

**Distrito:
Triana**

**Plan Local de Salud de Sevilla
2019/2023**

NO8DO

AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo
Dirección General de Salud Pública
y Protección Animal
Servicio de Salud



AUTORÍA:

Luna Rodríguez Pérez.

COORDINACIÓN TÉCNICA:

María Dolores Martínez Ruiz.

Lucía Ruiz López.

SUPERVISIÓN:

Antonio Sánchez Tosina.

Director General de Salud Pública y Protección Animal.

Fernando Martínez-Cañavate García-Minas.

Jefe del Servicio de Salud.

María Dolores Martínez Ruiz.

Jefa de la Sección de Promoción de Salud.

EQUIPO TÉCNICO:

Grupo Motor Territorial.

APORTACIONES ESPECIALES:

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

EDITA:

Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

Área de Bienestar Social y Empleo.

Dirección General de Salud Pública y Protección Animal.

Servicio de Salud.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Samuel Damián Palenzuela Pérez.



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



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

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

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

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

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

Juan Espada Cejas

Alcalde de Sevilla



Índice

| | | | |
|---|----|--|----|
| 1. Marco normativo y conceptual | 4 | 4.2. Listado de problemas priorizados | 52 |
| 2. Misión, visión y principios rectores | 9 | 4.3. Plan de Acción | 52 |
| 3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla | 11 | 1. Línea de Estilos de Vida | 53 |
| 3.1. Fase Inicial | 12 | 2. Línea de Entorno Social | 57 |
| 3.2. Fase de Perfil de Salud | 16 | 3. Línea de Entorno Medioambiental | 61 |
| 3.3. Fase de Priorización | 18 | 4. Línea de Desigualdades Socioeconómicas | 64 |
| 3.4. Fase de Plan de Acción | 19 | 5. Plan de Comunicación | 68 |
| 3.5. Fase de Implantación | 20 | 6. Bibliografía | 72 |
| 3.6. Evaluaciones | 22 | 7. Glosario de términos y acrónimos | 73 |
| 4. Documentos | | 8. ANEXOS | |
| 4.1. Perfil de Salud | 23 | Anexo 1: Ficha de Medidas | 75 |
| 4.1.1. Informe de Salud | 24 | Anexo 2: Checklist Implantación | 76 |
| 4.1.2. Análisis Técnico Sectorial | 48 | | |
| 4.1.3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía | 49 | | |



1. Marco normativo y conceptual

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

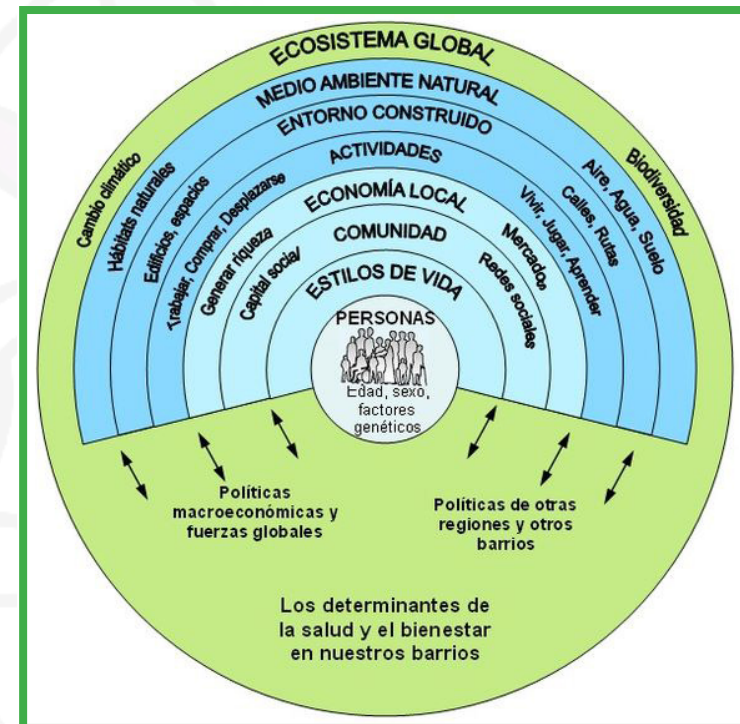
Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa hace 30 años, pasando por las de Adelaida y Helsinki, hasta la última de noviembre 2016 en Shanghái, se han ido dando pasos para ir enriqueciendo, adaptando y actualizando este concepto de Salud a la sociedad actual.

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

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

(Wilkinson and Marmot, 2003)

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



Europa

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

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

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

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

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

España

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

Andalucía

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



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

Artículo 40. La autonomía local en salud pública.

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

Artículo 41. El Plan Local de Salud.

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

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

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

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

Ilustración 2: Fases de la metodología RELAS.



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

Las **fases** son las siguientes:

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

2. Misión, visión y principios rectores

2.1. Misión

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

2.2. Visión

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

2.3. Principios rectores

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



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

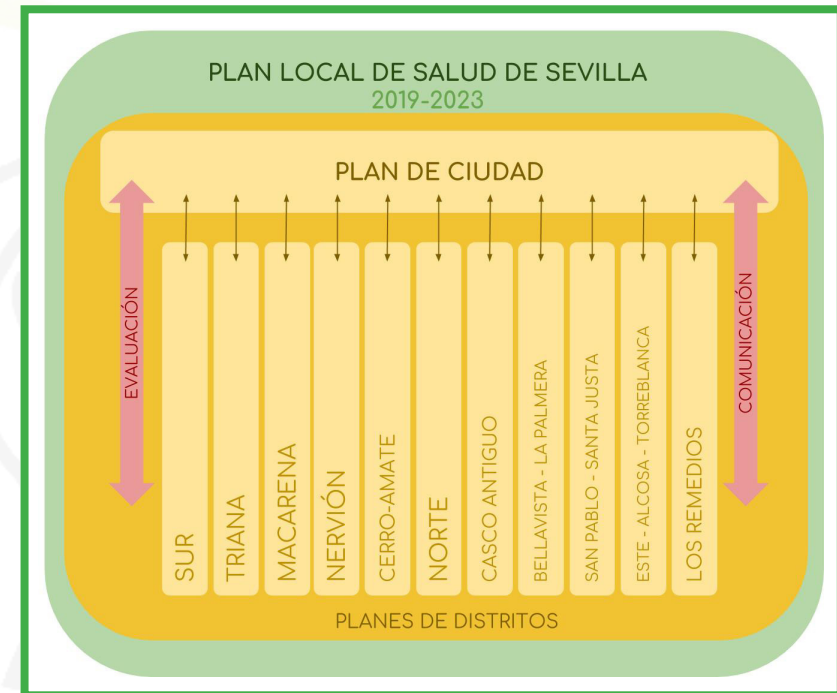
3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla

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

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

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

Ilustración 3: Estructura del PLS de Sevilla.



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



Ilustración 4: Línea temporal de los principales hitos.



3.1. Fase Inicial

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

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



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

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

Para la coordinación de la Red Local de Acción en Salud (RELAS) en Sevilla se constituye un grupo estratégico, con el nombre de '**Grupo Sevilla**'. Formado por referentes del Ayuntamiento (Servicio de Salud, Sección de Promoción de Salud), 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.

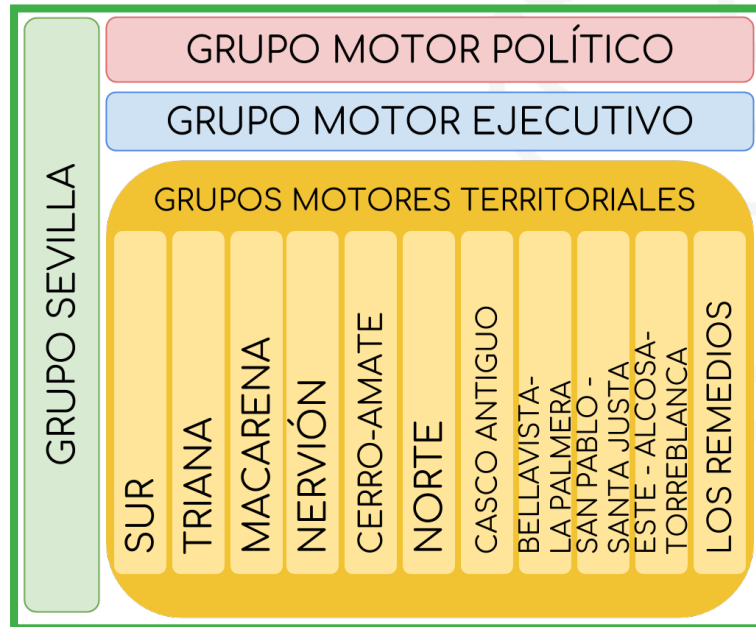


Imagen de Reunión del Grupo Sevilla (2017).



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. Se ha optado por la creación de un grupo en cada distrito municipal dado, las características tanto demográficas, geográficas, socioeconómicas, organización municipal, etc. de esta ciudad. Estos grupos están liderados por los y las profesionales de las Unidades de Promoción de Salud (UPS) del Servicio de Salud, a los que previamente se impartió una sesión de formación específica.

Las funciones del GMT son:

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

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

representados profesionales de diversos sectores: educación, salud, servicios sociales, deportes, participación ciudadana, etc. tanto de la administración local como autonómica.

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

| ENTIDADES |
|--|
| Unidad de Promoción de la Salud Triana - Los Remedios (U.P.S.) |
| Servicio de Salud - Sección Promoción de la Salud |
| Servicios Sociales. U.T.S. Triana - Los Remedios |
| Centro Cívico Las Columnas |
| Instituto Municipal de Deportes (I.M.D) |
| Unidad de Gestión de Salud Pública. Sevilla |
| Centro de Salud El Cachorro |
| Centro de Salud Amante Laffon |
| E.I. Torretriana |
| C.E.I.P. San José de Calasanz |
| C.E.I.P. José María del Campo |
| I.E.S. Triana |

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 **16 de octubre 2017 en el Centro Cívico Las Columnas**. 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'**.

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

El 13 de noviembre de 2017 en el IES Gustavo Adolfo Bécquer se realizó un taller de formación sobre la técnica, en el que se organizó la tarea de realizar los grupos nominales ciudadanos. Las personas del GMT aprendieron la técnica de Grupos Nominales, con el objetivo de que estas mismas personas la utilicen con grupos ciudadanos (infancia, juventud, adultez, mayores) para reflejar los problemas y las necesidades sentidas por la ciudadanía del distrito.

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

3.3. Fase de Priorización

Para la priorización de los problemas identificados en el distrito, el equipo de coordinación técnica del PLS, elabora un listado con los problemas que se identifican en las distintas partes documento del Perfil de Salud: Informe de Salud, Análisis Técnico Sectorial y los Grupos Nominales. Se realiza entonces un taller el día 17 de Mayo de 2018 en el que participan las personas del GM del distrito, donde se explica la técnica de priorización y se aplica al listado de problemas ya elaborado.

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

Taller de Priorización.



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

3.4. Fase Plan de acción

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

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

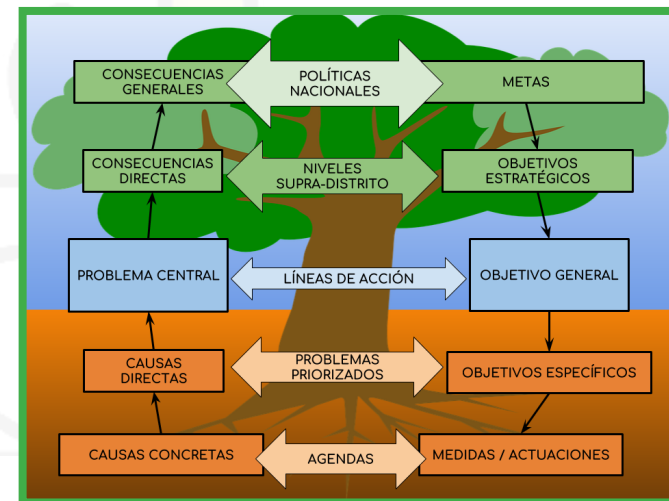
La fórmula para calcular la puntuación de cada ítem es: $(M+S+F) \times P$

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

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

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

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.

Taller Plan de Acción.



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

3.5. Fase Implantación

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

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

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

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

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

Ilustración 7: Esquema contenido de agenda.



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

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

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

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

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

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

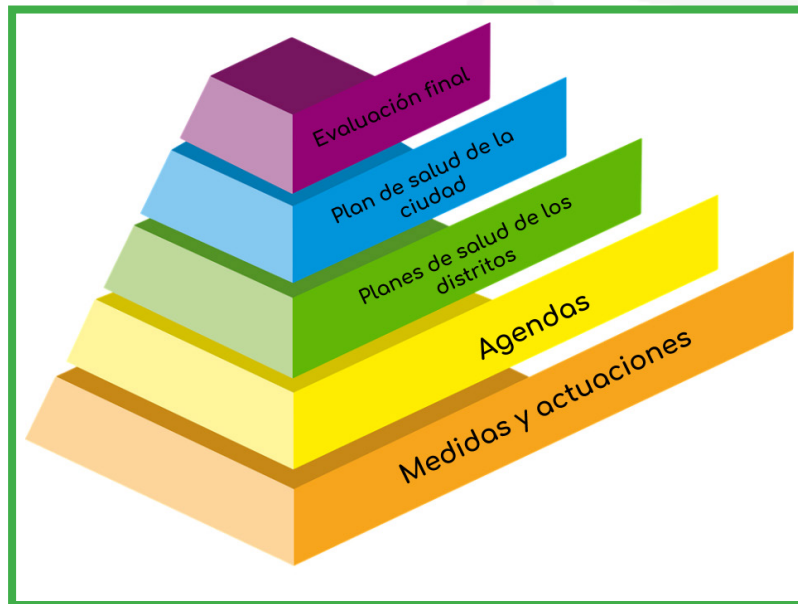
Estas medidas se incluyen en una Agenda en la que se valora los posibles resultados impactos directos o indirectos que estas acciones o actividades tengan sobre la salud de la ciudadanía.

3.6. Evaluaciones

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

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

Ilustración 8: Niveles de Evaluación.



Evaluaciones según los momentos:

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

Evaluaciones según los objetivos:

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

4. Documentos

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

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

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

4.1. Perfil de Salud

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

4.1.1. Informe de Salud

A. División administrativa

Incluye:

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

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

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



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

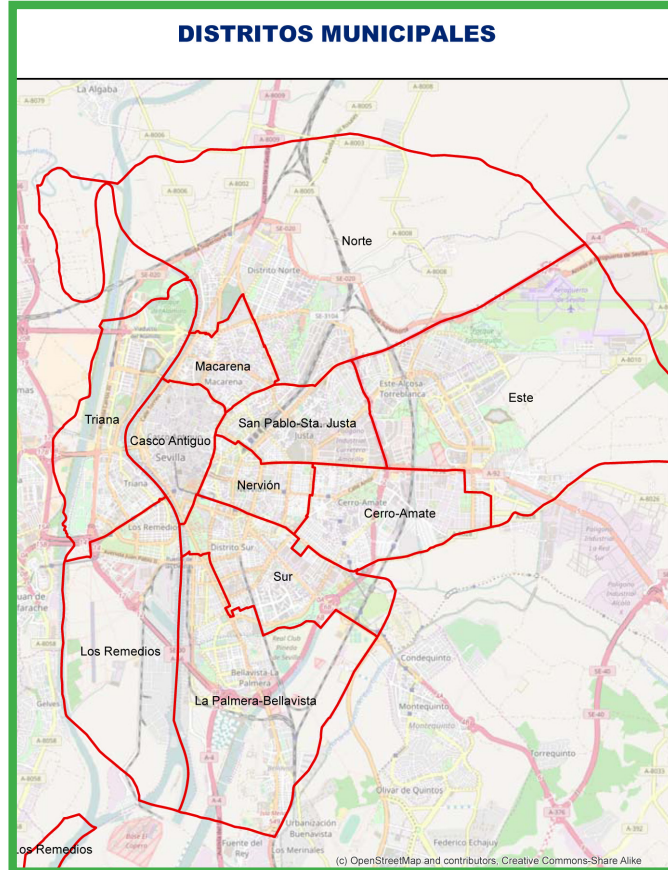
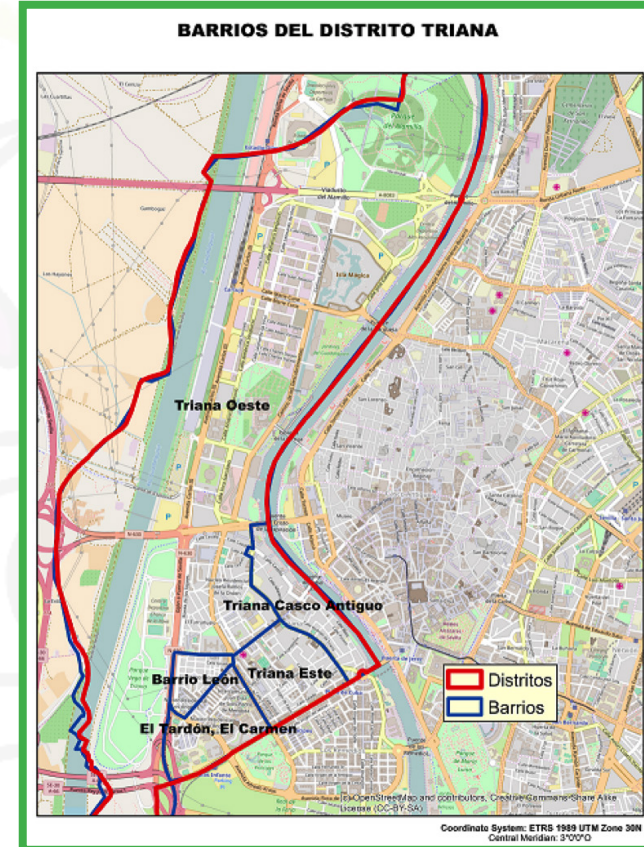


Ilustración 10: Extensión geográfica de los barrios del Distrito.



B. Datos socio-demográficos

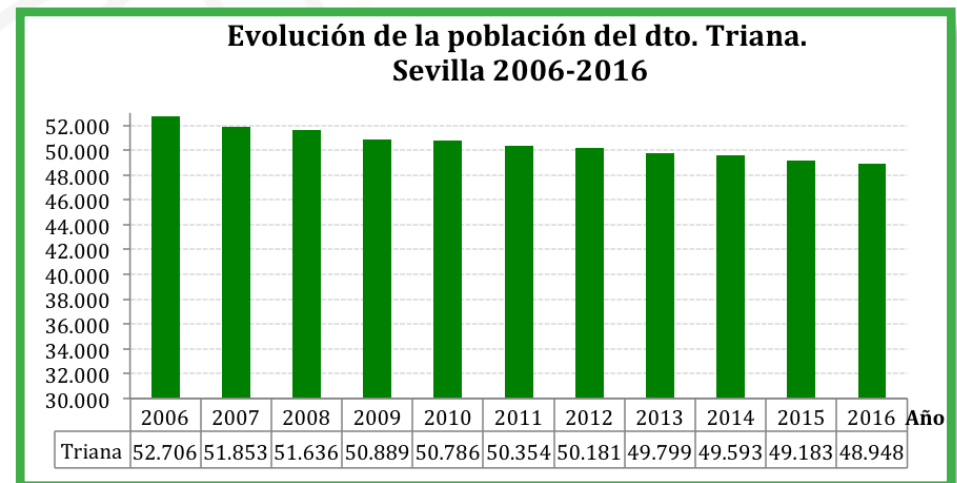
Con un total de 48.948 habitantes, el 7% del total de Sevilla, Triana es el tercer distrito con menos población. Su superficie no es muy extensa. Es el distrito cuya densidad de población se parece más a la media de la ciudad.

La población del distrito ha disminuido en la última década en 3.758 habitantes.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

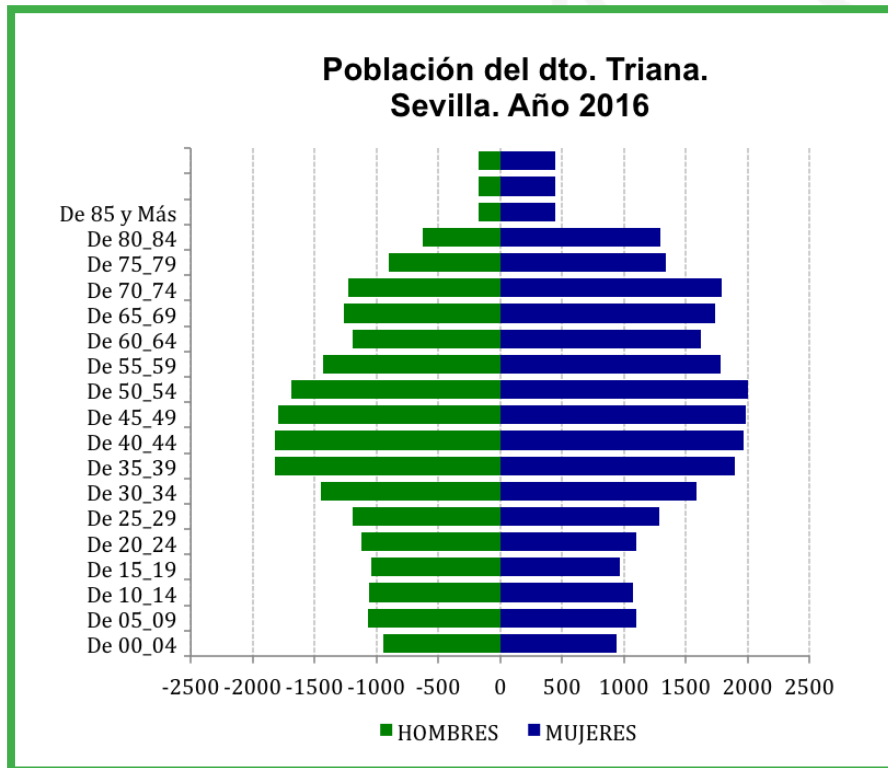
| Distrito | Superficie (Km ²) | Población | Densidad (Hab./Km ²) |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------|----------------------------------|
| Casco Antiguo | 4,23 | 59.081 | 13.967,14 |
| Macarena | 3,17 | 74.980 | 23.653,00 |
| Nervión | 3,20 | 51.117 | 15.974,06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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



La población actual representada en una pirámide indica la misma tendencia que la ciudad, una población envejecida. Coincidiendo con los barrios más poblados, casi dos tercios de las personas mayores del distrito (un 64,7%) se sitúan en Triana Oeste y Triana Este con el 34,2% y 30,5% respectivamente.

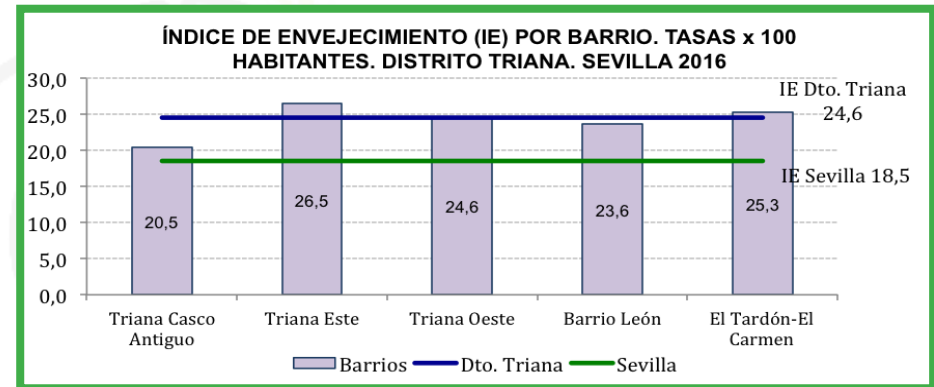
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Indicadores demográficos relativos al envejecimiento poblacional

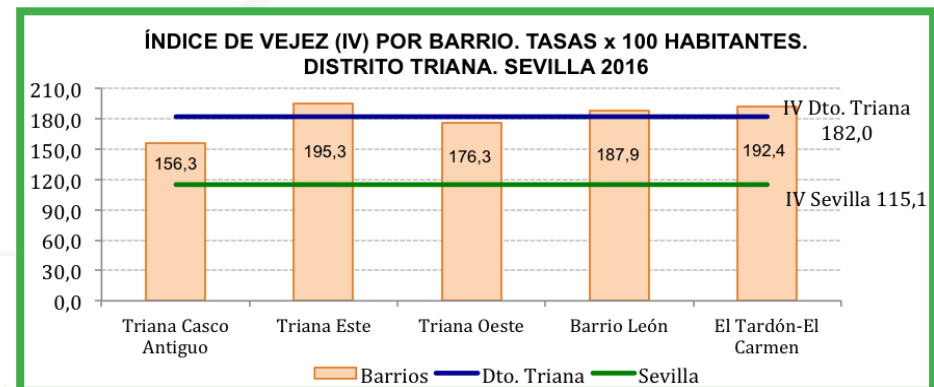
El **Índice de Envejecimiento** relaciona la población mayor de 64 años con la población total en porcentajes.

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.

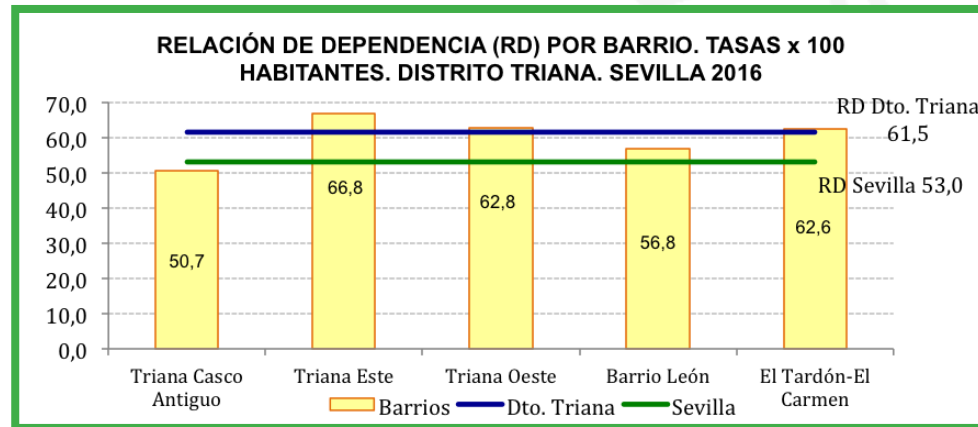


La **Relación de Dependencia** se refiere al cociente entre la población inactiva (población menor de 16 y mayor de 64 años) y la población activa (entre 16 y 64 años) multiplicado por cien.

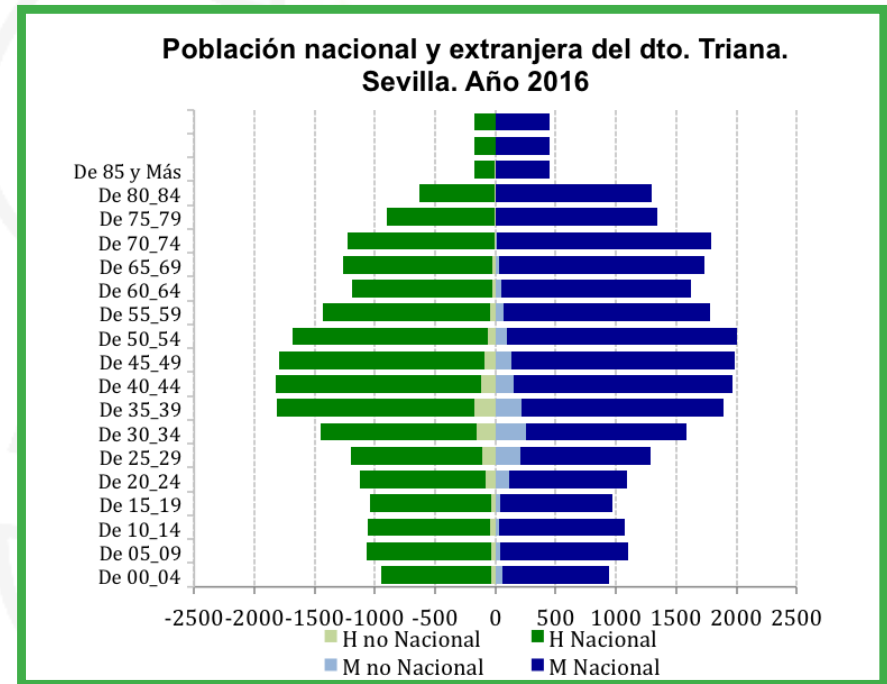
Población Extranjera

De los casi 36.000 habitantes que constituyen la población extranjera de la ciudad, en el distrito Triana encontramos 2.575 personas de ambos sexos, es decir el **7,2% del total de la población extranjera de la ciudad.**

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

La distribución en el distrito Triana 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 África se ha distinguido Marruecos por ser esta nacionalidad predominante con diferencia del resto del continente africano.

En este distrito la población extranjera es ampliamente femenina. La mayoría de esta población procede de Europa Occidental, América del Sur y Asia.

A pesar de que los barrios Triana Oeste y Este son los más poblados, el barrio que más población extranjera tiene es Triana Casco Antiguo, con aproximadamente un 9%, de ella un 40% proceden de Europa Occidental. En los dos barrios primeros se concentran el 70% de las personas oriundas de Asia. Mientras que en EL Tardón - El Carmen el 36% de esta población procede de América del Sur.

| Procedencia de la Población Extranjera Residente en el Distrito | | | | |
|--|----------------|----------------|--------------|------------------------------|
| Procedencia | Hombres | Mujeres | Ambos | % Extranjeros (Ambos) |
| Europa Occidental | 337 | 369 | 706 | 27,4 |
| América del Sur | 240 | 346 | 586 | 22,8 |
| Asia | 168 | 253 | 421 | 16,3 |
| Europa del Este | 101 | 217 | 318 | 12,3 |
| Resto de América | 89 | 210 | 299 | 11,6 |
| Marruecos | 83 | 73 | 156 | 6,1 |
| Resto de África | 34 | 24 | 58 | 2,3 |
| Otros | 16 | 15 | 31 | 1,2 |
| Total | 1068 | 1507 | 2575 | 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 **Triana**, la agrupación de barrios ha sido la siguiente:

- Agrupaciones 13 y 50: “El Tardón - El Carmen” y “Triana Oeste”, ambos con **nivel socioeconómico 3**.
- Agrupaciones 48 y 49: “Triana Casco Antiguo” y “Triana Este - Barrio León” con **nivel socioeconómico 2**.

Los siguientes mapas recogen esta información, así como el índice basado en los datos de 2001 y los cambios producidos en el periodo analizado. Como vemos, el nivel ha subido 1 punto en “Triana Casco Antiguo”, mientras que para el resto se ha mantenido en el mismo nivel de 2001.

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



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



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



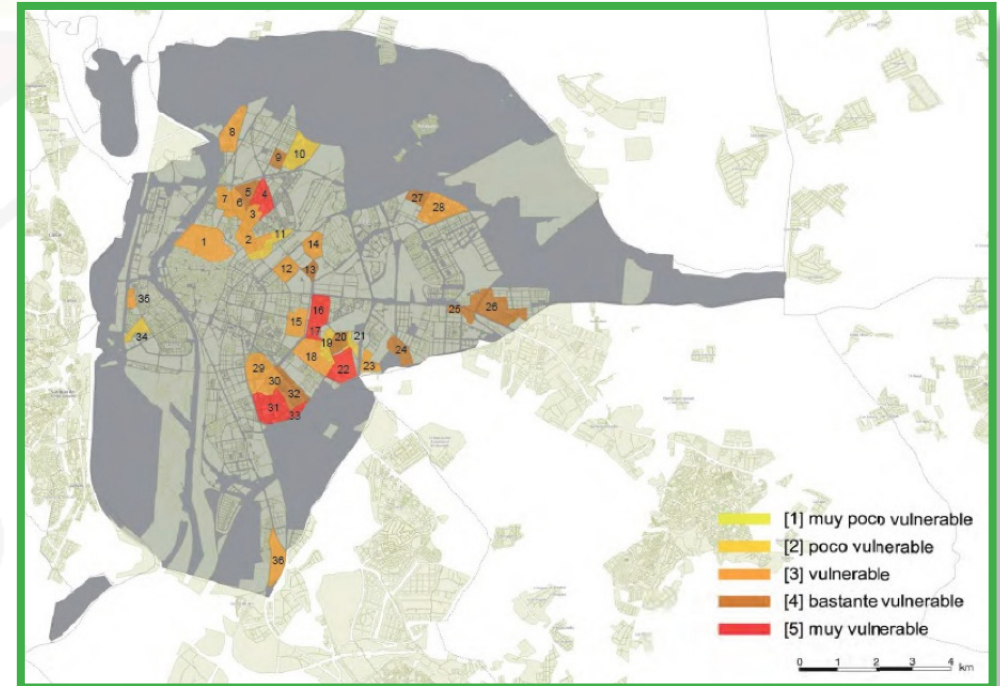
Barrios vulnerables

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.

Tal y como vemos en el mapa, los barrios “El Tardón - El Carmen” y “Triana Oeste” del distrito Triana aparecen como zonas vulnerables en este estudio.

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



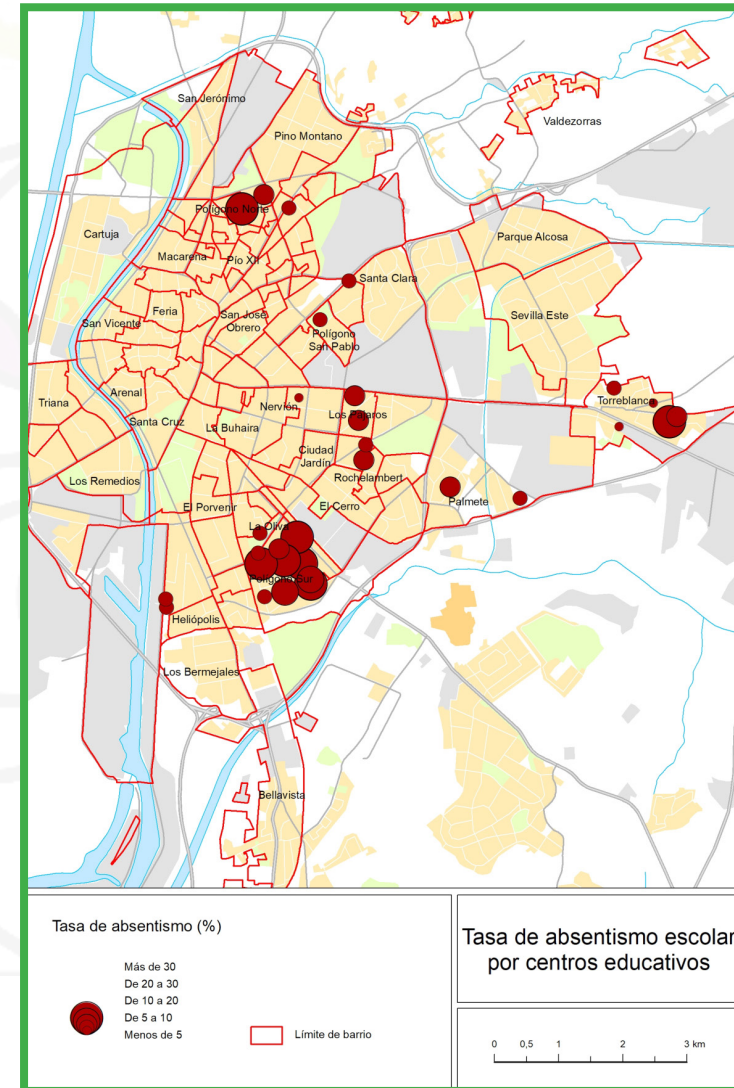
Absentismo Escolar

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

| Memoria de absentismo (curso 2015-16) | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------|-------------|-----------------------|
| Distrito | Subcomisión | Absentistas | | Menores Escolarizados |
| Sur | Polígono Sur | 441 | 20,2% | 2185 |
| Este - Alcosa - Torreblanca | Torreblanca - Palmete | 221 | 6,2% | 3416 |
| Cerro - Amate | Tres Barrios - Amate | 146 | 6,1% | 2381 |
| Macarena | Polígono Norte | 113 | 5,7% | 1993 |
| Nervión | Nervión - San Pablo | 40 | 2,0% | 1980 |
| Cerro - Amate | Rochelambert | 40 | 1,6% | 2536 |
| Macarena | Macarena | 38 | 1,1% | 3563 |
| Norte | Los Carteros - San Jerónimo | 55 | 1,1% | 5185 |
| Sur | Sur | 46 | 0,5% | 8415 |
| San Pablo - Santa Justa | Carretera Carmona - La calzada | 32 | 0,5% | 6370 |
| Este - Alcosa - Torreblanca | Parque Alcosa - Polígono Aeropuerto - Sevilla Este | 35 | 0,5% | 7496 |
| Triana y Los Remedios | Triana - Los Remedios | 18 | 0.2% | 7539 |
| Casco Antiguo | Casco Antiguo | 12 | 0.2% | 6452 |
| | Totales | 1227 | 2,1% | 59511 |

Ilustración 15: Distribución geográfica del absentismo en Sevilla.



Personas en situación de dependencia

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

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

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

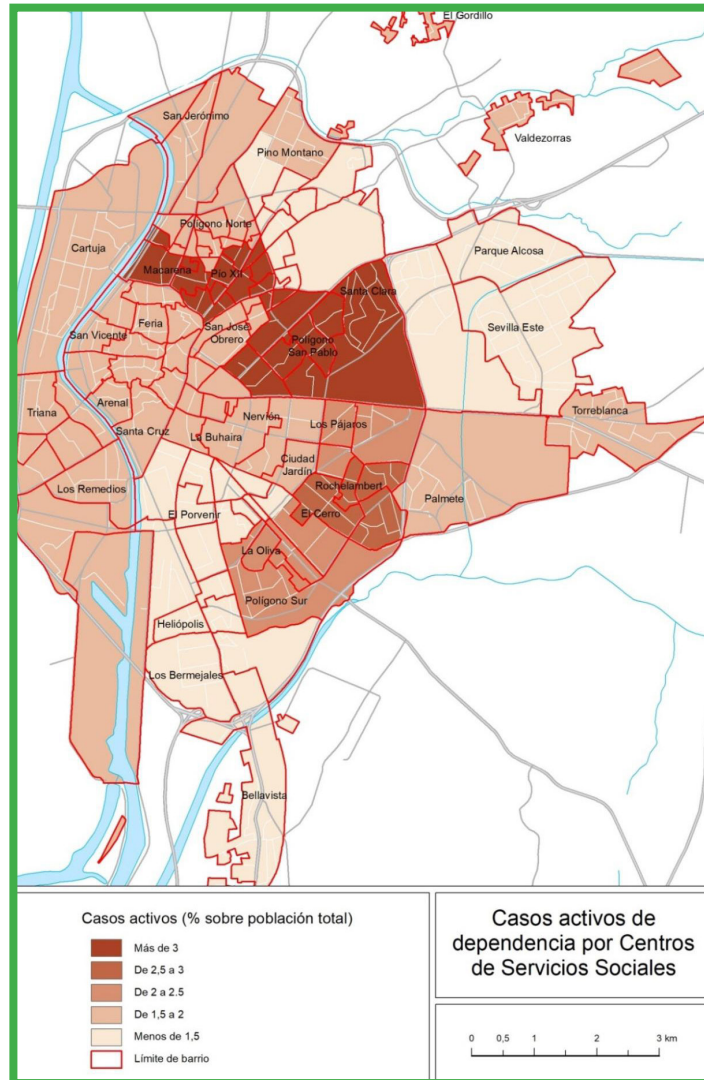
Debemos destacar casos que aunque no suponen un número absoluto muy elevado, sí resultan significativos en cuanto al porcentaje respecto de la población. En este grupo estarían Cerro - Su Eminencia, 2,6%, Tres Barrios - Amate, 2,2%, o Polígono Sur, este último registra un número significativamente menor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

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

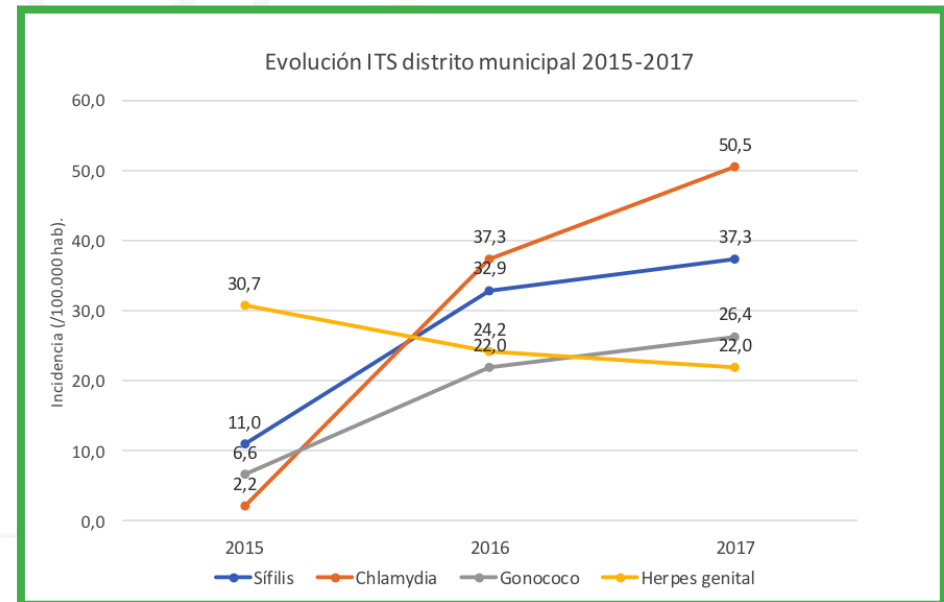
Ilustración 16: Distribución geográfica de los casos de dependencia activos.



D. Morbilidad

En el distrito Triana las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** son las EDOs que presentan unas tasas de declaración más altas con respecto a otros grupos de EDO (TB e inmunoprevenibles). De mayor a menor incidencia identificamos chlamydia, seguida de sífilis e infección gonocócica. La incidencia de las tres ITS en este distrito es inferior a Sevilla ciudad. Al comparar los distintos CS del distrito observamos diferente distribución de estas enfermedades, alcanzando los valores más altos en El Cachorro para las cuatro ITS.

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.



Las **enfermedades inmunoprevenibles** en este distrito presentan en general una incidencia inferior a Sevilla. Se ha producido un aumento de la incidencia de parotiditis en 2017 en ambos centros y de sarampión en El Cachorro. Al igual que en otros centros se ha producido un aumento de la incidencia de hepatitis A en 2016 y 17.

La **tuberculosis** en este distrito presenta una incidencia ligeramente inferior a Sevilla ciudad, siendo algo más altas en Amante Laffón (promedio 2015-17).

Coberturas vacunales

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.

| UGC/CAP | Vacunación completa a los 2 años | Vacunación con 2 dosis TV |
|---------------|----------------------------------|---------------------------|
| Amante Laffón | 99,5% | 98,5% |
| El Cachorro | 97,8% | 99,3% |

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 municipal diferencias por CS, presentando la población de Amante Laffón un mayor riesgo de ingreso por PQI16 que la población perteneciente al CS El Cachorro.

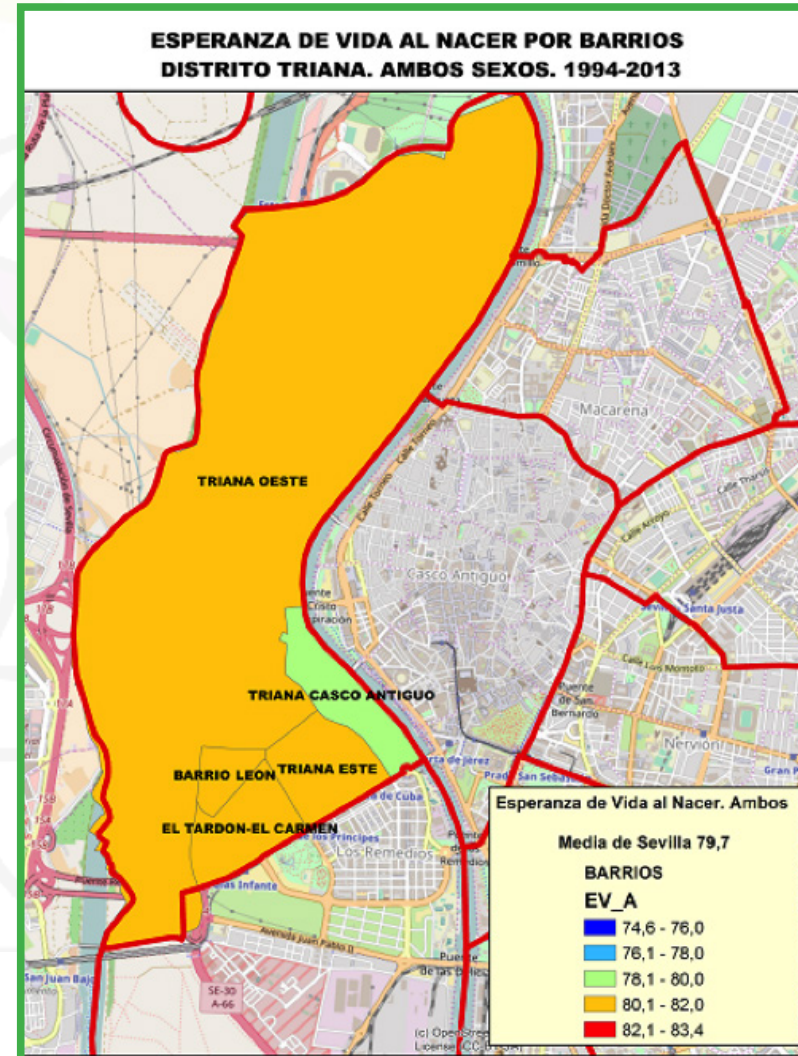


E. Mortalidad

El distrito Triana ha registrado, en el periodo 2011-2014, una **esperanza de vida al nacer** para ambos sexos de 82,5 años, un año más que la media de la ciudad. Analizando estos datos por sexo, encontramos que las mujeres del distrito Triana tienen, con 86,3 años, uno de los valores de esperanza de vida más altos de todos los distritos; para los hombres este indicador se sitúa en la media de la ciudad.

Por barrios, y analizando los datos del periodo 1994-2013, la esperanza de vida al nacer se sitúa entre 80 y 82 años, salvo para Triana Casco Antiguo con dos años menos.

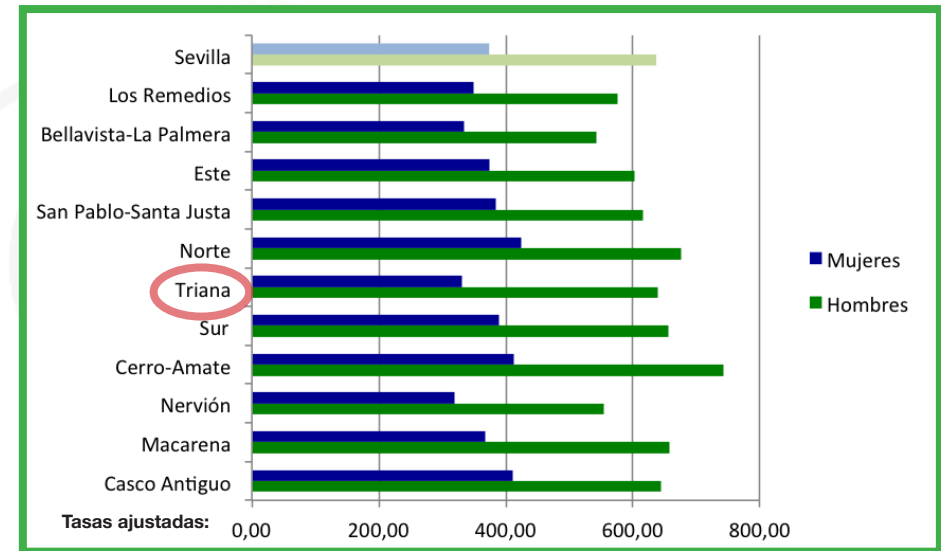
Ilustración 17: Distribución geográfica de la esperanza de vida al nacer en los barrios del distrito.



El distrito Triana ha registrado, en el periodo 2011-2014, una **Tasa Ajustada de Mortalidad General** por 100.000 habitantes similar a la media de la ciudad para los hombres y ligeramente inferior entre las mujeres. En el periodo 2011-2014, las tasas de mortalidad por grandes grupos de causas en el distrito fueron más bajas que las del conjunto de la ciudad, tanto para hombres como para mujeres.

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

Fuente: IECA. Elaboración propia.



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

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

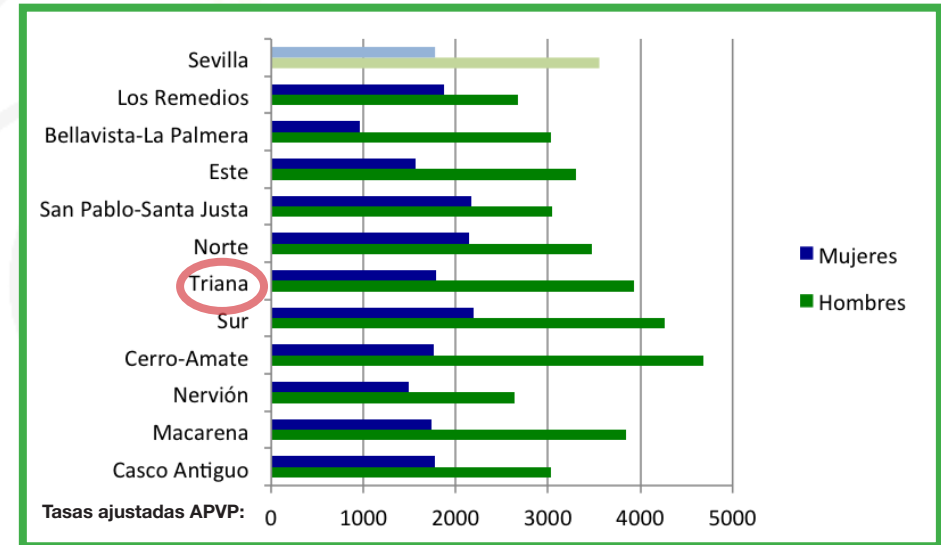
Considerar la edad a la cual mueren las personas y no sólo el evento mismo de la muerte permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren en diferentes momentos de la vida.

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

En el caso del distrito Triana, este indicador está en línea con el de la ciudad para las mujeres, y es más elevado para los hombres.

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 muy similares 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.

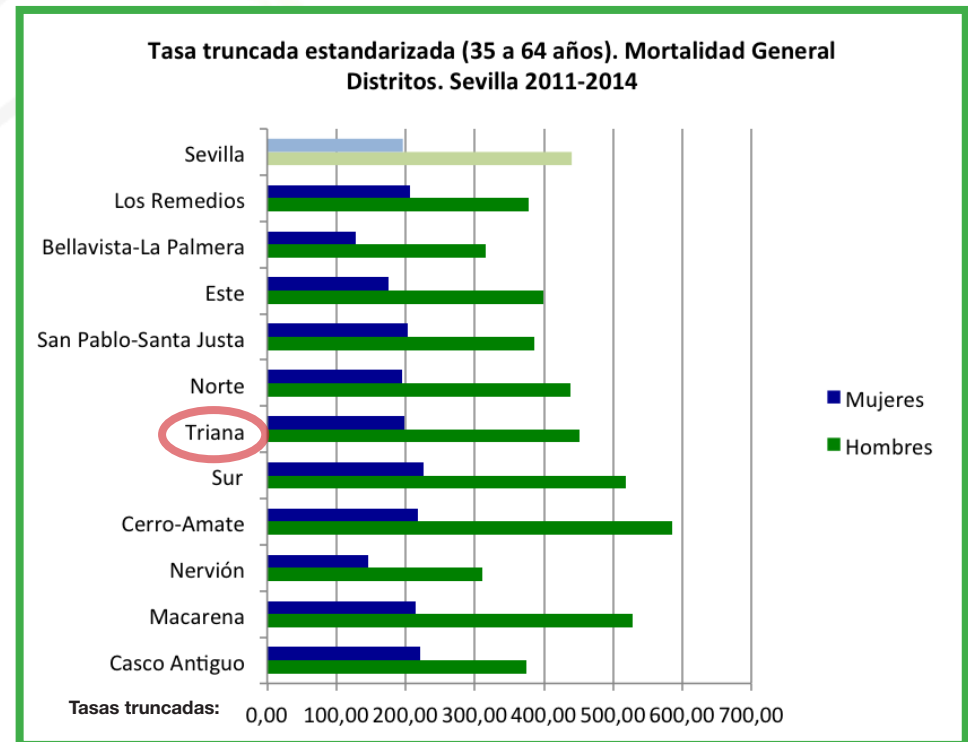
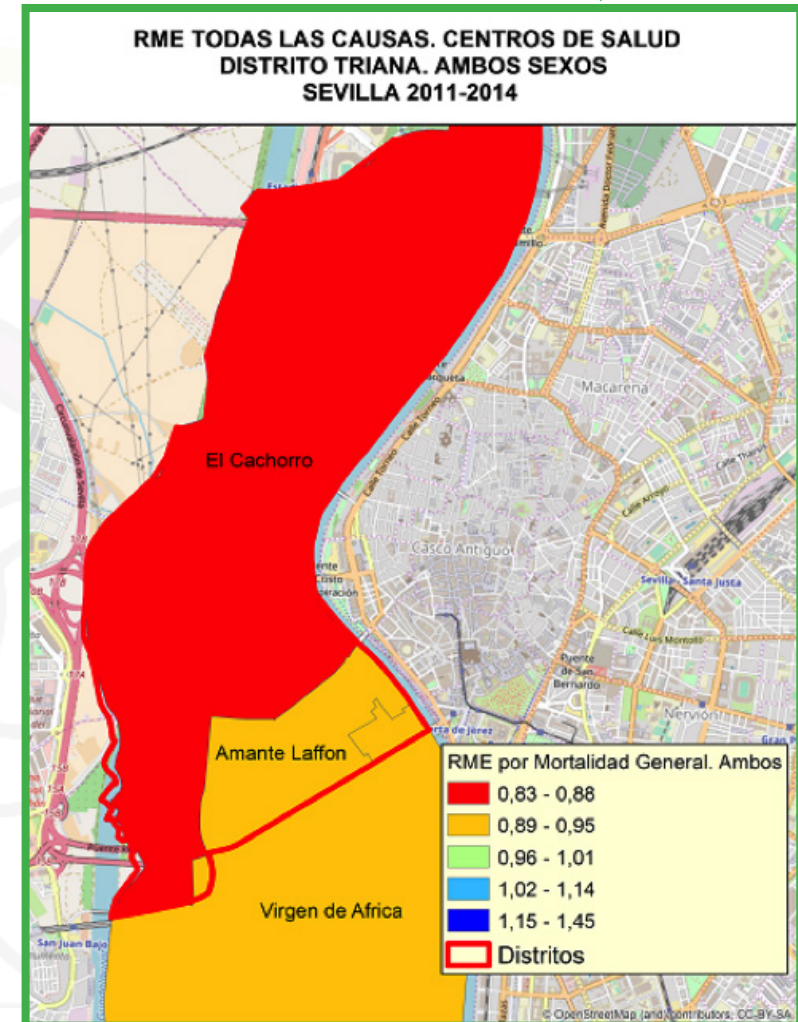


Ilustración 18: Distribución geográfica de la RME Mortalidad General por centros de salud.

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

En general en el distrito se obtienen valores de la RME para la mortalidad general muy próximos a 1, indicando que el número de muertes observadas es similar al esperado, una situación especialmente clara en el barrio Triana Oeste. En los tres centros de salud de este distrito los valores de RME para todas las causas son inferiores a 1, es decir, se observan menos muertes que la media de la ciudad.



F. Entorno Medioambiental

Zonas verdes: A partir de los datos de parques y jardines por distritos recogidos en la siguiente tabla, calculamos que el distrito Triana cuenta con 26,2 m² de zonas verdes por habitante, una cifra muy superior a la media de la ciudad, que se sitúa en 14 m²/Hab. Con este dato el distrito prácticamente duplica las recomendaciones de la OMS (entre 10 y 15 m² como mínimo).

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

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

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

Ilustración 19: Distribución geográfica de la red de carril bici y estaciones SEVICI.



Zonas acústicamente saturadas: En relación al ruido, en el distrito se ha identificado una zona acústicamente saturada.

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

Ilustración 20: Distribución geográfica de las zonas acústicamente saturadas.

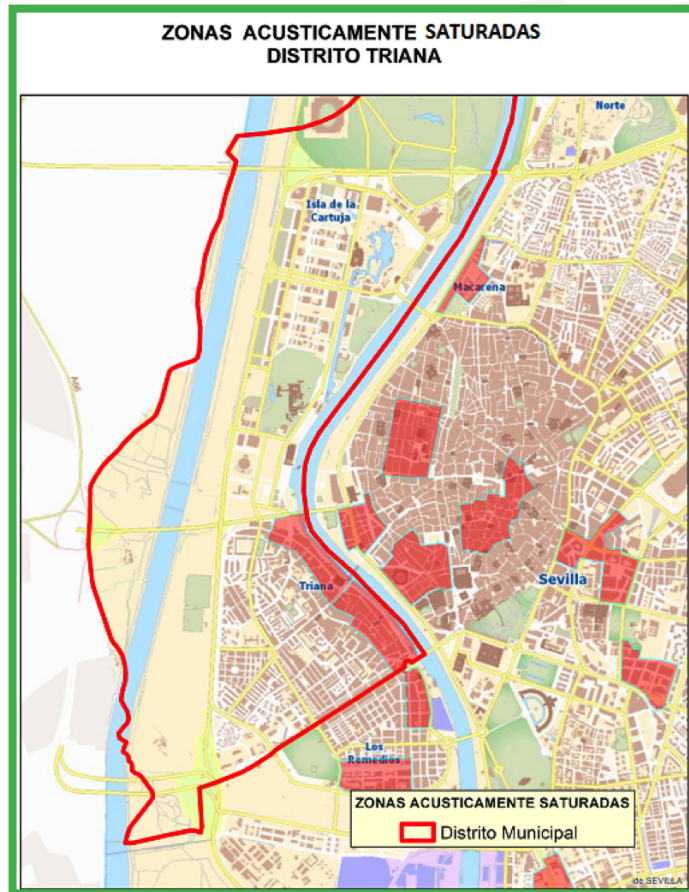
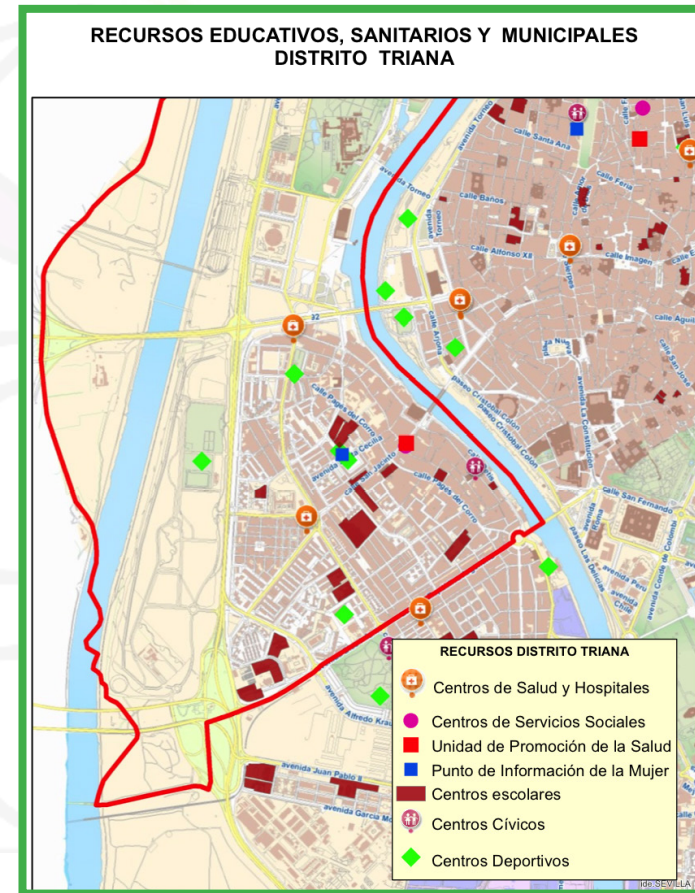


Ilustración 21: Distribución geográfica de los recursos existentes en el Distrito.



G. Estilo de vida

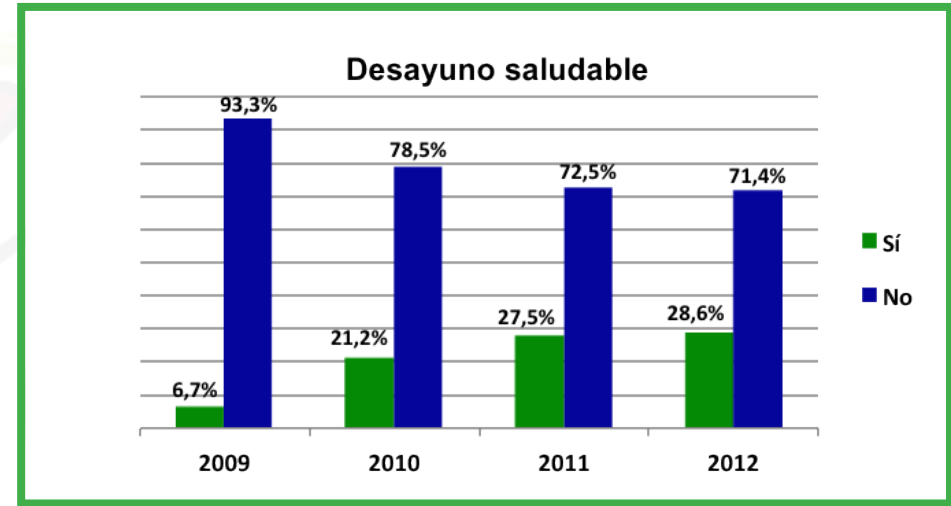
No disponemos de esta información desagregada por barrios, por lo que los datos que aquí aportamos corresponden a toda la ciudad y en algunos casos a la provincia de Sevilla.

La alimentación

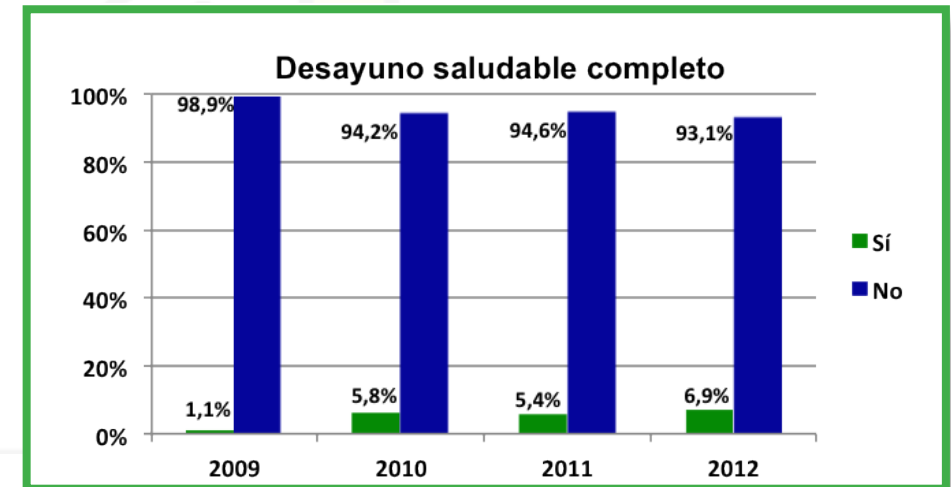
En la ciudad de Sevilla, disponemos de datos sobre hábitos de alimentación de escolares de Educación Primaria procedentes de estudios propios (Servicio de Salud, Ayto. de Sevilla, 2009 a 2012):

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

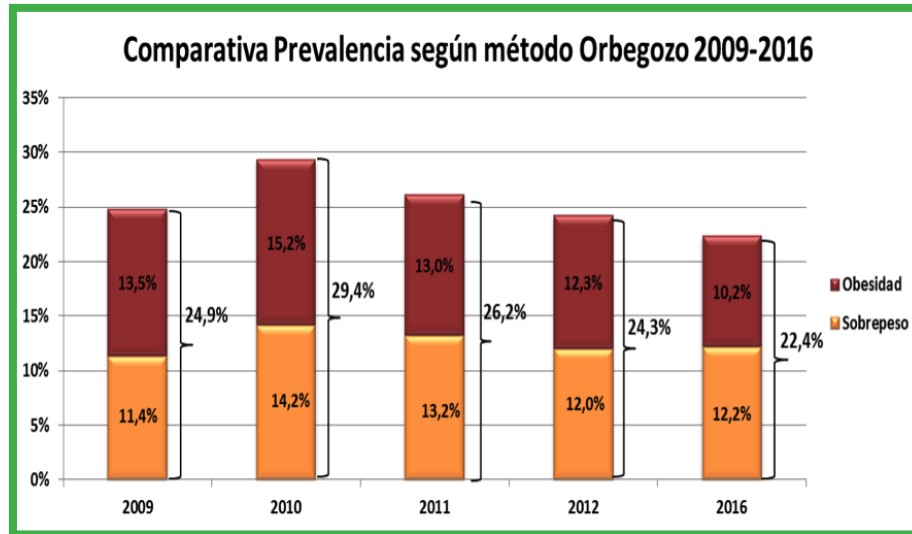
Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



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



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



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

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

Sobrepeso y obesidad infantil

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

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

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



Actividad física

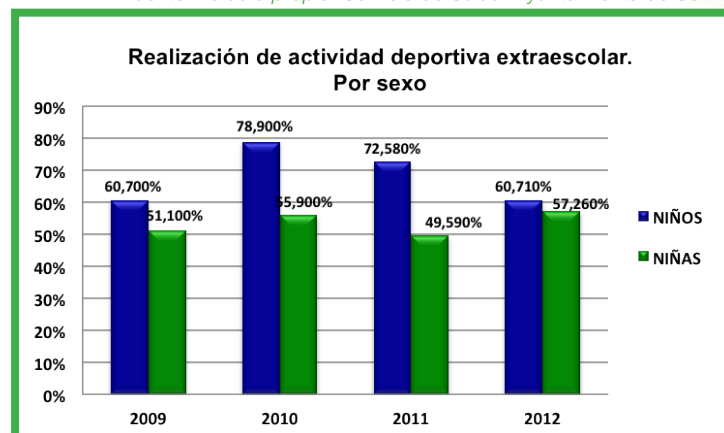
Respecto a la población infantil y adolescente de Andalucía, en el año 2011, el 18,2% no realizaba actividad física -niñas (20,7%), niños (15,8%)-. Según aumentó la edad de la población disminuyó el sedentarismo. Desde 1999 la población sedentaria ha disminuido: de un 20,2% en 1999 a un 18,2% en 2011.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

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

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

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

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



Sexualidad

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

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

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

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

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



4.1.2. Análisis Técnico Sectorial

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

Estilos de Vida

Consumo de tabaquismo a edades tempranas.

Elevado consumo de drogas a edades tempranas.

Sedentarismo infantil.

Falta de desayunos saludables.

Embarazos en jóvenes.

Existencia de enfermedades de transmisión sexual.

Estilos de vida pocos saludables.

Consumo de comida precocinada.

Bajo consumo de frutas y verduras.

Alto consumo de sustancias tóxicas.

Alto consumo de medicamentos antidepresivos.

Entorno Social

Venta de drogas en distintos puntos del distrito.

Escasa percepción de las personas del bajo nivel de pobreza en que viven.

Entorno Social

Falta de actividades lúdicas para menores con problemas psicosociales.

Falta de conciencia de que poseen un bajo nivel económico.

Bajo nivel de instrucción en población juvenil como consecuencia del analfabetismo de sus padres y madres.

Entorno Medioambiental

Falta de fuentes públicas potables.

Alto índice de personas inmovilizadas.

Barreras arquitectónicas en domicilios de personas mayores y dependientes.

Dificultades para acceder a los espacios públicos las personas con escasa movilidad.

Acerados estrechos en el distrito.

Escasas instalaciones deportivas públicas en mar de Plata y la Vega de Triana.

Excrementos de animales. Suciedad en las calles.

Insuficiente transporte público al centro de la ciudad e incluso dentro del propio distrito.

Falta de zonas verdes y falta de sombra en primavera y verano.

Entorno Medioambiental

Contaminación y saturación acústica en espacios públicos.

Suciedad en las calles.

Aglomeración del espacio público de personas como consecuencia de las terrazas ubicadas en los bares y restaurantes de la zona.

Excesivo tráfico y como consecuencia aumento del riesgo de accidentes para las personas mayores en el cruce de la carretera.

Difícil acceso por la distancia a zonas verdes y parques (Alamillo).

Ausencia de bancos en plazas y calles.

Insuficientes transportes públicos.

Barreras urbanísticas.

Pisos con poca accesibilidad. Falta de ascensores. Infraviviendas.

Barreras arquitectónicas dentro del domicilio por los escasos recursos económicos.

Servicios Sanitarios

Alta presencia de problemas de salud mental sin atención médica y psicológica adecuada.

Desigualdades Socioeconómicas

Bajas pensiones económicas en personas mayores y personas que viven solas.

4.1.3. 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 | Mucha desigualdad entre hombres y mujeres. |
| 2º | Muchas familias que viven en malas condiciones. |
| 3º | Falta de acceso a alimentos básicos por parte de algunas familias. |
| 4º | Muchas personas que no pueden comprar las medicinas cuando enferman. |
| 5º | Muchas personas incívicas. |
| 6º | No hay dentistas gratuitos. |
| 7º | No hay piscinas públicas gratuitas. |
| 8º | Muchas botellonas. |
| 9º | No hay reparto equitativo del dinero. |
| 10º | Muchas familias con pocos recursos económicos. |

| Necesidades Sentidas Grupo de Jóvenes | |
|---------------------------------------|--|
| 1º | Se hace un uso excesivo de vehículos de motor, en vez de bicicletas. |
| 2º | Faltan sitios de encuentro para jóvenes. |
| 3º | Zonas deportivas públicas para jóvenes. |
| 4º | Que haya más fuentes y bancos. |
| 5º | Que haya más árboles. |
| 6º | Medidas para proteger el medio ambiente y la capa de ozono. |
| 7º | Falta de iluminación en la calle por la noche. |
| 8º | Contaminación del aire. |
| 9º | Parques públicos en mejor estado. |
| 10º | Que haya más papeleras por las calles. |

| Necesidades Sentidas Grupo de Personas Adultas | |
|--|---|
| 1º | El acerado. Socavones que implican caídas. |
| 2º | Mala educación para la salud. |
| 3º | Ausencia de fuentes de agua pública, y las pocas que hay están estropeadas. |
| 4º | Falta de atención a personas dependientes. |
| 5º | Falta de recursos para la atención de enfermos mentales. |
| 6º | Excesiva contaminación de tráfico rodado, fundamentalmente autobuses diésel viejos y ciclomotores de dos tiempos. |
| 7º | No hay contenedores para reciclar el aceite. |
| 8º | Desaprovechamiento de los conocimientos de las personas mayores. |
| 9º | Hay mucha contaminación acústica. |
| 10º | Falta de desfibriladores en espacios públicos. |

| Necesidades Sentidas Grupo de Personas Mayores | |
|--|---|
| 1º | Falta de seguridad en la vía pública. |
| 2º | No cobrar los servicios de información telefónica del Ayuntamiento. |
| 3º | Evitar la invasión por el aparcamiento de coches en los accesos de las personas con movilidad reducida. |
| 4º | Poda de árboles y ramas con más frecuencia. |
| 5º | Más centros para personas mayores. |
| 6º | Mejora de las canalizaciones (husillos) en los pasos de peatones. |
| 7º | Más frecuencia en los transportes públicos. |
| 8º | Adecuar las plantaciones a los problemas de salud (alergias). |
| 9º | Regular mejor la convivencia entre peatones y ciclistas y mayor educación cívica. |
| 10º | Agilizar las listas de espera de la Seguridad Social. |



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. Alto porcentaje de sedentarismo entre la población escolar. |
| | 2. Consumo de drogas a edades tempranas (botellón). |
| | 3. Malos hábitos de alimentación en escolares. |
| Entorno Social | 1. Insuficiente divulgación de la oferta pública de actividades socioculturales. |
| | 2. Bajo nivel educativo y cultural en población juvenil. |
| | 3. Desigualdades de género. |
| Entorno Ambiental | 1. Carencias en el mobiliario urbano: bancos en las calles. |
| | 2. Problemas de suciedad en la vía pública. |
| | 3. Carencias en el mobiliario urbano: fuentes de agua potable. |
| Desigualdades Socioeconómicas | 1. Situaciones de pobreza energética. |
| | 2. Nivel socioeconómico bajo y muy bajo en ciertos barrios del distrito. |
| | 3. Nivel socioeconómico bajo y muy bajo en personas mayores. |

4.3. Plan de Acción

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

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

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

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

Línea de Acción 1: Estilos de Vida

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

Un mal estilo de vida tiene multitud de consecuencias negativas en la vida diaria. El sedentarismo, es uno de los causantes principales de la epidemia de obesidad que estamos padeciendo actualmente. Esta situación se agrava cuando las personas sedentarias avanzan en su proceso de envejecimiento. Ya que la falta de actividad física fomenta el desarrollo de dependencia por pérdida de habilidades motrices. Los malos hábitos de alimentación provocan, además de un conjunto de problemas físicos por trastornos en la alimentación. Quienes lo sufren terminan no siendo capaces de tener conductas alimenticias sanas y normalizadas. La suma de estas dos situaciones, mala alimentación y sedentarismo, conduce muchas veces a una inadaptación personal a la imagen corporal, produciéndose problemas de autoestima y de autoimagen, que pueden terminar derivando en problemas de anorexia y bulimia, trastorno de la personalidad y problemas de acoso escolar.

A más largo plazo, observamos que este problema tiende a cronificarse, ya que la carencia de hábitos de vida saludables en el seno de la familia ocasiona que no se transmitan los valores de salud. Por lo tanto, las generaciones futuras perpetuarán esos mismos patrones. En este sentido, en las comidas en familia se produce una transmisión de aprendizajes sociales y conductas de alimentación saludable.

Con el ritmo actual de vida que tiene la sociedad, la escasez de tiempo en familia da lugar a la pérdida de transmisión de la importancia de la educación en la alimentación.

No obstante, los estilos de vida abarcan mucho más que la alimentación y la actividad física, y una de las conductas dañinas que se identifica en este distrito es el consumo de sustancias tóxicas. El colectivo menor que las consumen termina aislándose de sus iguales, presenta mayores tasas de abandono escolar y baja cualificación. Acaban siendo menores y jóvenes no adaptados al entorno educativo, lo que los hace más vulnerables a sufrir la desigualdad social.

En última instancia, un estilo de vida poco saludable nos lleva a encontrar más personas adultas enfermas de lo que habría si tuvieran un estilo de vida saludable, lo que supone un incremento del gasto sanitario asistencial. Esto termina perjudicando a toda la sociedad, siendo un dinero que podría destinarse a otros fines.

Objetivo Estratégico 1 - Promover hábitos de vida saludable

Consiguiendo estilos de vida saludable entre la sociedad, se logra ser una ciudad, en general, más activa y viva, con un mayor uso de los espacios públicos y un mejor estado de salud de la población general.



Alto porcentaje de sedentarismo entre la población escolar

En el distrito existe un alto porcentaje de sedentarismo entre la población escolar. Entre las causas identificadas está que la población de escolares cuenta con una oferta limitada de actividades deportivas (muy centrada en el fútbol), o de ocio activo, gratuitas; y cuando hay se hace una mala promoción de la misma. La oferta accesible es principalmente concertada, lo que implica el pago de una cantidad económica, que en muchas familias supone un gasto difícil de afrontar, por lo que termina no siendo priorizado.

Si bien es verdad que el distrito cuenta con zonas de ocio y parque públicos donde la población menor podría realizar actividad física a través del juego, no hay una cultura muy extendida del uso de los parques como lugar de esparcimiento. Esto se refuerza con el diseño de los espacios existentes en Triana, que promueven más el uso por parte de personas adultas y adolescentes que el juego compartido, u otras actividades más orientadas a los y las menores.

Objetivo General 1.1 - Promover la actividad física entre el alumnado de educación obligatoria del distrito

| | |
|-----------------------------|--|
| Indicador | Cobertura anual de las medidas desarrolladas. |
| Definición | Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para reducir el sedentarismo entre escolares en todos los centros educativos adscritos a la red local de salud ² del distrito. |
| Cálculo | Si / No. |
| Fuente | Fichas de medidas - Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la diversidad de la oferta de actividades deportivas de deportes. • Realizar jornadas de puertas abiertas en centros escolares en horarios no lectivos, para que puedan ser un punto de ocio. • Promocionar actividades de ejercicio físico entre la población general, para fomentar el ejercicio físico en familia. |

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



Consumo de drogas a edades tempranas con el fenómeno del botellón

El fenómeno del botellón es una de las múltiples formas en las que el colectivo adolescente se inicia en el consumo de sustancias tóxicas, como el alcohol, en un entorno de socialización entre iguales. En la sociedad que rodea a este colectivo se aborda el consumo de alcohol con bastante permisividad, ya que es visto como una forma de ocio fácil, y existe en general una baja percepción del riesgo de su consumo.

Lo grave es el inicio a unas edades tempranas, lo que hace que los efectos del consumo sean mayores, tanto a nivel físico, como psicológico y social. Aunque hay normas y actuaciones para prevenir tanto el botellón, como otras actividades, tanto el control policial como el paternal, muestra ser insuficiente, o poco eficiente.

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

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Cobertura anual de las medidas desarrolladas. |
| Definición | Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para prevenir el consumo de drogas entre escolares en todos los centros educativos de secundaria adscritos a la red local de salud ³ del distrito. |
| Cálculo | Si / No. |
| Fuente | Fichas de medidas - Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Apertura de espacios de encuentro y ocio saludable, guiados por profesionales, para preadolescentes, adolescentes y jóvenes. • Charlas video fórum y visitas a centros atención a la drogadicción dirigidas al alumnado. • Desarrollar una estrategia municipal global de prevención de las drogodependencias, que trabaje en contexto educativo y familiar e implique a todas las áreas municipales, medios de comunicación y empresas del ocio. |

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

Malos hábitos de alimentación entre la población escolar

La alimentación del colectivo escolar está en relación directa con las conductas de sus progenitores. Actualmente es muy común que las familias tengan poco tiempo para elaborar comida saludable, debido a las dinámicas de trabajo y tiempo actuales. Las prisas a la hora del desayuno, al igual que el cansancio al final del día, hacen que los progenitores estén utilizando más alimentos procesados y ultra procesados. Además, el horario laboral no ayuda a unos patrones de alimentación saludable, ya que obliga a pasar muchas horas entre comidas. Esta situación provoca que se prioricen las necesidades de cumplir con horarios sobre la necesidad de alimentarse bien.

En otros casos, esta dieta deficiente no es por falta de tiempo o recursos sino de conocimientos. En muchos casos, la industria alimentaria vende los productos como sanos, cuando no lo son. Sin embargo, éstos son de muy fácil acceso y atractivos para la población menor, lo que hace que también a veces sean consumidos porque los piden. Estos casos se agravan cuando la población menor está bajo el cuidado de los abuelos y las abuelas, quienes tienden a responder más a sus peticiones. En este sentido, el uso de la comida procesada como moneda de cambio emocional, se observa en familias de padres o madres separados, o monomarentales, donde se busca gratificar al menor a través de la comida. Desde el contexto educativo se observa que el alumnado consume desayunos saludables en el centro sólo cuando se solicita desde el mismo.

Actualmente se está produciendo un aumento, en el distrito, de restaurantes de comida rápida, que suponen un atractivo fácil para los y las menores.

Objetivo General 1.3 - Promover hábitos de alimentación saludable entre escolares

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Cobertura anual de las medidas desarrolladas. |
| Definición | Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para mejorar los hábitos de alimentación entre escolares en todos los centros educativos adscritos a la red local de salud ⁴ del distrito. |
| Cálculo | Si / No. |
| Fuente | Fichas de medidas - Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la oferta de desayunos saludables a las familias. • Implicar al Consejo de la Infancia, al Consejo de Mayores y al Consejo de Salud. • Desarrollar un proyecto municipal de educación en alimentación que se asimile a Masterchef. |

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



Línea de Acción 2: Entorno Social

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

La existencia de un marco social poco favorable provoca un mayor aislamiento de las personas, pudiendo dar como consecuencia el desarrollo de síndrome ansioso-depresivo. Otra de los efectos que suelen conllevar los problemas mantenidos en el entorno social es un mayor consumo de alcohol y otras drogas; tanto sustancias ilegales como fármacos, que pueden derivar en diversos tipos de adicciones. Un consumo continuado de sustancias tóxicas, junto a un entorno social adverso, pueden desencadenar trastornos psicosociales y conductas delictivas.

El ambiente social hostil en las edades más tempranas aumenta las probabilidades de un abandono educativo prematuro, aumentando así el riesgo de exclusión social.

Por último, las malas relaciones entre iguales, las situaciones de abuso y las relaciones afectivas de pareja no saludables, son las causas que perpetúan los modelos machistas, lo que supone una mayor adversidad social para las mujeres.

Objetivo Estratégico 2 - Fomentar un entorno social positivo

Mejorar el entorno social del distrito restablece las relaciones interpersonales, fortalece las redes de apoyo mutuo, la solidaridad e impulsa el asociacionismo en el distrito. Aumenta, por lo tanto, el bienestar general de la población, disminuyendo las adicciones y las conductas delictivas y generando un entorno de seguridad.

Insuficiente divulgación de la oferta pública de actividades socioculturales

Se detecta una insuficiente divulgación de la oferta pública de actividades socioculturales. Los medios de difusión de dicha oferta están poco ajustados a la población diana. Se centran en el uso de folletos colocados en edificios públicos y se excluyen otras formas de transmisión. Por lo tanto, sólo aquellas personas que buscan de forma activa información sobre estas actividades tendrán conocimiento de las mismas, y sólo si pueden acercarse físicamente a los puntos de información.

En los casos en los que sean informadas de las iniciativas, se identifica otro obstáculo para la realización de las mismas y es que muchas veces la presentación de la oferta es muy corta no da tiempo a inscribirse.

Objetivo General 2.1 - Fomentar la oferta de actividades socioculturales desde las administraciones publicas

| | |
|-----------------------------|--|
| Indicador | Porcentaje de cobertura de la difusión de la oferta de actividades. |
| Definición | Las actividades deportivas públicas se divulgan en el total de los medios de comunicación y divulgación de las instituciones incluidas en el GMT. |
| Cálculo | N° de medios de divulgación usados / N° total de medios y vías de divulgación y difusión ⁵ . |
| Fuente | Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la oferta adaptada y variada, demandada por la población. • Facilitar una oferta que permita acceder a lo largo de todo el año. • Utilizar vías variadas de promoción: televisión, whatsapp, redes sociales, prensa local, etcétera. |

5. Implica la creación del listado de medios de divulgación y difusión de los que disponen el total de las administraciones e instituciones incluidas en el GMT.

Bajo nivel educativo y cultural en población juvenil

Existe un bajo nivel educativo y cultural en la población juvenil. Una de las causas identificadas es su baja motivación para continuar en los estudios medios y superiores. Aluden que el contenido de la oferta formativa no se ajusta a sus intereses. A esto se suman las bajas expectativas educativas y culturales de las familias y del alumnado, que no valoran la importancia de la continuidad en los estudios, o la formación no reglada. Aunque también se observa una gran diferencia entre los distintos barrios del distrito, por lo que los centros educativos reciben estudiantes con diversidad de realidades.

Objetivo General 2.2 - Fomentar la formación postobligatoria

| | |
|-----------------------------|--|
| Indicador | Cobertura anual de las medidas desarrolladas. |
| Definición | Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para fomentar la formación postobligatoria entre escolares en todos los centros educativos adscritos a la red local de salud ⁶ del distrito. |
| Cálculo | Si / No. |
| Fuente | Fichas de medidas - Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> Continuar con la oferta de acompañamiento en el itinerario educativo hasta un mínimo de 16 años. Concienciar a la familia sobre la importancia de esta educación. |

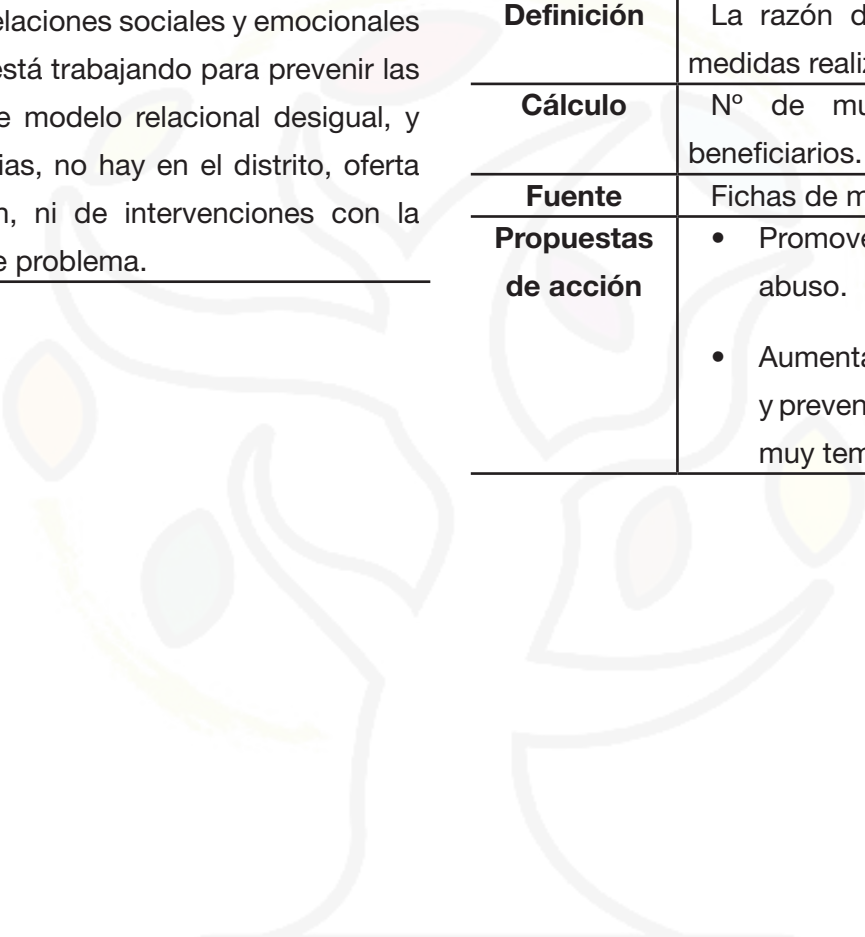
6. Los centros educativos que tengan una representación en el GMT.

Desigualdades de género

La existencia de las desigualdades de género entre mujeres y hombre del distrito se debe a que el modelo de relaciones sociales y emocionales predominante es machista. Aunque se está trabajando para prevenir las consecuencias más dramáticas de este modelo relacional desigual, y promover unas relaciones más igualitarias, no hay en el distrito, oferta suficiente de programas de educación, ni de intervenciones con la ciudadanía en general, en relación a este problema.

Objetivo General 2.3 - Fomentar la igualdad de género

| | |
|-----------------------------|--|
| Indicador | Razón anual del sexo de las personas beneficiarias. |
| Definición | La razón de hombres y mujeres receptoras de las medidas realizadas tiende al 1. |
| Cálculo | N° de mujeres beneficiarias / N° de hombres beneficiarios. |
| Fuente | Fichas de medidas - Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Promover las denuncias ante las situaciones de abuso. • Aumentar la oferta de los programas de coeducación y prevención de la violencia de género desde edades muy tempranas. |



Línea de Acción 3: Entorno Medioambiental

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

Entre esos efectos negativos se encuentran: sensación de falta de higiene, incomodidad para los viandantes, y una mala imagen del distrito. Esto tiene como consecuencias, por un lado, que la sociedad use cada vez menos los espacios públicos. Dificultando las relaciones interpersonales entre el vecindario y fomentando, por tanto, el aislamiento y la merma de las relaciones sociales en general. Por otro lado, un menor desarrollo y crecimiento socioeconómico en Triana, porque la mala publicidad del barrio conlleva una disminución de visitantes y una reducción de los ingresos.

Objetivo Estratégico 3 - Promocionar un entorno medioambiental de calidad

Si se consigue un entorno medioambiental saludable, se mejora el acceso a los recursos y servicios públicos, promoviendo y facilitando el uso de los mismos. También se incrementa el uso de los espacios públicos, lo que repercute en una mejor socialización de la ciudadanía.



Carencias en el mobiliario urbano: bancos en las calles y fuentes de agua potable

Se ha priorizado la carencia de mobiliario urbano, tanto de bancos como de fuentes, por lo que se han agrupado en un mismo objetivo específico. Por un lado, la falta de bancos se debe a poco interés y actitud vecinal. La comunidad no quiere bancos en los alrededores de sus casas porque puede conllevar una congregación de personas, y el ruido que generan les resulta molestos.

Por otro lado, la carencia de fuentes se debe a una falta de asignación presupuestaria, en cierto modo, debido a un mal entendimiento de las necesidades reales de la población. La cual observa, que es una infraestructura pública idónea para mitigar los efectos del clima local (altas temperaturas en verano)

Objetivo General 3.1 - Promocionar la dotación del mobiliario urbano (bancos y fuentes)

| | |
|-----------------------------|--|
| Indicador | Porcentaje de dotación de mobiliario. |
| Definición | El porcentaje de elementos del mobiliario urbano identificados desde la administración pública como necesarios, se reduce en un 50% para el 2023. |
| Cálculo | $(N^{\circ} \text{ de nuevas dotaciones} / N^{\circ} \text{ de elementos necesarios}) \times 100$ |
| Fuente | Fichas medidas – Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Concienciar a la gente de la necesidad del mobiliario urbano específico. • Solicitar la dotación de mobiliario urbano en el consejo de Participación Ciudadana. • Eliminación de las barreras arquitectónicas. |



Problemas de suciedad en la vía pública

Los problemas de suciedad en la vía pública han sido identificados por la ciudadanía del distrito. La principal causa que hay detrás de esta situación es una falta de civismo y conciencia ciudadana, pero también existe una no aplicación de las ordenanzas, que no se realizan con el rigor necesario.

Objetivo General 3.2 - Promocionar un comportamiento cívico limpio en los espacios públicos

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Cobertura anual de las medidas desarrolladas. |
| Definición | Las medidas desarrolladas para reducir la suciedad afectan anualmente al menos al 50% de la población del distrito. |
| 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"> • Mejorar el conocimiento de la ciudadanía de las ordenanzas existentes al respecto. • Aplicar de forma estricta la normativa. • Facilitar los horarios de los servicios de limpieza. |

Línea de Acción 4: Desigualdades Socioeconómicas

Existen colectivos de personas que no tienen acceso a los mismos recursos económicos, educativos y sociales, ya sea por no tener un poder adquisitivo suficiente o por pertenecer a algún grupo social desfavorecido.

Esta realidad tiene multitud de consecuencias: por un lado, los productos frescos de calidad no son asequibles para las familias que se encuentran en situación económica precaria, por lo que presentan un alto consumo de productos baratos y de peor calidad. Suponiendo en muchas ocasiones una mala alimentación, lo que suele facilitar la aparición de enfermedades. Esto provoca un peor nivel de salud de la población y un mayor coste sanitario. En el caso de las personas mayores, se asocia la vulnerabilidad socioeconómica a mayores niveles de aislamiento, lo que conlleva un incremento en la aparición de enfermedades psíquicas y físicas.

Por otro lado, estas situaciones de vulnerabilidad económica generan un alto grado de estrés y una merma de la autoestima, lo que favorece la conflictividad familiar y social. Esto dificulta la inserción social de estas personas, lo que hace que el tejido social sea débil.

Se da, en el distrito, el fenómeno de cronificación intergeneracional de la pobreza, que implica la transmisión de los problemas socioeconómicos de una generación a otra.

Objetivo estratégico 4 - Favorecer la equidad socioeconómica

La reducción de las desigualdades socioeconómicas del distrito implica una mejora del nivel de inserción socio laboral, lo que fomenta un mayor nivel de bienestar, restableciendo la autoestima y reduciendo la aparición de enfermedades y problemas tanto físicos como psíquicos.

Situaciones de pobreza energética.

En el distrito se identifican desde los servicios sociales situaciones de pobreza energética. Esto se debe al precio de la energía, cuando la situación económica no es buena este bien de primera necesidad no puede pagarse. Como trasfondo se encuentran unos intereses empresariales y políticos que hace que perdure este problema.

Los servicios sociales invierten mucho dinero para pagar esta necesidad. Facilitan el bono social pero solo a personas que cumplen tres criterios concretos: Víctima de violencia de género, víctima de terrorismo o discapacidad. Por lo que hay mucha población que se queda fuera y no recibe estas ayudas.

Objetivo General 4.1 - Favorecer la prevención de las situaciones de pobreza energética

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Porcentaje anual de solicitudes de ayudas sociales para pago de suministros de energía. |
| Definición | El porcentaje anual de solicitudes de ayudas sociales para pagos de suministros de energía muestran una tendencia decreciente para el 2023. |
| Cálculo | $(N^{\circ} \text{ de solicitudes de ayudas sociales para pagos de suministros de energía} / N^{\circ} \text{ de solicitudes de ayudas sociales}) \times 100$ |
| Fuente | Fichas medidas – Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> Incrementar la apuesta económica. |



Nivel socioeconómico bajo y muy bajo en ciertos barrios del distrito

Según el Índice Sintético de Nivel socioeconómico, elaborado por el Observatorio de Salud, en este distrito se establece un nivel muy bajo para ‘El Tardón - Triana’ y ‘ Triana Oeste’

En este distrito existe una amplia población con niveles formativos y educativos bajos, lo que se suma a la existencia de un mercado laboral débil, con alta tasa de precariedad laboral y paro.

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

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Cobertura anual de las medidas desarrolladas. |
| Definición | Desarrollo anual de medidas para la mejora de la inserción socio-laboral, que beneficien al menos al 50% de la población registrada por los servicios sociales del distrito como demandantes de algún tipo de recurso y/o ayuda social para 2023. |
| Cálculo | $(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias de las medidas desarrolladas al año} / \text{Total de personas registradas por los servicios sociales del distrito al año}) \times 100$ |
| Fuente | Fichas de medidas - Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la oferta formativa con un amplio horario, para que se adapte a las personas trabajadoras, es decir, que se adapte a los horarios laborales. • Mejorar la política de conciliación familiar para posibilitar que tanto las madres como padres puedan formarse. |



Nivel socioeconómico bajo y muy bajo en personas mayores

Existen muchas personas mayores en el distrito viviendo con nivel socioeconómico bajo y muy bajo. Esta situación se debe a que han tenido una vida laboral precaria, lo que supone unas pensiones insuficientes para cubrir todas sus necesidades.

Además, son un colectivo que sufre la soledad como un problema, ya que presentan una fragilidad vital, que les lleva a necesitar más cuidados y ayudas. Estas situaciones se ven agravadas con la falta de cultura y motivación que tienen para la participación en la vida social del barrio, en cierto modo favorecido por la ausencia de tejido asociativo que solo se da a nivel religioso.

Objetivo General 4.3 - Favorecer las ayudas sociales para las personas mayores en situación o riesgo de exclusión social

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Recursos disponibles. |
| Definición | Los recursos disponibles (económicos, humanos y materiales) de los servicios sociales aumenta para el 2023. |
| Cálculo | Sumatorio de los recursos económicos, humanos y materiales destinadas a los servicios sociales del distrito desde los distintos niveles administrativos (Ayuntamiento, Junta de Andalucía, Estado, UE) |
| Fuente | Memorias de servicios sociales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la difusión y captación de la oferta existente de actividades para personas mayores. • Acercar la información a los espacios donde las personas mayores están en su día a día y realizar actividades sociales como meriendas informativas. |

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.

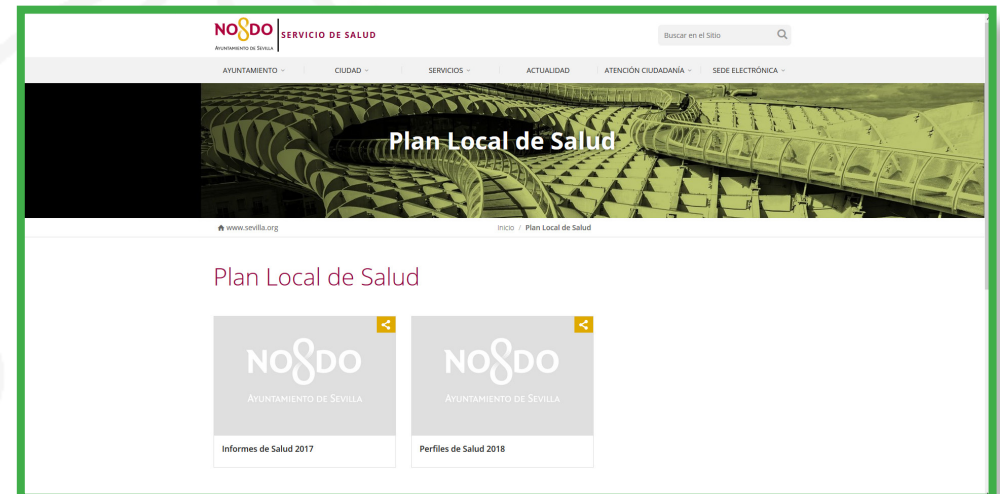
Logotipo: El PLS de Sevilla cuenta con su propio logotipo. El Árbol RELAS con el nombre en su base. Este distintivo se incluye en todas las actuaciones y documentación se realicen en relación al PLS.

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

Ilustración 22: 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 23: 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
SALUD

**PLAN
LOCAL DE
SALUD**

2019 - 2023



NOSDO

AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo

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

PLAN LOCAL DE SALUD DE SEVILLA

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

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

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

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

WWW.REDLOCALSALUD.ES

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

Esto significa...



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



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



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



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

NUESTRO CAMINO

| | | |
|--------------|--|--|
| 2023 | | EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS PLANES DE SALUD |
| FEBRERO 2019 | | ELABORACIÓN DE AGENDAS Y SUS EVOLUCIONES |
| OCTUBRE 2018 | | APROBACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE LA CIUDAD Y SUS DISTRITOS |
| MAYO 2018 | | ELABORACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN |
| OCTUBRE 2017 | | PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS |
| JUNIO 2017 | | PERFILES DE SALUD |
| 2016 | | GRUPOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA |
| | | FORMACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES SENTIDAS POR LA CIUDADANÍA |
| | | CREACIÓN Y FORMACIÓN INICIAL DE LOS GRUPOS MOTORES |
| | | TIPÓLOGÍAS DE SALUD |
| | | ACUERDO DE COLABORACIÓN CON LA CONSEJERÍA DE SALUD |



6. Bibliografía

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

7. Glosario de términos y acrónimos

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

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

8. ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Medidas

DATOS:

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

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

Anexo 2: Checklist Implantación

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

