superiores a la ciudad en su conjunto.

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

Fuente: IECA. Elaboración propia.



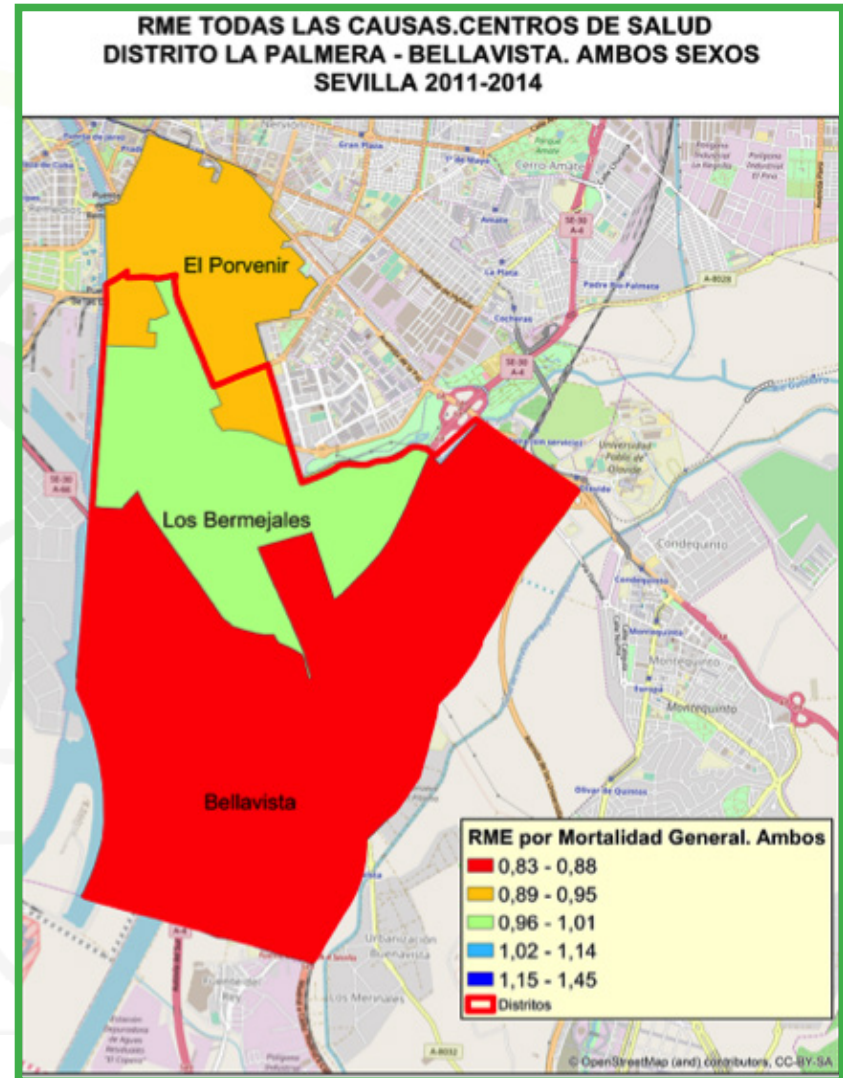
Para el análisis de la mortalidad por áreas más pequeñas que el distrito (centros de salud y barrios) utilizaremos el indicador **Razón de Mortalidad Estandarizada (RME)**.

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

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

El distrito registra diferencias en cuanto a la RME para mortalidad general por barrios: Barriada de Pineda y Pedro Salvador - Las Palmeritas registran un número de muertes inferior a las esperadas según la tasa de la ciudad, para Sector Sur - La Palmera - Reina Mercedes y Bellavista obtenemos una RME entorno al 1, y para Elcano - Bermejales y Heliópolis se registran más muertes de las esperadas atendiendo a la tasa conjunta de Sevilla.

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



F. Entorno Medioambiental

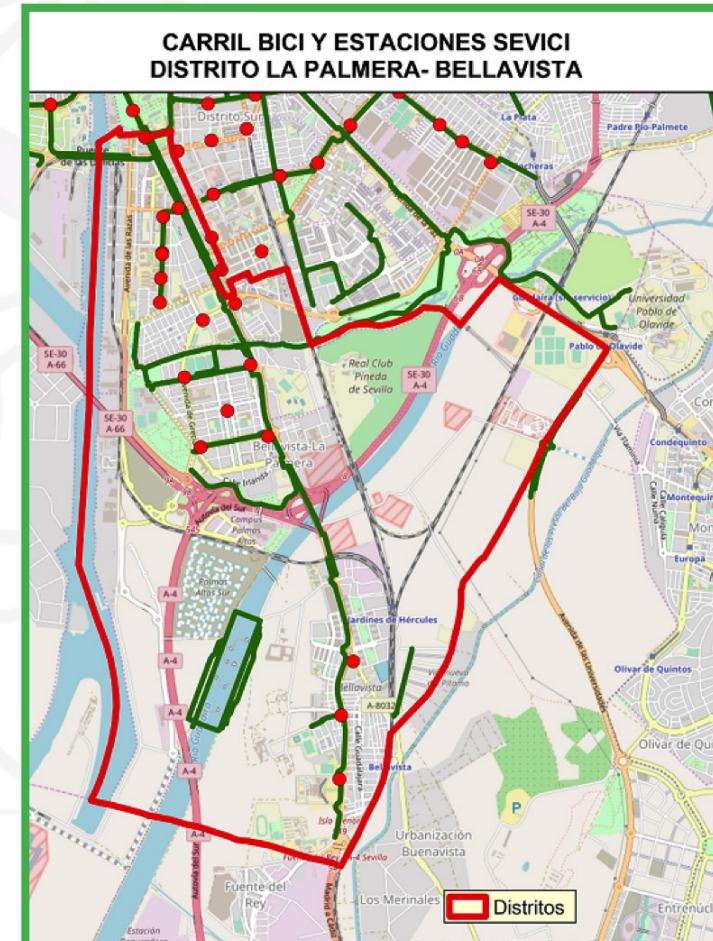
Zonas verdes: Según estos datos, el distrito Bellavista - La Palmera cuenta con 17 m² de zonas verdes por habitante, una cifra superior a la media de la ciudad, que se sitúa en 14 m²/Hab., y superior al mínimo establecido por las recomendaciones de la OMS (10 - 15 m²).

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

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

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

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



Zonas acústicamente saturadas: En relación al ruido, en el distrito se han identificado zonas acústicamente saturadas, en la zona de la Avda. de Reina Mercedes y Heliópolis tal y como podemos ver en el siguiente mapa.

Algunos de los **recursos municipales**, educativos y sanitarios del distrito Bellavista – La Palmera se localizan en el siguiente mapa:

Ilustración 19: Distribución geográfica de las zonas acústicamente saturadas.

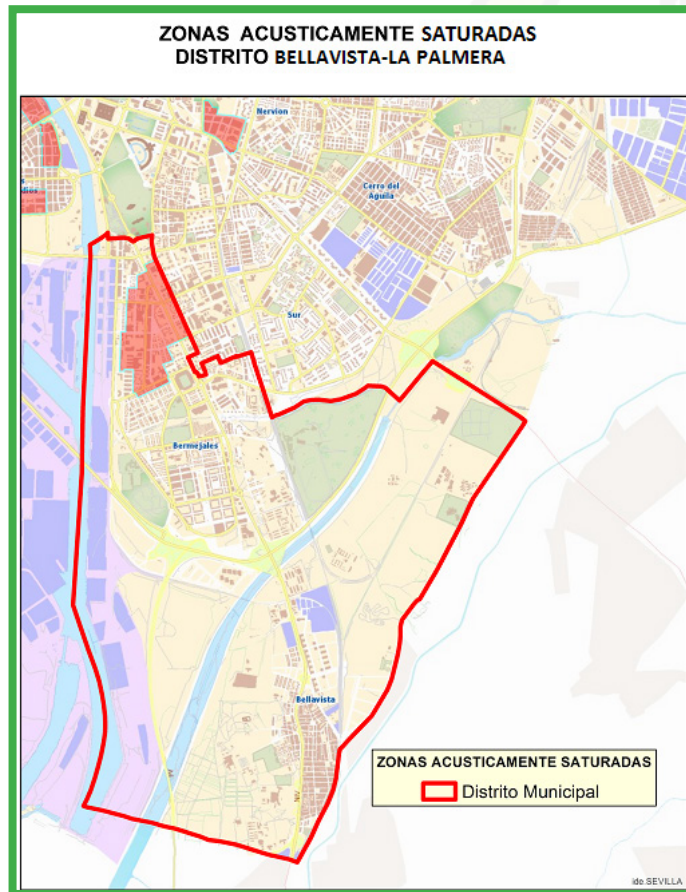
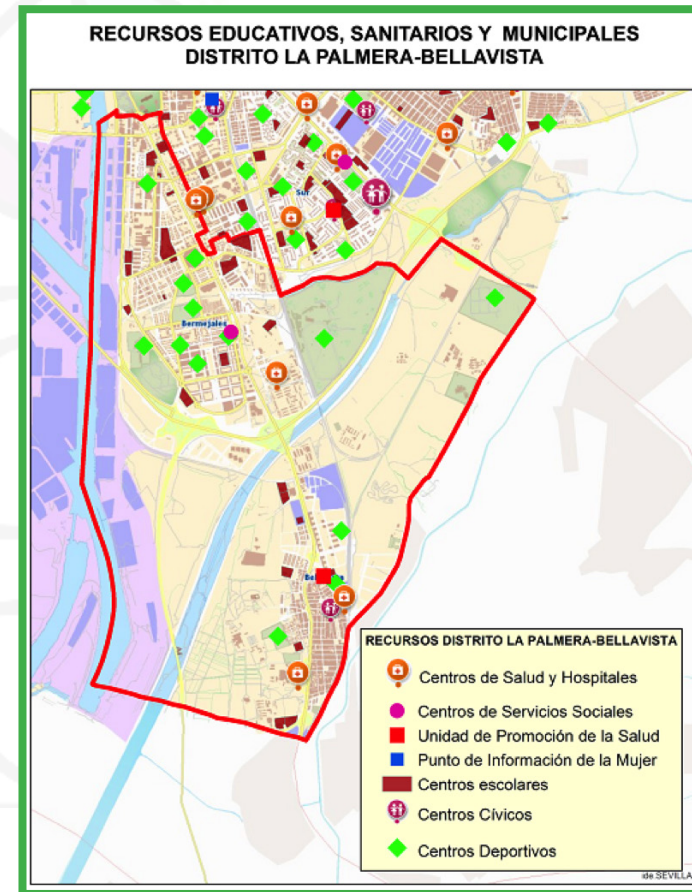


Ilustración 20: Distribución geográfica de los recursos existentes en el Distrito.



G. Estilo de vida

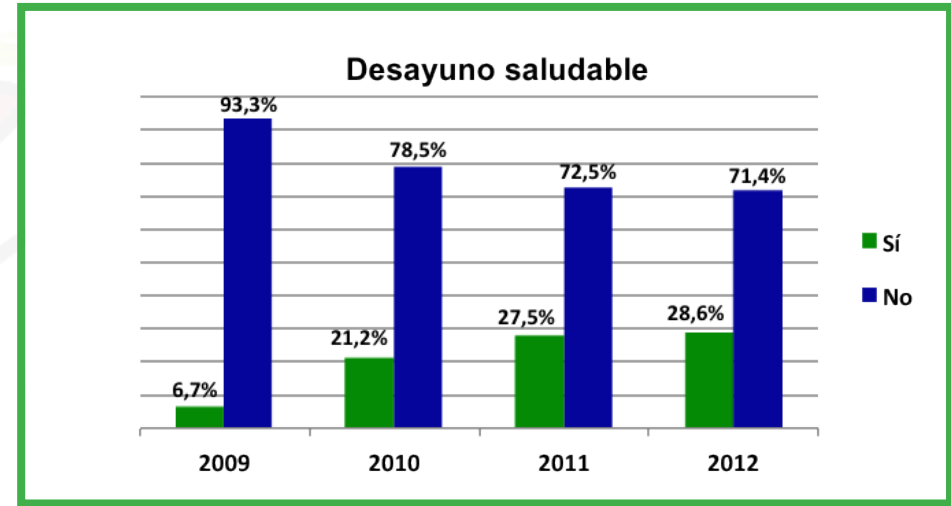
No disponemos de esta información desagregada por barrios, por lo que los datos que aquí aportamos corresponden a toda la ciudad y en algunos casos a la provincia de Sevilla.

La alimentación

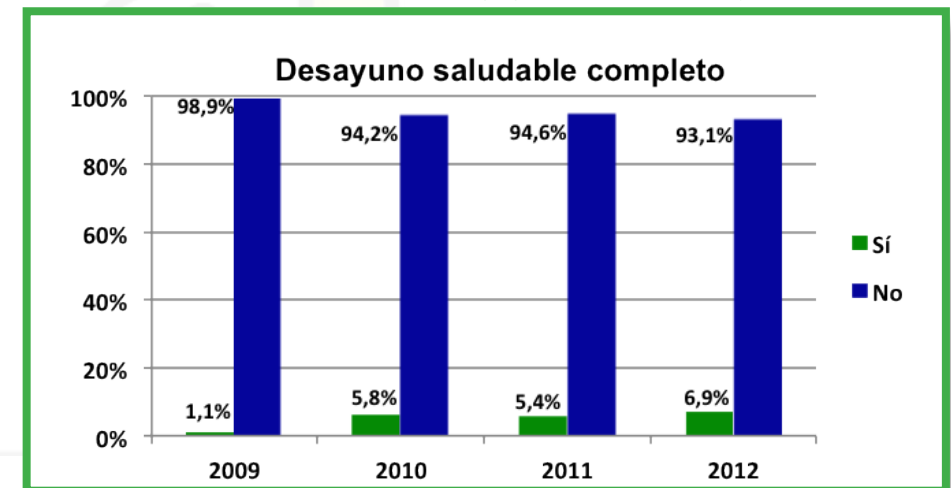
En la ciudad de Sevilla, disponemos de datos sobre hábitos de alimentación de escolares de Educación Primaria procedentes de estudios propios (Servicio de Salud, Ayto. de Sevilla, 2009 a 2012):

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

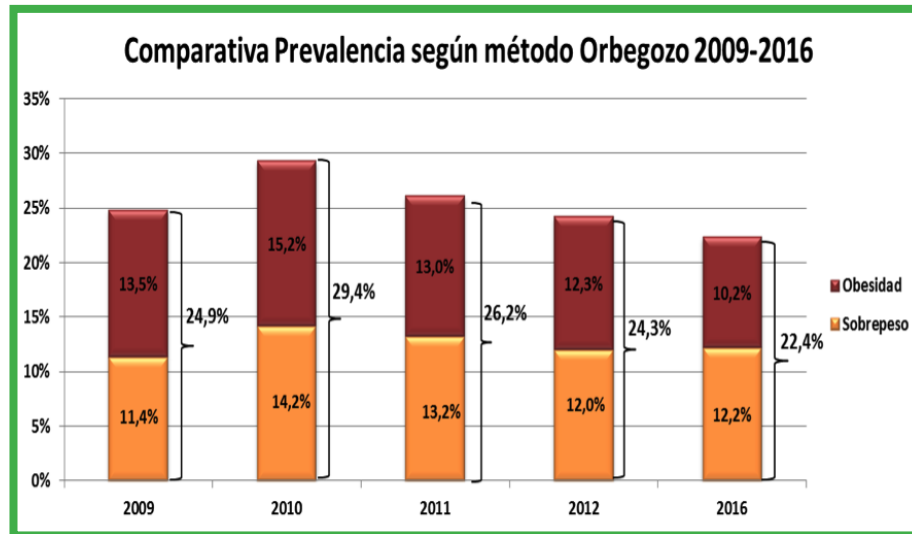
Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



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



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



Sobrepeso y obesidad infantil

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

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

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

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

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



Actividad física

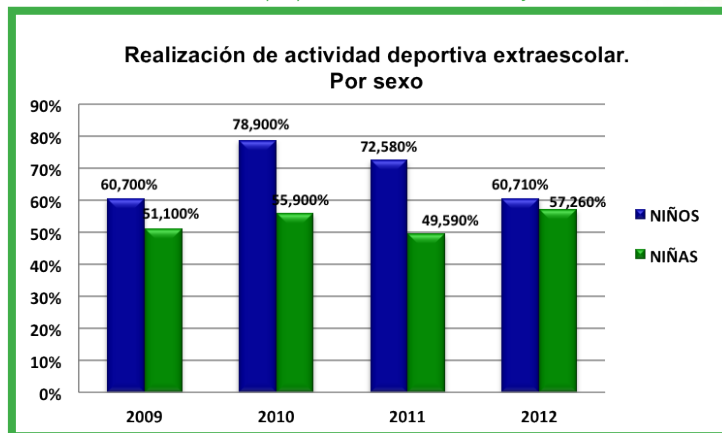
Respecto a la población infantil y adolescente de Andalucía, en el año 2011, el 18,2% no realizaba actividad física -niñas (20,7%), niños (15,8%)-. Según aumentó la edad de la población disminuyó el sedentarismo. Desde 1999 la población sedentaria ha disminuido: de un 20,2% en 1999 a un 18,2% en 2011.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

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

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

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

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



Sexualidad

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

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

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

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

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

2. Análisis Técnico Sectorial

2.1. Problemas y debilidades

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

Estilos de Vida

Escasa formación vial centrada en la utilización de las motocicletas para prevenir accidentes.

Entorno Social

Puntos de venta y consumo de drogas (menudeo).

Falta de asociacionismo juvenil.

Inexistencia de una asamblea física de la ciudadanía.

Actos vandálicos por consumo de drogas.

Edad poblacional muy repartida por barrios. Barrios con personas muy jóvenes y barrios con personas muy mayores.

Falta de vigilancia policial.

Coordinación entre las áreas municipales entre sí y otras administraciones.

Retraso de la administración en respuestas a la ciudadanía.

Entorno Medioambiental

Ausencia de metro.

Calles sin acerados.

Excesiva zona azul.

Falta de una red de transportes públicos con otros barrios de la ciudad.

Problemas por falta de aparcamientos.

Escaso lugares de ocio para jóvenes.

Falta de baños públicos.

Falta de áreas de gimnasia de mantenimiento para personas mayores (parques biosaludables).

Infradotación de equipamientos urbanos.

Mejorar el espacio urbano.

Mejorar las instalaciones deportivas en verano.

2.2. Fortalezas y activos

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

Entorno Medioambiental

No hay piscina descubierta en verano.

Zonas inseguras de accidentes para la población (pavimentación, acerado en mal estado, etc.).

Suciedad en las calles.

Escasa iluminación pública.

Servicios Sanitarios

Inexistencia de urgencias nocturnas y fines de semanas en centro de salud.

Desigualdades Socioeconómicas

Desempleo.

Escasa formación para el empleo.

Orden	Fortalezas
1	Equipos técnicos de las distintas Administraciones públicas.
2	Existencia de los centros de salud.
3	Actividades de promoción de la salud - UPS.
4	Coordinación entre los servicios municipales.
5	Voluntad y motivación de algunos profesionales.
6	Existencia de talleres: diversidad y ofertas.
7	Uso del centro cívico para multitudes de actividades.
8	Existencia de coordinadoras que aglutinan administraciones públicas y entidades sociales.
9	Potencia de la red de asociaciones.
10	Existencia de instalaciones deportivas.
11	Centro de servicios sociales.



Orden	Fortalezas
12	Clima que favorece las actividades al aire libre.
13	Buena comunicación de transportes públicos.
14	Existencia de un mercado municipal.
15	Accesibilidad a entornos naturales cercanos.
16	Parques biosaludables.
17	Existencia de carril bici y SEVICI.
18	Alto nivel de participación de la población cuando tienen estrategias.
19	Unidad de día de menores.
20	Parque Guadaira.
21	Gran cantidad de parques infantiles.
22	Programas de servicios sociales: escuelas de padres y madres.
23	Población joven.
24	Espacios universitarios.
25	Pequeño comercio de proximidad.
26	Trabajo en red de entidades tanto públicas como privadas.
27	Hospitales públicos.
28	Buena red viaria urbana.
29	Biblioteca municipal.

Orden	Fortalezas
30	Huertos familiares.
31	Distrito con más superficie de suelo deportivo.
32	Existencia de asociaciones deportivas.
33	Cortijo del Cuarto.
34	Servicios de ocio y restauración.
35	Programa EVACOLE.
36	Diversidad residencial: mayores y estudiantes.
37	Nivel económico medio-alto.
38	Pervivencia en las familias de los saberes tradicionales.
39	Banco del tiempo.
40	Centros de discapacitados y salud mental.
41	Comisaría en proyecto.
42	Margen fluvial del Guadalquivir.
43	Hospitales privados.
44	Adecantamiento de los elementos viales urbanos.
45	Poca densidad de población.
46	Proyecto de Centro de Ocio Palmas Altas.



3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía

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

Necesidades Sentidas Grupo de Menores	
1º	Mejora de la climatización en colegios e IES.
2º	Reforzar el servicio de limpieza en calles y parques.
3º	Más papeleras/contenedores de basuras/reciclaje.
4º	Mejorar el servicio de arreglo de acerados y mobiliario urbano.
5º	Más fuentes públicas para beber: en centros públicos, parques y calles.
6º	Más farmacias.
7º	Mejorar horarios de los servicios de transporte públicos.
8º	Más centros comerciales y de ocio en el distrito.
9º	Comisaría de Policía.
10º	Mejorar las subvenciones a vehículos eléctricos (menor contaminación).

Necesidades Sentidas Grupo de Jóvenes	
1º	Mejoras en iluminación del viario público.
2º	Mejoras en las líneas públicas de TUSAM nocturnos y otros transportes públicos (metro, cercanías...) en relación a más servicios horarios.
3º	Mejora de la climatización de colegios e IES.
4º	Mejora de la limpieza de calles y parques.
5º	Incremento de actividades saludables por parte de organismos públicos.
6º	Instalación de aseos públicos.
7º	Mejorar los pasos de peatones y acerados de calles y avenidas.
8º	Mejor cuidado (tala y fumigación) de árboles y setos.
9º	Cantinas de colegios e IES que vendan más alimentos saludables y menos azucarados.
10º	Disminución de ruidos para favorecer el descanso en horas nocturnas (recogida de basuras, bares,...).

Necesidades Sentidas Grupo de Personas Adultas		Necesidades Sentidas Grupo de Personas Mayores	
1º	Más campañas de prevención de drogodependencias.	1º	Gratuidad de la medicación.
2º	Más papeleras y dispositivos de reciclaje en plazas.	2º	Disminuir la lista de espera del sistema público de salud.
3º	Urgencias en los centros de salud los fines de semana.	3º	Subida de pensiones.
4º	Fomento de la participación y adultos en el barrio.	4º	Agilizar el protocolo de respuesta y ayuda de la ley de dependencia.
5º	Mayor limpieza urbana y más papeleras en general.	5º	Gratuidad de prótesis y productos ortopédicos.
6º	Recursos sociales cercanos a la población en su zona.	6º	Mejorar el acceso urbano al Centro de Salud Bermejales.
7º	Más espacios verdes cuidados para disfrutarlos.	7º	Aumento de las líneas de autobuses en el distrito.
8º	Mayor promoción de huertos urbanos y cultivos ecológicos.	8º	Mayor limpieza de las vías públicas.
9º	Más equipamiento para ocio y cultura.	9º	Disminución de precios de los productos de consumo diario.
10º	Accesibilidad más económica al deporte.	10º	Delimitar más carriles peatonales para ruta/paseo.

Necesidades Sentidas Grupo de Mujeres	
1º	Mejorar la oferta de empleo.
2º	Aumentar y mejorar la oferta de actividades saludables y gratuitas para menores durante los meses de verano.
3º	Agilizar la lista de espera en las especialidades médicas.
4º	Aumentar la oferta de talleres de educación en igualdad y no violencia dirigidos a menores.
5º	Carencia de herramientas que favorezcan la conciliación laboral y familiar.
6º	Insuficientes ayudas a mujeres separadas o solas con escasos recursos.
7º	Falta de guarderías públicas.
8º	Falta de conciencia y civismo en cuanto a la recogida de excrementos de animales de compañía.
9º	Necesidad de talleres sobre sexualidad para jóvenes.
10º	Falta de iluminación pública (farolas) en la zona del Canal.

4.2. Listado de problemas priorizados

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

Problemas Priorizados	
Estilos de Vida	1. Venta de productos azucarados y ultra-procesados en los centros educativos.
	2. Escasez de actividades saludables por parte de organismos públicos.
	3. Insuficientes campañas de prevención de drogodependencias.
Entorno Social	1. Carencia de educación en igualdad y no violencia.
	2. Conductas incívicas de las personas propietarias de animales de compañía (dejación de responsabilidades en relación a los excrementos caninos).
	3. Problemas de coordinación de las áreas municipales, entre sí y con otras administraciones.
Entorno Ambiental	1. Puntos de acerado y asfaltado en mal estado que dificultan la movilidad.
	2. Problemas de cuidado (tala y fumigación) de árboles y setos.
	3. Carencias en el mobiliario urbano: fuentes de agua potable.
Desigualdades Socioeconómicas	1. Carencias en la oferta de formación para el empleo.
	2. Carencias de ayuda públicas a mujeres en situaciones vulnerables.
	3. Lentitud del protocolo de respuesta y ayuda de la ley de dependencia.

4.3. Plan de Acción

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

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

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

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

Línea de Acción 1: Estilos de Vida

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

Las consecuencias de tener estilos de vida poco saludables son variadas, entre ellas: baja autoestima, rechazo, problemas crónicos, incapacidad, morbilidad y muerte prematura.

Además, suelen ser adquiridos y heredados en el entorno familiar, facilitando su perpetuación.

Objetivo Estratégico 1 - Promover hábitos de vida saludable

Con la adquisición de estilos de vida saludables entre la población, se consiguen disminuir la incidencia de enfermedades, mejorar el estado de salud y reducir los costes sanitarios.

Aumenta además la autoestima, favoreciendo del feedback positivo, interno y desde el entorno familiar.

Todo esto facilita y promueve una mejor formación del individuo, obtención de un trabajo o promoción dentro del mismo, consiguiéndose en última estancia, un relevo generacional óptimo en el mercado laboral.

Venta de productos azucarados y ultra procesados en los centros educativos

La venta de productos azucarados y ultraprocesados en los centros educativos se produce por la rentabilidad económica de su venta en sus cantinas y la escasez de otros alimentos más saludables.

Los productos ultraprocesados están muy promocionados por la publicidad, convirtiéndolos en alimentos atractivos para la población.

A esto se le añade que, desde el entorno familiar, no existe concienciación sobre la importancia de una educación correcta en nutrición y alimentación sana, siendo esta misma incompleta o inadecuada en la mayoría de los hogares. Por parte del colectivo adolescente existe, además, falta de implicación, interés y responsabilidad en este sentido.

Por otro lado, el ritmo de vida que tiene actualmente la sociedad no facilita que haya espacios compartidos de tiempo en familia, que se organicen horarios conjuntos alrededor de la comida y en definitiva, que existan rutinas de hábitos de vida saludable.

Objetivo General 1.1 – Promover hábitos de alimentación saludable en los centros de educación obligatoria del distrito

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para mejorar los hábitos de alimentación entre escolares en todos los centros educativos adscritos a la red local de salud ² del distrito.
Cálculo	Si / No.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Crear puntos de venta de alimentos saludables. • Contar con personal sanitario estable en los centros educativos. • Eliminar la venta de bebidas light. • Aplicación de la normativa existente sobre la venta de productos azucarados en los centros educativos. • Trabajo en colaboración con las familias como agentes educativos y ejemplos sociales de referencia de los y las menores.

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

Escasez de actividades saludables por parte de organismos públicos

Existen una gran diversidad de actividades ofrecidas por los organismos públicos, no obstante, la oferta resulta poco atractiva para el colectivo al que va dirigido. En primer lugar, porque a la hora de planificarlas y diseñarlas, no se tiene en cuenta las necesidades, ni los intereses de la población diana. Se trata de una generación del siglo XX diseñando para otra del siglo XXI, que tienen un perfil muy diferente, por ejemplo practican ejercicio físico principalmente a través de actividades deportivas, ya que otro tipo de actividad física como puede ser el juego se basa en el uso de nuevas tecnologías. Por otro lado, el presupuesto para invertir en este tipo de actividades es muy reducido, limitándose a actuaciones muy puntuales (días “de”), y sectorizadas, donde cada colectivo organiza y ejecuta sus propias acciones. Además, hay escasa demanda específica por parte de la ciudadanía para realizar más eventos, ya sean generales o concretos, por lo que las administraciones no identifican la necesidad. Desde su prisma, hay saturación de actividades y las personas carecen de tiempo para asistir a las ofertadas.

Por último, hay una falta de espacios para practicar deporte, debido en gran medida a un problema de vandalismo en los espacios públicos abiertos y a no optimizar los espacios existentes. Por ejemplo, los centros educativos en horario de tarde.

Objetivo General 1.2 - Promover la oferta de actividades e iniciativas saludables por parte de las entidades públicas presentes en el distrito

Indicador	Tasa de personas beneficiadas.
Definición	La tasa de personas que se benefician de actividades e iniciativas saludables desarrolladas por las instituciones del distrito vinculadas al PLS muestra una tendencia creciente para 2023.
Cálculo	Sumatorio anual de personas beneficiarias (por grupos de edad) directas y/o indirectas en las distintas actividades saludables / total de la población censal (por grupos de edad) del distrito.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Receta saludable: Asociar la recomendación de actividad física a las consultas médicas. • Dotar de recorrido a las actividades/intervenciones, generando múltiples actividades relacionadas entre sí, para darles fuerza a todas (ejemplo: la semana de la bicicleta con talleres, charlas, etc. que finaliza en una marcha de la bicicleta). • Consultar con la población diana sobre sus necesidades y propuestas para el diseño de las actividades, a través de encuestas. • Abrir los espacios deportivos existentes, en horario de tarde, fines de semana y festivos. • Incluir campañas en los espacios y medios de comunicación más vistos por la juventud.



Insuficientes campañas de prevención de drogodependencias

Las campañas de prevención de la drogodependencia o son insuficientes, ya que se limitan al espacio escolar, o escasas, sólo se trabaja desde entidades de drogodependientes. Siendo insuficiente su trabajo en otros escenarios.

Además, vuelve a haber aparición de consumo de sustancias en los medios de comunicación, apología del alcohol y tabaco. Esto agrava la falta de conciencia social, entre familiares e iguales, sobre las implicaciones y consecuencias que tiene el consumo de sustancias. Se suma que las campañas de prevención se centran en drogas antiguas, ha cambiado el perfil de consumo y no se responde a las nuevas necesidades; y las que hay no llegan a los sectores más desestructurados, sólo a los más normalizados.

Objetivo General 1.3 - Promover medidas de prevención de la drogadicción entre la población del distrito

Indicador	Cobertura de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo de medidas de prevención de la drogadicción beneficiar al menos al 50% de la población del distrito para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias} / \text{Total de personas censadas en el distrito}) \times 100$.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Implicación del asociacionismo en el diseño e implementación de las intervenciones. • Incidir en las zonas socio económicamente más aisladas y desfavorecidas.

Línea de Acción 2: Entorno Social

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

Entran aquí también las normas que rigen nuestras relaciones; cuando las normas establecidas no se cumplen se da una alteración del orden social, lo que también tiene consecuencias. Las conductas incívicas tienen efectos que van más allá de las relaciones interpersonales. Conductas como no recoger los excrementos de las mascotas producen suciedad en las calles, malos olores, e incluso pueden llegar a producir caídas entre los viandantes que las encuentren en su camino.

Las malas relaciones sociales a niveles institucionales conllevan una mala coordinación de sus profesionales, causando ineficacia en la atención a la ciudadanía, produciendo un empobrecimiento e inefectividad de los servicios públicos.

Objetivo Estratégico 2 - Fomentar un entorno social positivo

Un entorno social positivo mejora las relaciones sociales, reduce los casos de bullying entre iguales y optimiza las relaciones de parejas.

Además, la desaparición de las conductas incívicas tendría efectos directos sobre la higiene medioambiental y la posible transmisión de enfermedades.

Implicaría un progreso cuantitativo de los indicadores de salud, por lo que la ciudadanía sería más saludable y habría un mayor bienestar social.

Carencia de educación en igualdad y no violencia

La carencia de educación en igualdad y no violencia tiene una casuística compleja. Uno de los factores es la falta de esta educación en el ámbito familiar, por lo que, en muchas ocasiones, sólo se trabaja en el entorno educativo y de forma insuficiente. Por ejemplo, se ha eliminado la asignatura de educación para la ciudadanía en los planes de educación. Desde la sociedad se ha dado, en los últimos años, demasiado poder al centro educativo como agente educador, generando unas expectativas muy altas en el campo docente y en las intervenciones que se hagan; Sin embargo, la implicación de la comunidad en los centros, a través de la familia, es muy difícil de conseguir.

Las intervenciones se centran en los contextos de formación formales, porque hay una dificultad de desarrollar actividades de sensibilización en los espacios informales, al no haber una apuesta política por generar estos espacios de aprendizaje. Hay una coordinación de igualdad dentro de los centros educativos, pero no es suficiente, ya que éstos se desaprovechan como plataformas de actuaciones no estrictamente curriculares, por falta de personal no docente. A esto se suma que el asociacionismo juvenil es muy débil y ha disminuido mucho.

Objetivo General 2.1 – Fomentar la educación en igualdad y no violencia

Indicador	Cobertura de las medidas desarrolladas.
Definición	Las medidas desarrolladas para fomentar la igualdad y la no violencia llegan al menos al 50% de la población del distrito para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ anual de personas receptoras} / \text{Total de personas censadas en el distrito}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Volver a instaurar la asignatura de educación para la ciudadanía pero con modificaciones que la mejoren. • Promocionar el uso del lenguaje inclusivo. • Promover la sensibilización de toda la población y a todas las edades.



Conductas incívicas de las personas propietarias de animales de compañía (dejación de responsabilidades en relación a los excrementos caninos)

Las conductas incívicas de las personas propietarias de animales de compañía (dejación de responsabilidades relacionados con los excrementos caninos) se producen porque, aunque hay una ordenanza municipal que sanciona este tipo de conductas, ésta 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).

Objetivo General 2.2 - Fomentar las conductas responsables entre las personas del distrito propietarias de animales de compañía en relación a los excrementos caninos

Indicador	Tasa de denuncias.
Definición	La tasa de las denuncias relativas a excrementos caninos muestra una tendencia decreciente para el 2023.
Cálculo	N° anual de denuncias / N° de denuncia del 2018.
Fuente	Registros de denuncia de la policía local.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la concienciación social en todos los ámbitos: educativos, comunitario, familiar. • Incentivar la mayor implicación de los agentes de salud animal en las campañas de sensibilización. • Aplicación de la normativa vigente y reforzar la vigilancia del régimen sancionador. • Habilitar un mayor número de espacios específicos para el uso de los animales de compañía.

Problemas de coordinación de las áreas municipales, entre sí y con otras administraciones

Los y las profesionales de las distintas administraciones municipales del distrito experimentan en su labor problemas de sobrecarga de trabajo y duplicidad de tareas, esto se achaca a la existencia de problemas de coordinación de las áreas municipales, entre sí y con otras administraciones, debido sobre todo a la falta de recursos humanos.

A pesar de haber personal, suele estar sobrecargado de tareas. No existe una implicación real y efectiva por parte de las estructuras de gestión de las distintas administraciones. Las personas encargadas de esta responsabilidad no tienen en cuenta las limitaciones que existen en las agendas de los y las profesionales y tienden a sobrecargarlas.

Objetivo General 2.3 - Fomentar la coordinación de las distintas áreas municipales y con otras administraciones

Indicador	Representación de instituciones en el GMT.
Definición	Al menos representantes de cinco instituciones incluidas en el GMT asisten a todas las reuniones del GMT.
Cálculo	Nº de instituciones representadas en las reuniones.
Fuente	Actas de las reuniones del GMT.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el buen uso de los organismos que están constituidos con el fin de facilitar la coordinación entre instituciones. • Dotar de una mayor información a las estructuras de gestión sobre las cargas de trabajo que implican las distintas actividades que se realizan en los distintos puestos de trabajo.

Línea de Acción 3: Entorno Medioambiental

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

El vivir en un distrito donde hay problemas y deficiencias en el entorno produce dificultades de diversa índole entre la población, como puede ser una mayor incidencia de los accidentes y caídas. Pero también hay efectos que no son tan directos, como el aumento de los problemas derivados del menor uso de los espacios públicos. En concreto, a causa de las barreras arquitectónicas, se observan casos de aislamiento social del colectivo de mayores y personas con movilidad reducida que no pueden moverse de forma autónoma por el barrio. Ello conduce a la discriminación y la desigualdad y produce un aumento de casos de ansiedad y estrés.

Objetivo Estratégico 3 - Promocionar un entorno medioambiental de calidad

Promocionar un entorno medioambiental de calidad mejora la salud y el bienestar de la ciudadanía, evitando las caídas, la soledad, el estrés, etc. Además, conseguir un estado óptimo de autonomía entre todas las personas, incluidas quienes tienen movilidad reducida, incrementándose así la igualdad y equidad social.

Puntos de acerado y asfaltado en mal estado

En ciertos puntos del distrito se observan: losas en mal estado o directamente inexistentes, bordillos con una altura que impide acceder a la calzada a personas con movilidad reducida, levantamiento del acerado por raíces de árboles, y alcorques de hormigón demasiado grandes que impiden el paso de las personas en sillas de ruedas o carritos por el acerado.

En algunos casos la causa es un mantenimiento insuficiente y deficiente del asfaltado y acerado. Las intervenciones de arreglo las realiza el servicio de REU72, servicio de respuesta urgente, por lo que no puede ejecutar grandes mejoras, solo pequeñas intervenciones, faltos de estudio y planeamiento, por lo que se vuelven a producir desperfectos de forma rápida por el uso. Y el servicio que debería abordar los arreglos de forma planificada, el servicio de conservación, no ha planificado el mantenimiento de las vías.

Otra causa es el diseño urbano que ha puesto al vehículo en el centro, dejando al peatón en un segundo plano. Las carencias en la planificación del acerado hacen que existan zonas donde el paso sea tan estrecho que no permite la circulación de personas con carritos o sillas de ruedas.

Por último, el mal uso de los espacios por parte de los conductores de vehículos también es un obstáculo, ya que invaden el acerado, impidiendo el paso de peatones y creando roturas en el pavimento. Algunos desperfectos están ocasionados por el tránsito de grandes vehículos, como son los camiones de LIPASAM.

Objetivo General 3.1 - Promocionar el arreglo de los puntos de acerado y asfaltado en mal estado del distrito

Indicador	Porcentaje de obstáculos para a movilidad.
Definición	El porcentaje de puntos, identificados desde la administración como obstáculos en el acerado y/o asfaltado importantes para la movilidad en el distrito, se reduce al menos en un 50% para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de puntos arreglados} / N^{\circ} \text{ de puntos identificados}) \times 100.$
Fuente	Fichas medidas – Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Rebajar los bordillos para acceder a la calzada. • Multar a los vehículos aparcados en acerado y paso de peatones. • Diseños urbanos de la ciudad que dote de más espacio a los peatones en detrimento de los vehículos. • Cambiar el modelo de limpieza de LIPASAM para que los camiones no estropeen el acerado. • Mayor inversión en conservación y mantenimiento con planificación a medio y largo plazo.



Problemas de cuidado (tala y fumigación) de árboles y setos

Hasta el 2018, no ha existido un mantenimiento ni cuidado de la arboleda por parte de la entidad responsable, por lo que ha generado un problema de cuidado de árboles y setos (tala y fumigación). Por un lado, no contar con presupuesto suficiente para esta partida y por otro, no tener un número adecuado de personal (dos cuadrillas), ha dado como consecuencia optar por la tala de más árboles al no poder afrontar su mantenimiento, según manifiestan las personas del GMT.

Objetivo General 3.2 - Promocionar la mejorar el cuidado de árboles y setos del distrito

Indicador	Porcentaje de arreglos realizados.
Definición	El porcentaje de arreglos, identificados desde la administración como necesarios en árboles y/o setos importantes para la seguridad en el distrito, se reduce al menos en un 50% para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de puntos arreglados} / N^{\circ} \text{ de puntos identificados}) \times 100.$
Fuente	Fichas medidas – Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener en el tiempo la inversión que hay actualmente, que implica la existencia de diez cuadrillas. • Promover la “adopción” de árboles por parte del vecindario. • Plantar árboles que no generen alergias.



Carencias en el mobiliario urbano: fuentes de agua potable

Las carencias en el mobiliario urbano, en concreto de fuentes de agua potable y bancos, se debe en gran medida al vandalismo que sufren los mismos. Estas situaciones se dan, en parte, por la falta de vigilancia policial. Tras conductas vandálicas reiteradas, la administración opta en muchos casos por no restaurarlos.

A esto se le suma los problemas de falta de civismo de las personas frente al cuidado y el uso del mobiliario urbano. Por un lado, en los puntos donde se instalan bancos aumentan los grupos de jóvenes y adolescentes que hacen ruido, produciéndose problemas de convivencia vecinal, y por otro, con la colocación de las fuentes se produce un despilfarro del agua.

Objetivo General 3.3 - Promocionar la mejorar la dotación del mobiliario urbano (bancos y fuentes)

Indicador	Porcentaje de dotación de mobiliario urbano.
Definición	El porcentaje de elementos de mobiliario urbano, identificados desde la administración como necesarios, se reduce al menos en un 50% para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de elementos puestos} / N^{\circ} \text{ de elementos identificados como necesarios}) \times 100$.
Fuente	Fichas medidas – Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la educación cívica. • Aumentar la vigilancia policial. • Fomentar los debates intergeneracionales. • Generalizar el nuevo modelo de fuentes que es más resistente frente al vandalismo.

Línea de Acción 4: Desigualdades Socioeconómicas

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

La existencia de estas desigualdades implica en muchos casos una dificultad para cubrir las necesidades básicas y una desatención a las personas dependientes, lo que acarrea disminución en la calidad de vida.

La carencia de políticas de inserción laboral dirigidas a jóvenes, para que se produzca un relevo en el mercado laboral, hace que se produzca un vacío generacional. Favoreciendo la desaparición de la clase media y acrecentando las desigualdades socioeconómicas.

Objetivo estratégico 4 - Favorecer la equidad socioeconómica

La solución de los problemas socioeconómicos del distrito supone que las personas tienen las necesidades básicas cubiertas, por lo que mejora su calidad de vida. Además, con el aumento del poder adquisitivo, se produce la equiparación de las clases sociales.

Carencias en la oferta de formación para el empleo

Las carencias en la oferta de formación para el empleo son diversas.

Por un lado, hay un desconocimiento de los recursos, debido a un déficit a la hora de promocionarlos. Por otro, hay diversificación y duplicidad en las administraciones, por lo que a veces se solapan o se repiten las temáticas de la oferta, principalmente debido a una falta de coordinación entre las entidades. Por último, también existe una ausencia de oferta de formación reglada. A veces, no ofrecen la cantidad de plazas necesarias, porque falta un análisis riguroso de las necesidades de formación. Pero otras, es porque hay ciclos formativos técnicos que tienen un coste elevado para ponerlos en marcha. Estos ciclos no están al día porque las maquinarias no están actualizadas y requieren una gran dotación e inversión para ser competitivos; porque las empresas y el sector privado no son tenidas en cuenta para el diseño de los planes de formación.

Las expectativas laborales del entorno familiar en relación a la salida profesional del colectivo juvenil hacen que opten por unos perfiles concretos (monitores deportivos, policía local, militares, etc.), que en muchos casos están saturados o no se adaptan a sus inquietudes. La situación se agrava al no haber un acompañamiento por parte de las administraciones educativas, en la toma de decisiones profesionales desde el inicio de la trayectoria curricular del alumnado, para que conozcan sus posibilidades de formación.

Objetivo General 4.1 - Favorecer la oferta de formación para el empleo

Indicador	Cobertura de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo anual de medidas para la mejora de la inserción socio laboral, que beneficien al menos al 50% de la población registrada por los servicios sociales del distrito como demandantes de algún tipo de recurso y/o ayuda social para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias de las medidas desarrolladas al año} / \text{Total de personas registradas por los servicios sociales del distrito al año}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgación exhaustiva de las ofertas de formación existentes. • Mejora de la coordinación para que no haya solapamiento entre las ofertas. • Aumento de recursos en la formación reglada. • Análisis riguroso de las necesidades de formación. • Mayor seguimiento familiar en la toma de decisiones. • Mayor implicación de la red empresarial. • Crear un itinerario específico para el acompañamiento en las decisiones profesionales.



Carencias de ayudas públicas a mujeres en situaciones vulnerables

Las carencias de ayudas públicas a mujeres en situaciones vulnerables se deben principalmente a que las políticas en este campo son insuficientes, en parte porque no hay conciencia de las necesidades reales de inversión en esta área.

Objetivo General 4.2 - Favorecer las ayuda públicas a mujeres en situaciones vulnerables del distrito

Indicador	Tasa de cobertura anual de las ayudas a mujeres en situación vulnerable del distrito.
Definición	La tasa anual de ayudas sociales a mujeres del distrito en situación vulnerable muestra una tendencia creciente.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de mujeres que reciben ayudas públicas por año}}{\text{Total de mujeres registradas como demandantes de ayuda sociales por los servicios sociales del distrito al año}}$
Fuente	Fichas medidas – Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar programas con los colectivos diana, mujeres en situación vulnerable. • Incremento de la inversión económica y material. • Dotar de recursos al movimiento asociativo de mujeres.

Carencias 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), 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. Esto se debe a la excesiva burocracia, ya que se dan intervenciones desde distintas administraciones, y falta personal e inversión pública que permita desarrollar la ley con garantías y eficacia.

Objetivo General 4.3 - Favorecer medidas para la mejora del SAAD

Indicador	Tasa de cobertura del SAAD.
Definición	La tasa de ejecución de prestaciones reconocidas en los PIA muestra una tendencia creciente para 2023.
Cálculo	$\text{N}^\circ \text{ de personas percibiendo prestaciones} / \text{N}^\circ \text{ de personas con PIA.}$
Fuente	Registros del SAAD.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la burocracia, digitalizando el proceso y centralizando la gestión en una única administración. • Aumentar la inversión e incrementar el personal.

5. Plan de comunicación

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

5.1. Comunicación interna

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

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

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

5.2. Comunicación externa

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

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

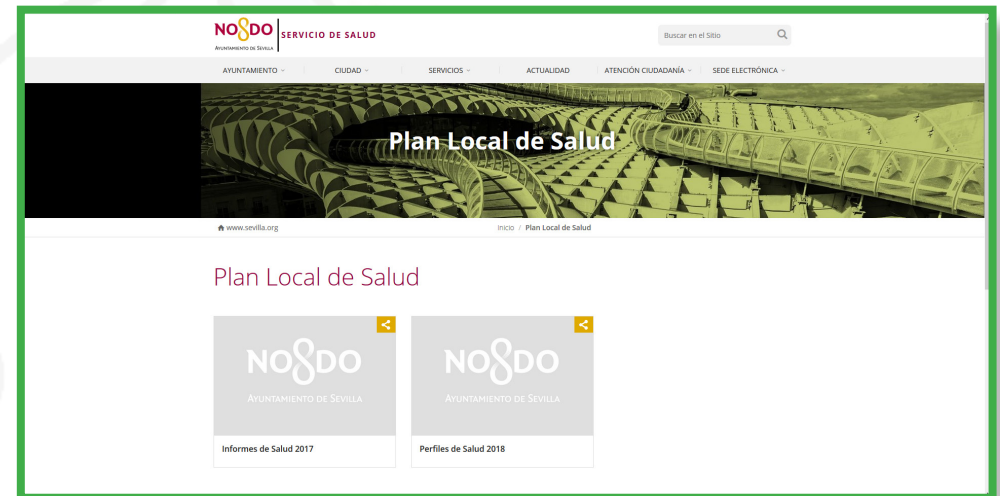
Logotipo: El PLS de Sevilla cuenta con su propio logotipo. El Árbol RELAS con el nombre en su base. Este distintivo se incluye en todas las actuaciones y documentación se realicen en relación al PLS.

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

Ilustración 21: Logotipo del PLS de Sevilla.



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



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

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

**BASADO EN
LOS DETERMINANTES
DE LA SALUD**

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

Por lo tanto...

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

MICHAEL MARMOT

INTERSECTORIAL

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

PARTICIPATIVO

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

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



DELEGACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO
Dirección General de Salud Pública y Protección Animal
Servicio de Salud

Hogar Virgen de los Reyes
C/ Fray Isidoro de Sevilla, 1
CP: 41009 - Sevilla
+34 - 955. 47.29.03
WWW.SEVILLA.ORG

RED ACCIÓN LOCAL DE SALUD

PLAN LOCAL DE SALUD

2019 - 2023



NO8DO

AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo



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

PLAN LOCAL DE SALUD DE SEVILLA

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

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

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

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

WWW.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

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS PLANES DE SALUD

2023

FEBRERO 2019

OCTUBRE 2018

MAYO 2018

OCTUBRE 2017

JUNIO 2017

2016

74

6. Bibliografía

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

7. Glosario de términos y acrónimos

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

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

8. ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Medidas

DATOS:

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

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



Anexo 2: Checklist Implantación

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