

Distrito:
Macarena

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.
- **Informe epidemiológico de la Unidad de Gestión de Salud Pública del Distrito Sanitario Sevilla:** Miguel Picó Juliá y Eduardo Briones Pérez de la Blanca.
- **Revisión Externa:** Teresa Iriarte de los Santos.

EDITA:

Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

Área de Bienestar Social y Empleo.

Dirección General de Salud Pública y Protección Animal.

Servicio de Salud.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Samuel Damián Palenzuela Pérez.

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



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

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

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

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

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

Juan Espada Cejas

Alcalde de Sevilla



Índice

| | | | |
|---|----|--|----|
| 1. Marco normativo y conceptual | 4 | 4.2. Listado de problemas priorizados | 56 |
| 2. Misión, visión y principios rectores | 9 | 4.3. Plan de Acción | 56 |
| 3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla | 11 | 1. Línea de Estilos de Vida | 57 |
| 3.1. Fase Inicial | 12 | 2. Línea de Entorno Social | 60 |
| 3.2. Fase de Perfil de Salud | 16 | 3. Línea de Entorno Medioambiental | 64 |
| 3.3. Fase de Priorización | 18 | 4. Línea de Desigualdades Socioeconómicas | 68 |
| 3.4. Fase de Plan de Acción | 19 | 5. Plan de Comunicación | 72 |
| 3.5. Fase de Implantación | 20 | 6. Bibliografía | 76 |
| 3.6. Evaluaciones | 22 | 7. Glosario de términos y acrónimos | 77 |
| 4. Documentos | | 8. ANEXOS | |
| 4.1. Perfil de Salud | 23 | Anexo 1: Ficha de Medidas | 79 |
| 4.1.1. Informe de Salud | 24 | Anexo 2: Checklist Implantación | 80 |
| 4.1.2. Análisis Técnico Sectorial | 50 | | |
| 4.1.3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía | 52 | | |



1. Marco normativo y conceptual

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

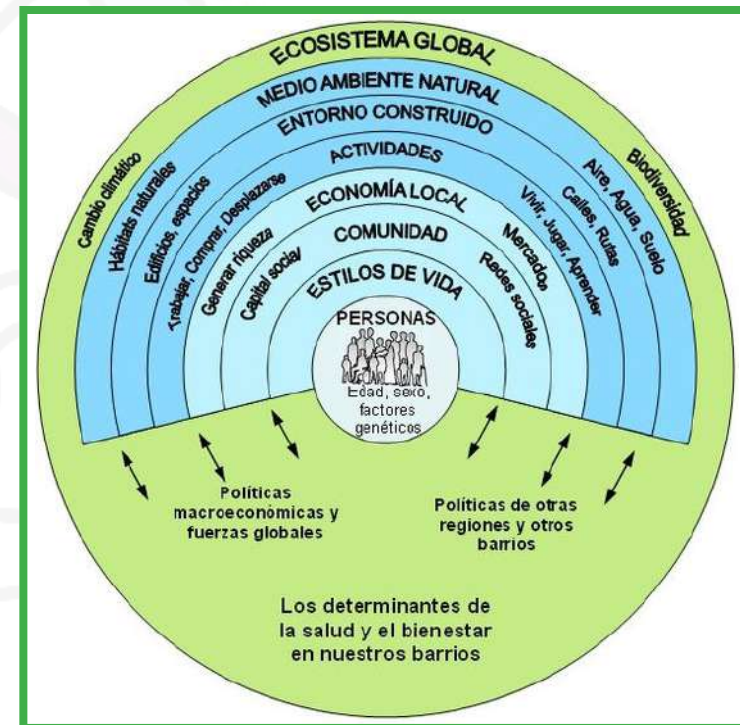
Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa hace 30 años, pasando por las de Adelaida y Helsinki, hasta la última de noviembre 2016 en Shanghái, se han ido dando pasos para ir enriqueciendo, adaptando y actualizando este concepto de Salud a la sociedad actual.

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

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

(Wilkinson and Marmot, 2003)

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



Europa

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

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

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

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

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

España

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

Andalucía

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



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

Artículo 40. La autonomía local en salud pública.

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

Artículo 41. El Plan Local de Salud.

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

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

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

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

Ilustración 2: Fases de la metodología RELAS.



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

Las **fases** son las siguientes:

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

2. Misión, visión y principios rectores

2.1. Misión

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

2.2. Visión

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

2.3. Principios rectores

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

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

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

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

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

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

Ilustración 3: Estructura del PLS de Sevilla.



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



Ilustración 4: Línea temporal de los principales hitos.



3.1. Fase Inicial

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

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



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

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

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

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



Imagen de Reunión del Grupo Sevilla (2017).



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

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

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



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

Las funciones del GMT son:

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

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

servicios sociales, deportes, participación ciudadana, etc. tanto de la administración local como autonómica.

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

| ENTIDADES |
|--|
| Unidad de Promoción de la Salud Macarena (U.P.S.) |
| Servicios Sociales. U.T.S. Polígono Norte y Macarena |
| Centro Cívico San Fernando |
| Distrito Macarena |
| Instituto Municipal de Deportes (I.M.D) |
| Unidad de Gestión de Salud Pública. Sevilla |
| Centro de Salud Cisneo Alto |
| Centro de Salud Alamillo |
| Centro de Salud Polígono Norte |
| I.E.S. Llanes |
| I.E.S. Miguel de Cervantes |

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

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

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

Imagen del Taller de Impulso.



3.2.2. Detección de necesidades sentidas

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

La técnica tiene los siguientes pasos:

1. Selección del grupo de participantes.
2. Explicación por parte 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 21 de noviembre de 2017 se realizó un taller de formación sobre la técnica, en el que se organizó la tarea de realizar los grupos nominales ciudadanos. Las personas del GMT aprendieron la técnica de Grupos Nominales, con el objetivo de que estas mismas personas la utilicen con grupos ciudadanos (infancia, juventud, adultez, mayores) para reflejar los problemas y las necesidades sentidas por la ciudadanía del distrito.

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

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

3.3. Fase de Priorización

Para la priorización de los problemas identificados en el distrito, el equipo de coordinación técnica del PLS, elabora un listado con los problemas que se identifican en las distintas partes documento del Perfil de Salud: Informe de Salud, Análisis Técnico Sectorial y los Grupos Nominales. Se realiza entonces un taller el día 7 de Mayo de 2018 en el que participan las personas del GM del distrito, donde se explica la técnica de priorización y se aplica al listado de problemas ya elaborado.

Imagen taller de Priorización.



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

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

3.4. Fase Plan de Acción

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

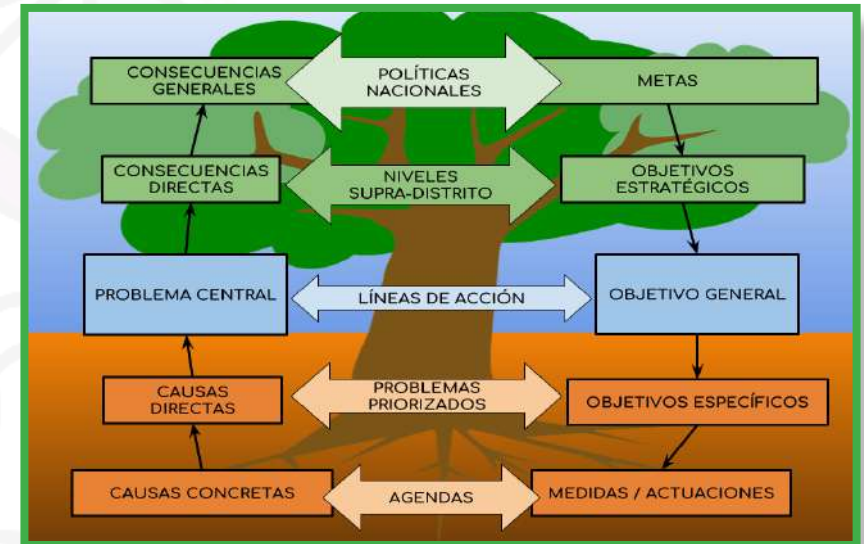
1. **Magnitud:** Cantidad de personas afectadas en el Distrito (de 0 a 10).
2. **Severidad:** Impacto que tiene el problema sobre la persona a la que afecta (de 0 a 10).
3. **Facilidad:** Las medidas que se requieren son más o menos fáciles (de 0 a 10).
4. **Posibilidad:** Posibilidad, capacidad y competencias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

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

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

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

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



Se convoca un taller con el GMT el **23 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 los integrantes del GMT se dividen en 4 grupos de discusión y elaboran un análisis de los problemas priorizados y de las soluciones que se proponen, utilizando la figura de un árbol.

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

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

Imagen del taller Plan de Acción.



3.5. Fase Implantación

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

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

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

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

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

Ilustración 7: Esquema contenido de agenda.



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

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

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

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

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

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

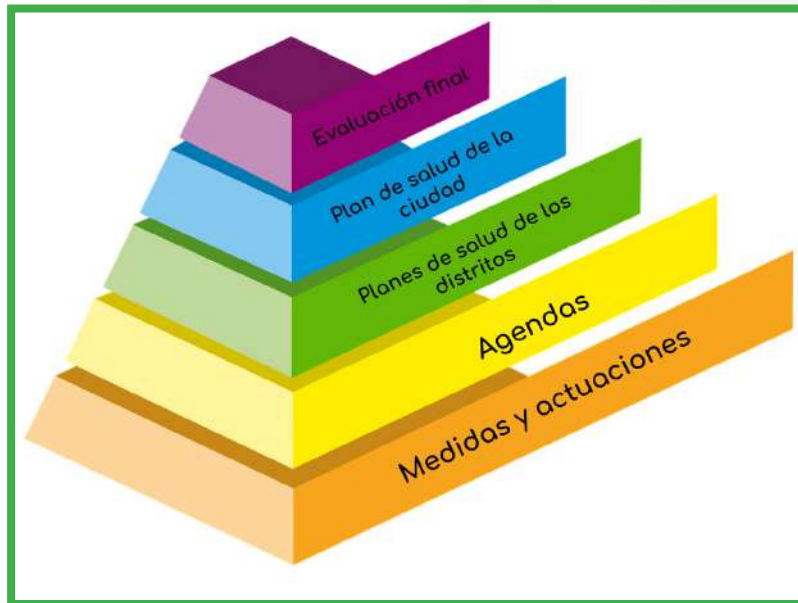
Estas medidas se incluyen en una Agenda en la que se valora los posibles resultados impactos directos o indirectos que estas acciones o actividades tengan sobre la salud de la ciudadanía.

3.6. Evaluaciones

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

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

Ilustración 8: Niveles de Evaluación.



Evaluaciones según los momentos:

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

Evaluaciones según los objetivos:

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

4. Documentos

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

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

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

4.1. Perfil de Salud

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

1. Informe de Salud

A. División administrativa

Incluye:

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

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

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



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

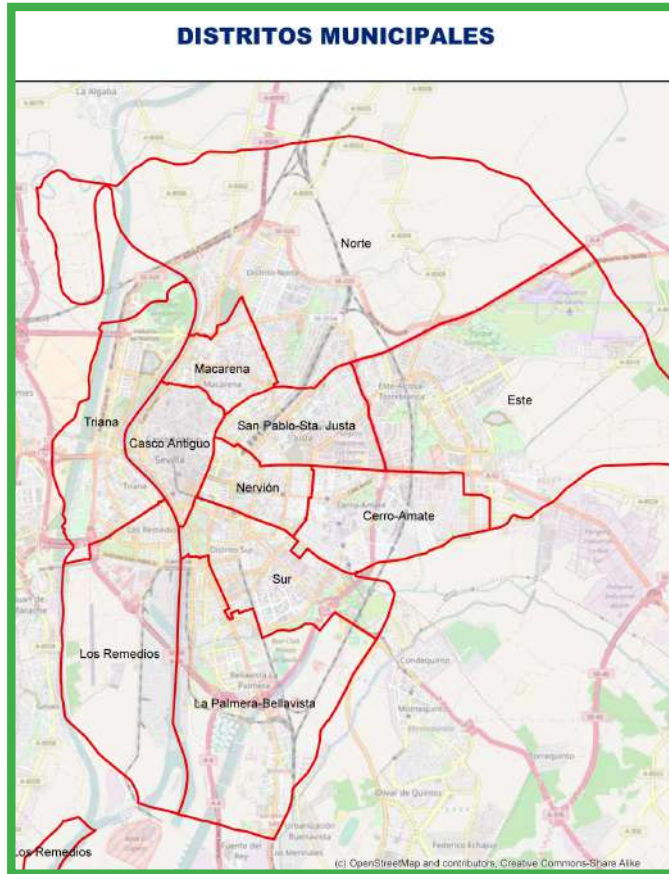
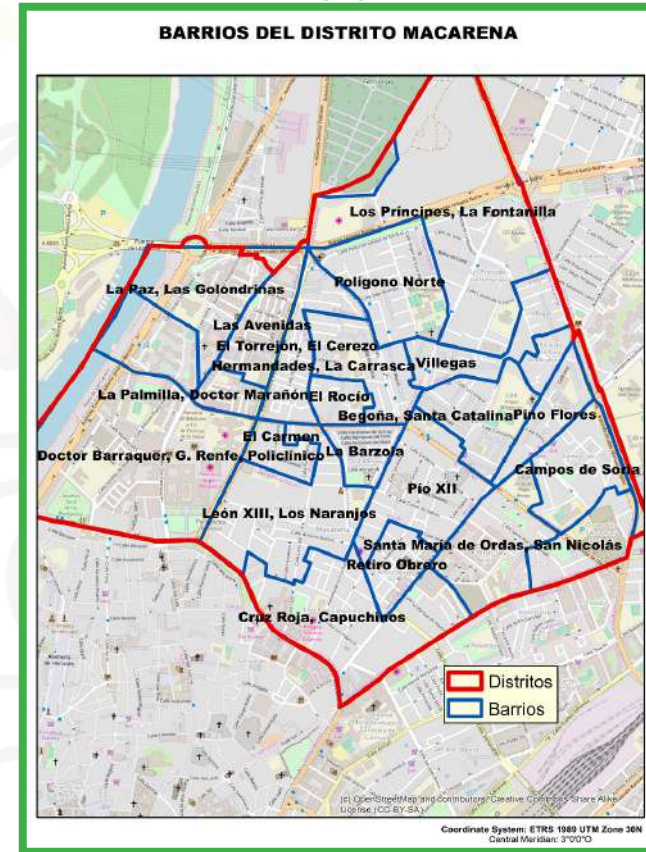


Ilustración 10: Extensión geográfica de los barrios del Distrito.



B. Datos socio-demográficos

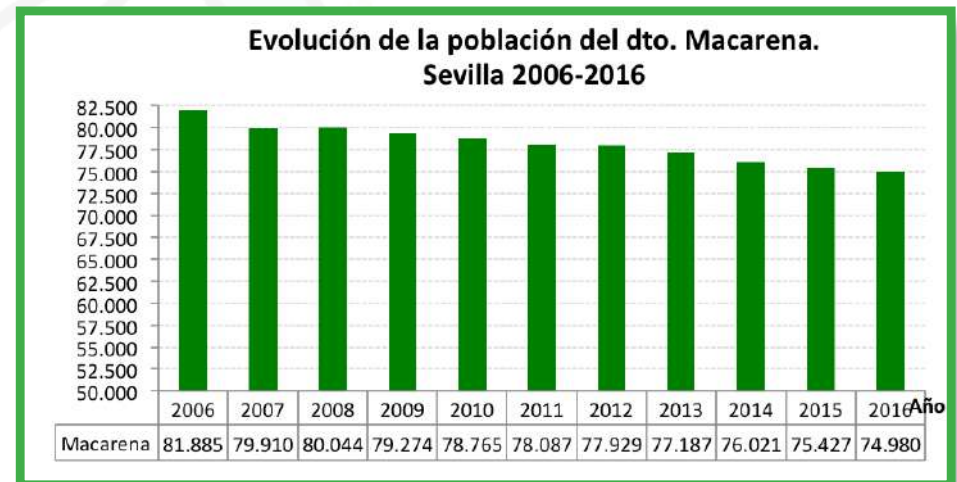
Macarena es el tercer distrito más poblado con un total de 74.980 habitantes (el 10,7% del total de Sevilla). Es el de menor superficie, por lo que es el que mayor densidad de población posee, superando el cuádruple de la media de la ciudad.

La población del distrito ha disminuido en la última década unos 6.900 habitantes como se puede observar en la siguiente gráfica.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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 |

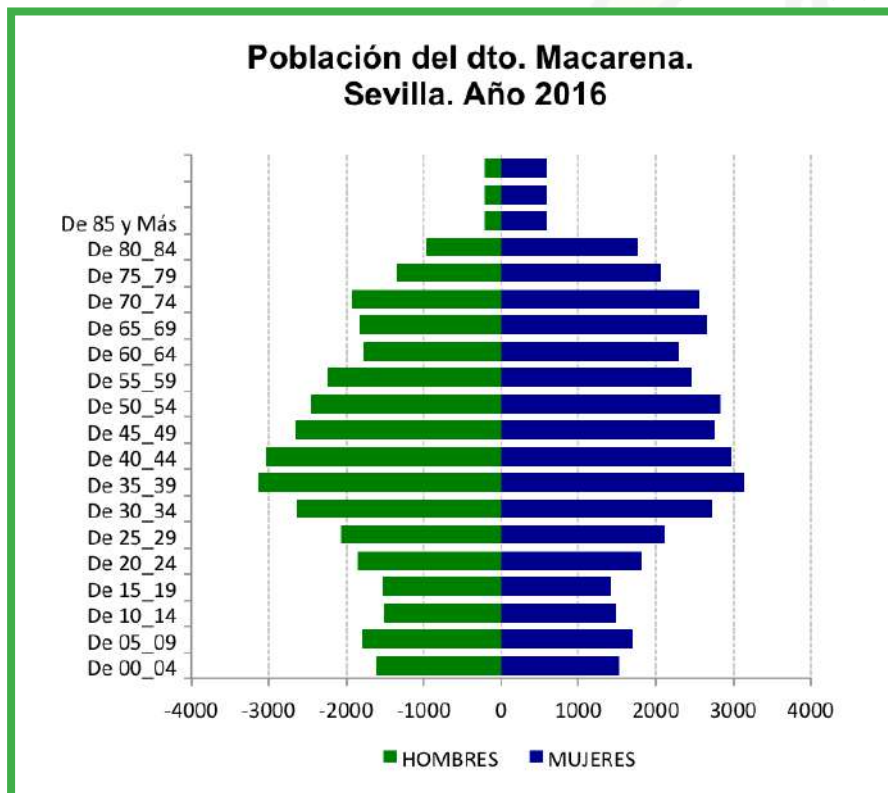


Indicadores demográficos relativos al envejecimiento poblacional

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

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

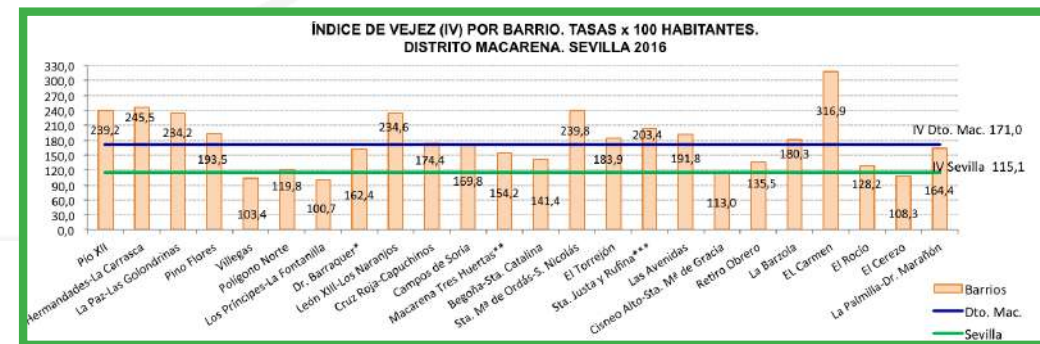


Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



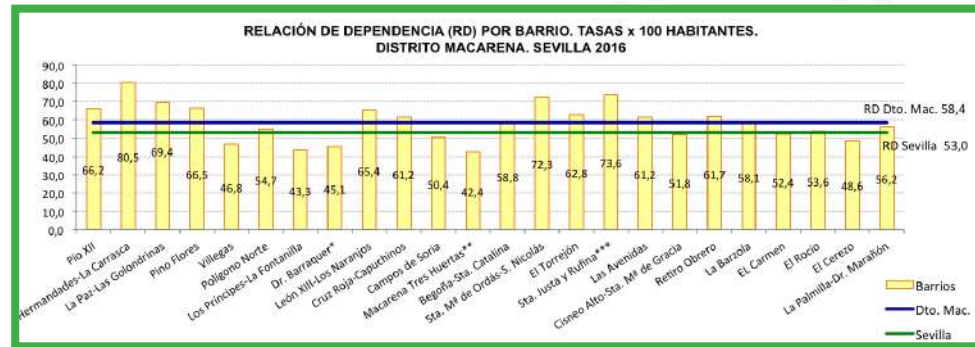
El **Índice de Vejez** informa sobre el relevo generacional, es decir, es el cociente entre la población mayor de 64 años y la población menor de 16 años multiplicada por cien.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



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

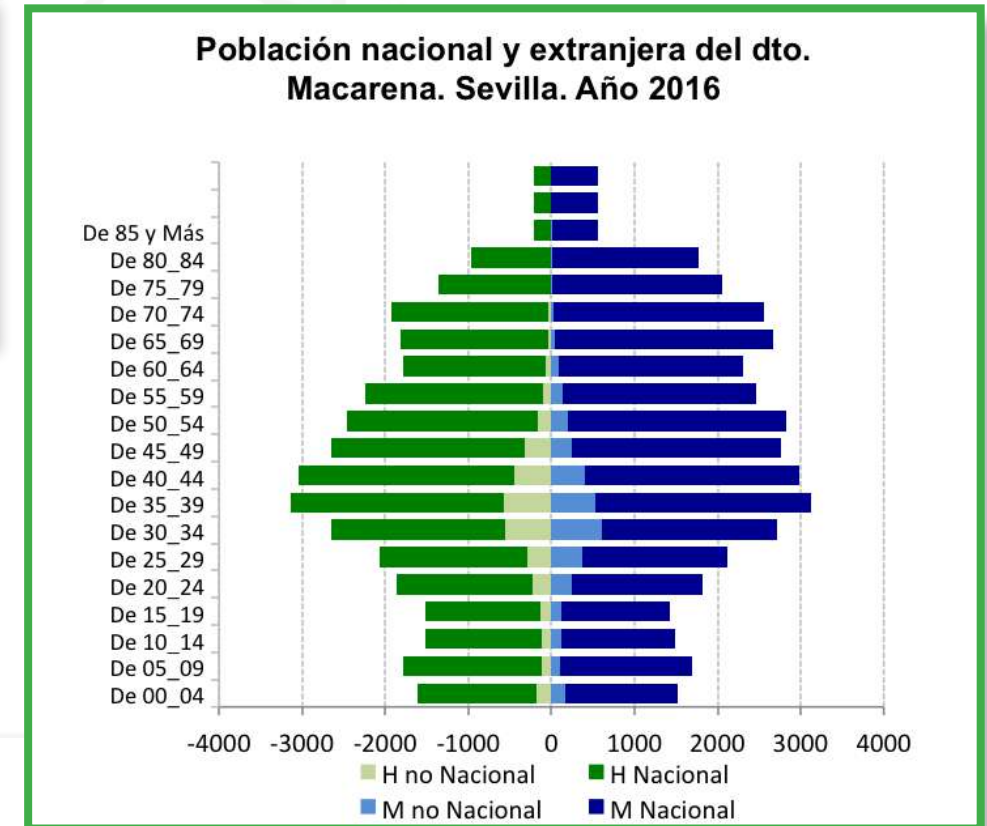
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Población Extranjera

De los casi 36.000 habitantes que constituyen la **población extranjera de la ciudad**, en el distrito Macarena encontramos 6.807 personas de ambos sexos, es decir el **18,9%**, lo que hace que sea el distrito con más personas extranjeras de Sevilla.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

| Procedencia de la Población Extranjera Residente en el Distrito | | | | |
|--|----------------|----------------|--------------|------------------------------|
| Procedencia | Hombres | Mujeres | Ambos | % Extranjeros (Ambos) |
| América del Sur | 1025 | 1082 | 2107 | 31,0% |
| Europa del Este | 453 | 467 | 920 | 13,5% |
| Asia | 424 | 493 | 917 | 13,5% |
| Marruecos | 514 | 364 | 878 | 12,9% |
| Europa Occidental | 387 | 359 | 746 | 11,0% |
| Resto de América | 188 | 432 | 620 | 9,1% |
| Resto de África | 380 | 196 | 576 | 8,5% |
| Otros | 22 | 21 | 43 | 0,6% |
| Total | 3393 | 3414 | 6807 | 100% |

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 **Macarena**, la agrupación de barrios ha sido la siguiente:

- Agrupaciones 17 y 32: “La Barzola - El Rocío – Hermandades - La Carrasca” y “Villegas - Los Carteros - Polígono Norte” con **nivel socioeconómico 5** (el más bajo).
- Agrupaciones 7 y 44: “Las Naciones - Parque Atlántico - Las Dalias - Campos de Soria - Cisneo Alto - Santa María de Gracia - San Matías” y “Santa María de Ordás - San Nicolás - Cruz Roja - Capuchinos-León XIII - Los Naranjos” con **nivel socioeconómico 3**.
- Agrupación 10: “Macarena Tres Huertas - Macarena cinco - Doctor Barraquer - Grupo Renfe – Policlínico - La Paz - Las Golondrinas” con **nivel socioeconómico 2**.
- El resto de los barrios con **nivel socioeconómico 4**.

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 la zona próxima al río y el Hospital Virgen Macarena mientras que ha disminuido 1 punto en el centro del distrito, correspondiente a La Barzola - El Rocío – Hermandades - La Carrasca, para el resto se ha mantenido en el mismo nivel de 2001.

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

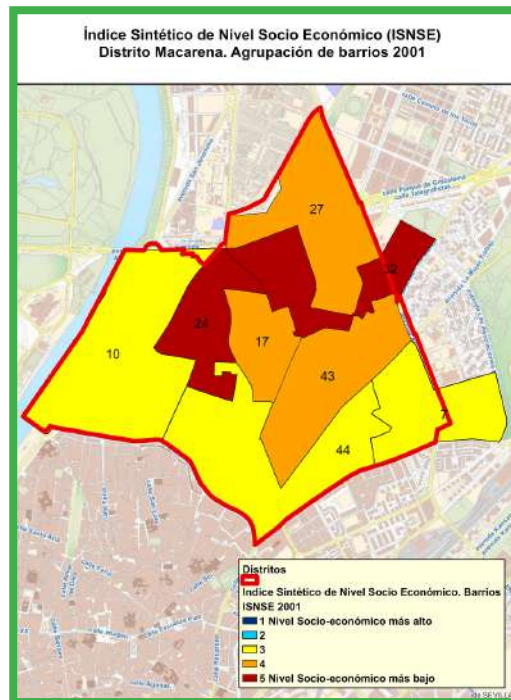


Ilustración 12: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.

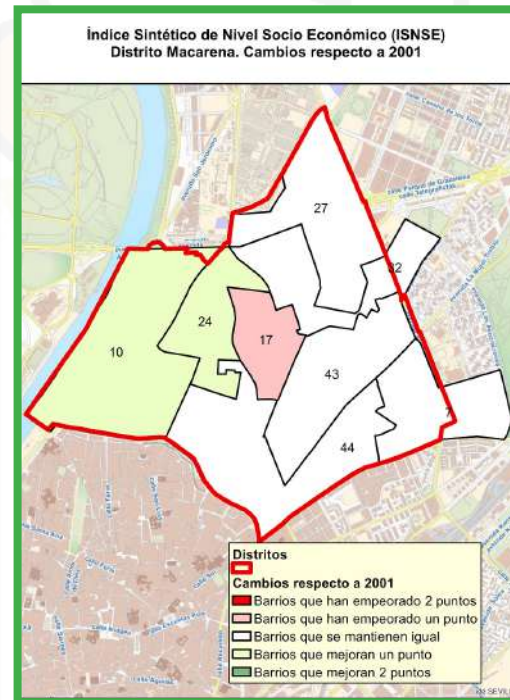
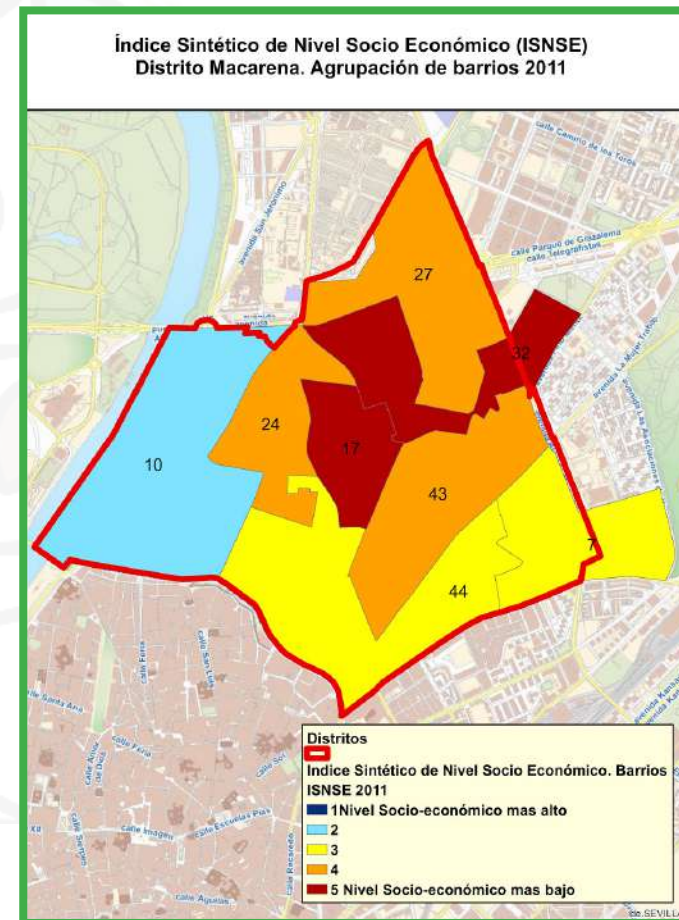


Ilustración 13: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.



Estudio europeo sobre la renta neta media por hogar

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

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

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

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

De las quince zonas con menor renta media siete están en Sevilla, y de ellas una está en este distrito. **Ocho barrios, es decir, un tercio del distrito Macarena está incluido en el listado** de los de menor renta media por hogar de España.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia

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

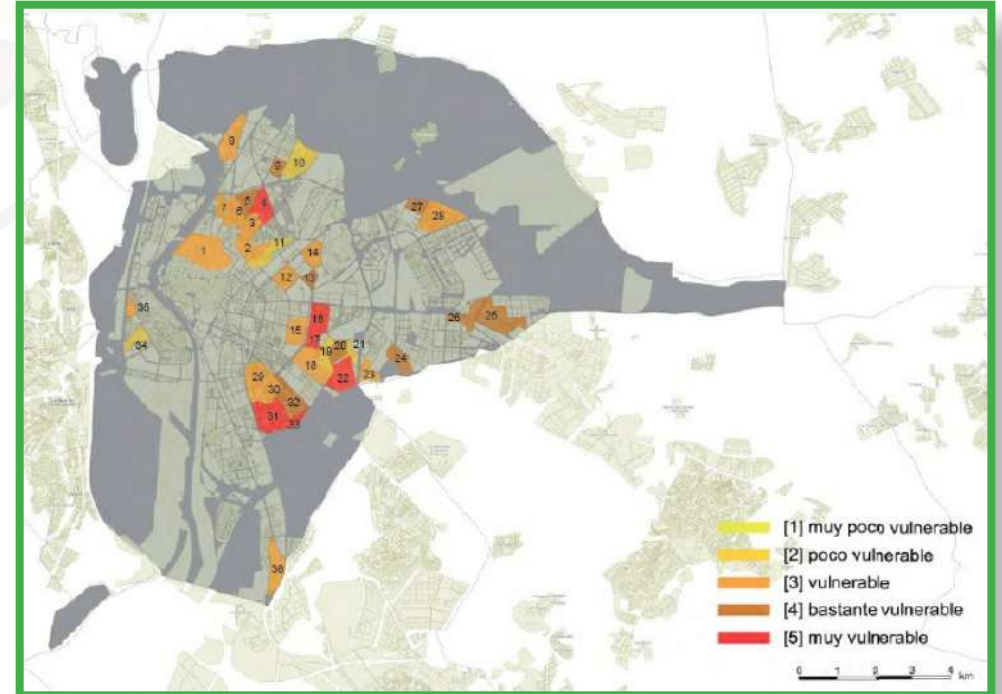
Barrios vulnerables

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

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

En el distrito Macarena aparecen como vulnerables en este estudio los barrios Cruz Roja, Begoña - Pío XII, El Rocío y Las Avenidas - El Carmen; Polígono Norte como bastante vulnerable y Villegas se considera muy vulnerable.

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



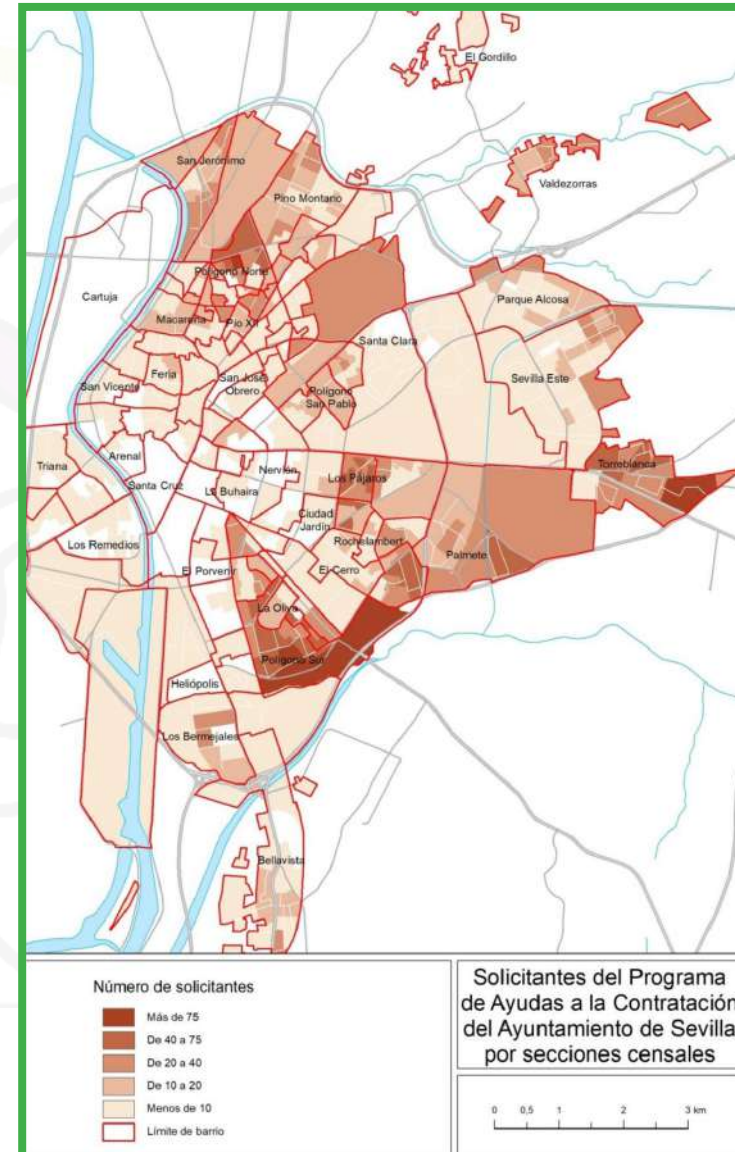
Personas desempleadas en situación de vulnerabilidad

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

Fuente: Bitácora 2007-2016.

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

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



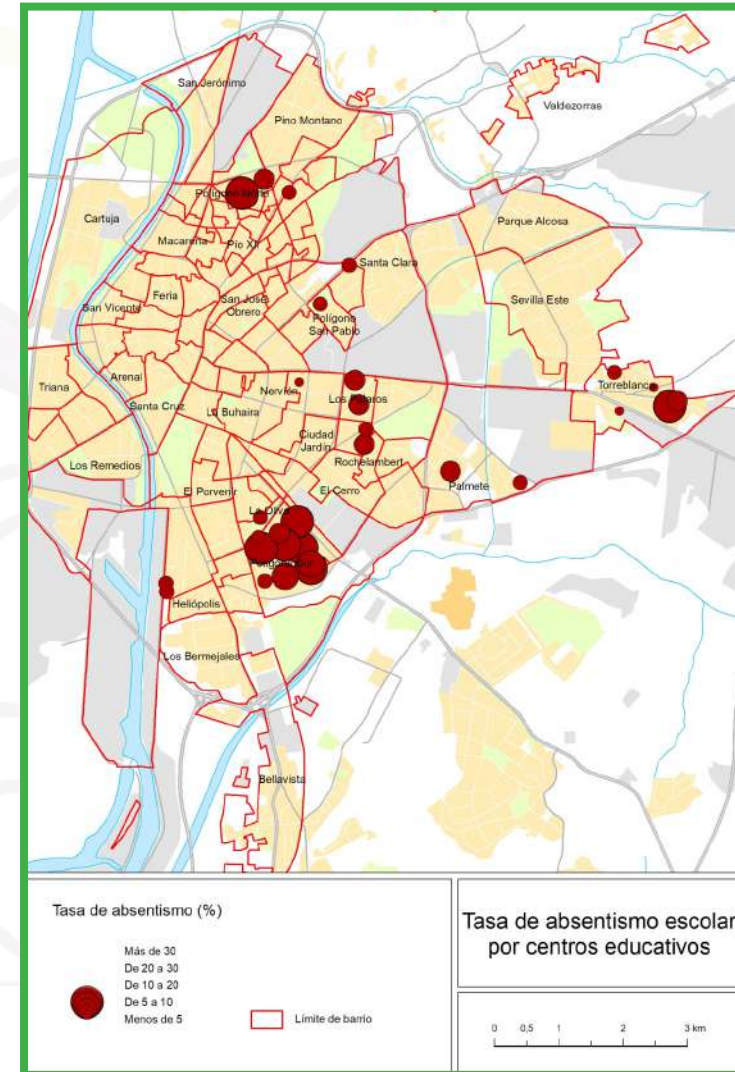
Absentismo Escolar

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

Ilustración 16: Distribución geográfica del absentismo en Sevilla.



Personas en situación de dependencia

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

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

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

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

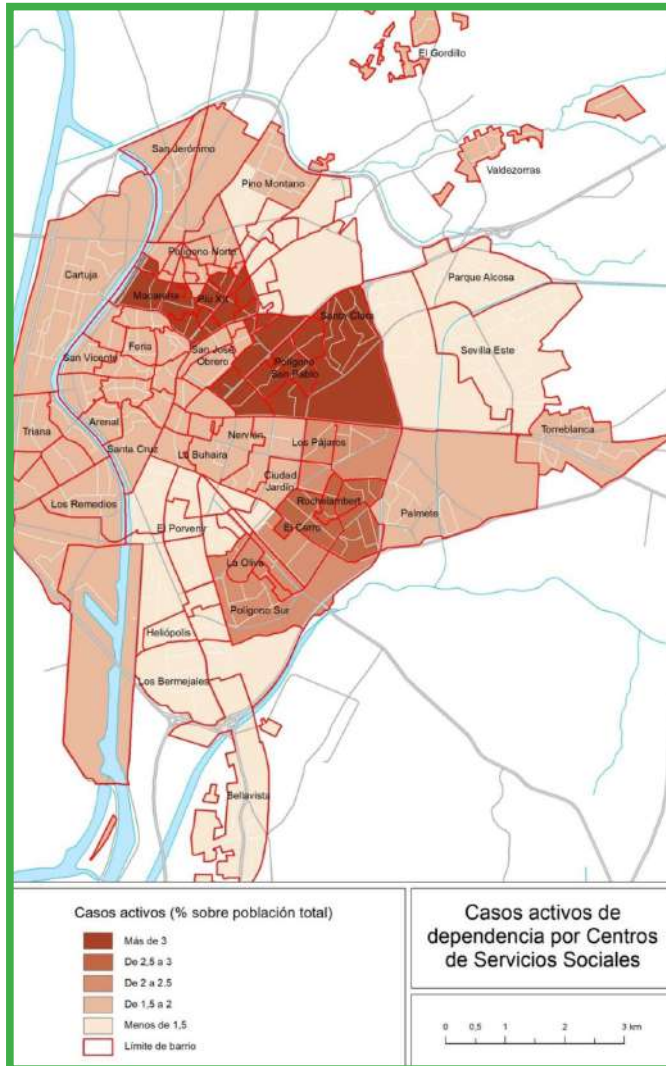
Alcosa - Polígono Aeropuerto, Los Carteros y Bermejales son las que menos casos, proporcionalmente hablando, presentan, ya que ninguna de ellas supera el 1,5%. En el caso opuesto se encuentran Macarena y San Pablo - Santa Justa con más de un 3% de casos en cada una de las dos zonas.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

D. Morbilidad

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



En el distrito Macarena las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** son las EDOs que presentan unas tasas de declaración más altas.

Se puede observar en la gráfica un incremento de la incidencia de todas las ITS desde 2015. De mayor a menor incidencia en el último año descrito identificamos chlamydia, seguida de infección gonocócica, sífilis y herpes genital, alcanzando cada una de estas enfermedades valores muy superiores a los identificados en Sevilla ciudad.

Encontramos diferencias por UGC de cada una de estas enfermedades. Destaca la UGC Ronda Histórica que presenta las tasas más altas de notificación de sífilis, chlamydia y herpes genital. Siendo la infección gonocócica más incidente en Alamillo.

Dentro de las **enfermedades inmunoprevenibles** destaca la Hepatitis A, por presentar un repunte de incidencia en 2017 (30.3 por 100.000 habitantes), seguido de la Parotiditis (10.6 por 100.000 habitantes).

La **tuberculosis** en este distrito presenta una incidencia superior a Sevilla ciudad en el periodo 2015-2017, destacando mayores valores en CS. Polígono Norte y Alamillo.

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.



Coberturas vacunales

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.

| UGC/CAP | Vacunación completa a los 2 años | Vacunación con 2 dosis TV |
|-----------------|----------------------------------|---------------------------|
| Alamillo | 99,5% | 95,3% |
| Polígono Norte | 97,5% | 96,8% |
| Cisneo Alto | 98,4% | 99,4% |
| Ronda Histórica | 98,4% | 98,5% |

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 San Jerónimo y Polígono Norte un riesgo mayor de ingreso por PQI8 que los otros CS. La población de Polígono Norte también presenta un riesgo mayor de ingreso por PQI16 que los otros CS.

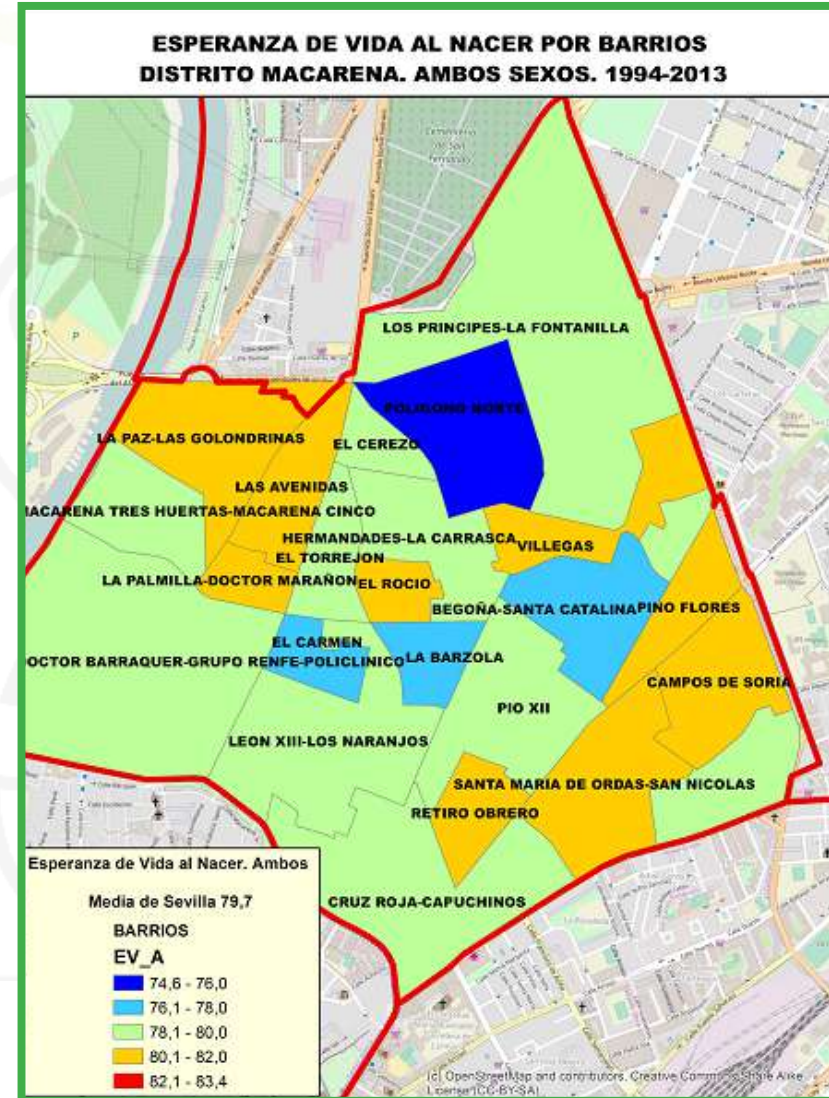


E. Mortalidad

El distrito Macarena ha registrado, en el periodo 2011-2014, una **esperanza de vida al nacer** para ambos sexos de 81,7 años, igual que la media de la ciudad. Analizando estos datos por sexo, encontramos que las mujeres de este distrito tienen uno de los valores de esperanza de vida ligeramente superior a la media de la ciudad; para los hombres este indicador se sitúa ligeramente inferior a la media de la capital.

Por barrios, y analizando los datos del periodo 1994-2013, la esperanza de vida al nacer varía según el barrio, situándose el valor menor entre 74,6 - 76 años para Polígono Norte y los 82 años para varios barrios.

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



El distrito Macarena ha registrado, en el periodo 2011-2014, una **Tasa Ajustada de Mortalidad General** por 100.000 habitantes bastante similar a la media de la ciudad, ligeramente superior para los hombres e inferior entre las mujeres.

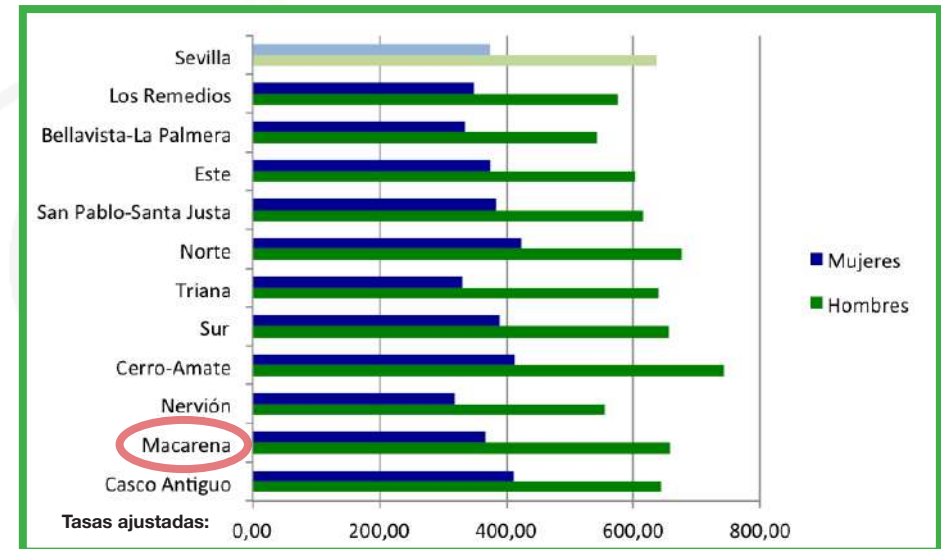
En el periodo 2011-2014, el distrito Macarena registró la tasa de mortalidad por **Cáncer** para los hombres mayor a la media de la ciudad, siendo superado por Cerro – Amate y Sur.

En el caso de las defunciones por **Enfermedades Infecciosas** la tasa para las mujeres es la tercera más alta, superado por Casco Antiguo y Este - Alcosa - Torreblanca.

En el caso de la mortalidad por **Enfermedades Circulatorias** la tasa de este distrito es similar a la media de la ciudad.

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

Fuente: IECA. Elaboración propia.



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

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

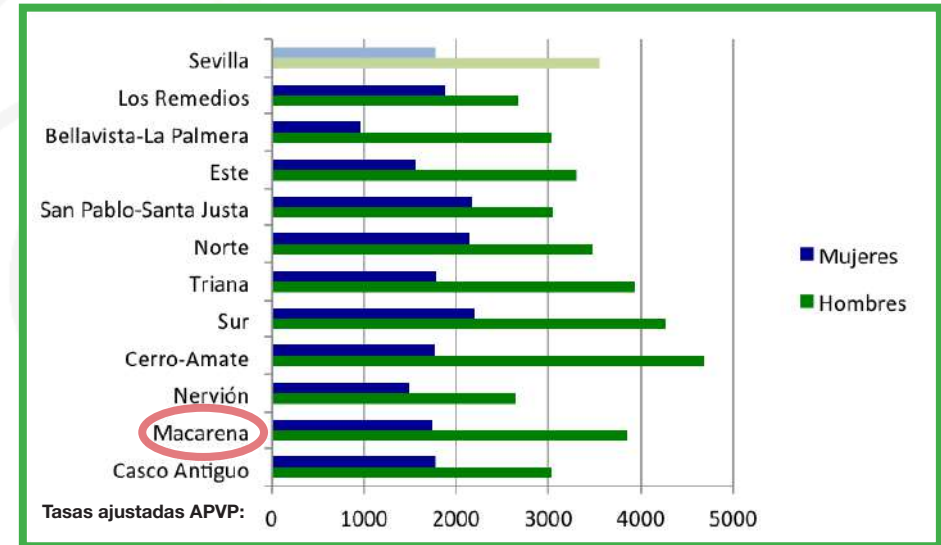
Considerar la edad a la cual mueren las personas y no sólo el evento mismo de la muerte permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren en diferentes momentos de la vida.

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 Macarena, 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.

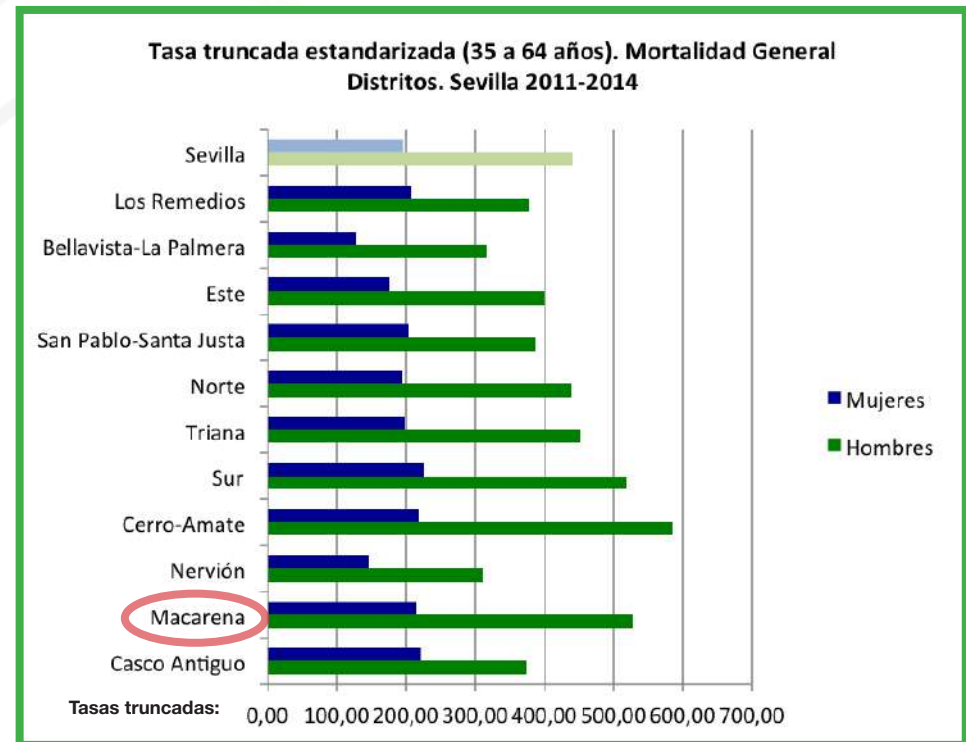


Otro indicador de muerte prematura es la **Tasa Truncada**, defunciones que se producen entre los 35 y los 64 años de edad.

Este distrito tiene, tanto para hombres como para mujeres, tasas superiores a la ciudad en su conjunto.

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

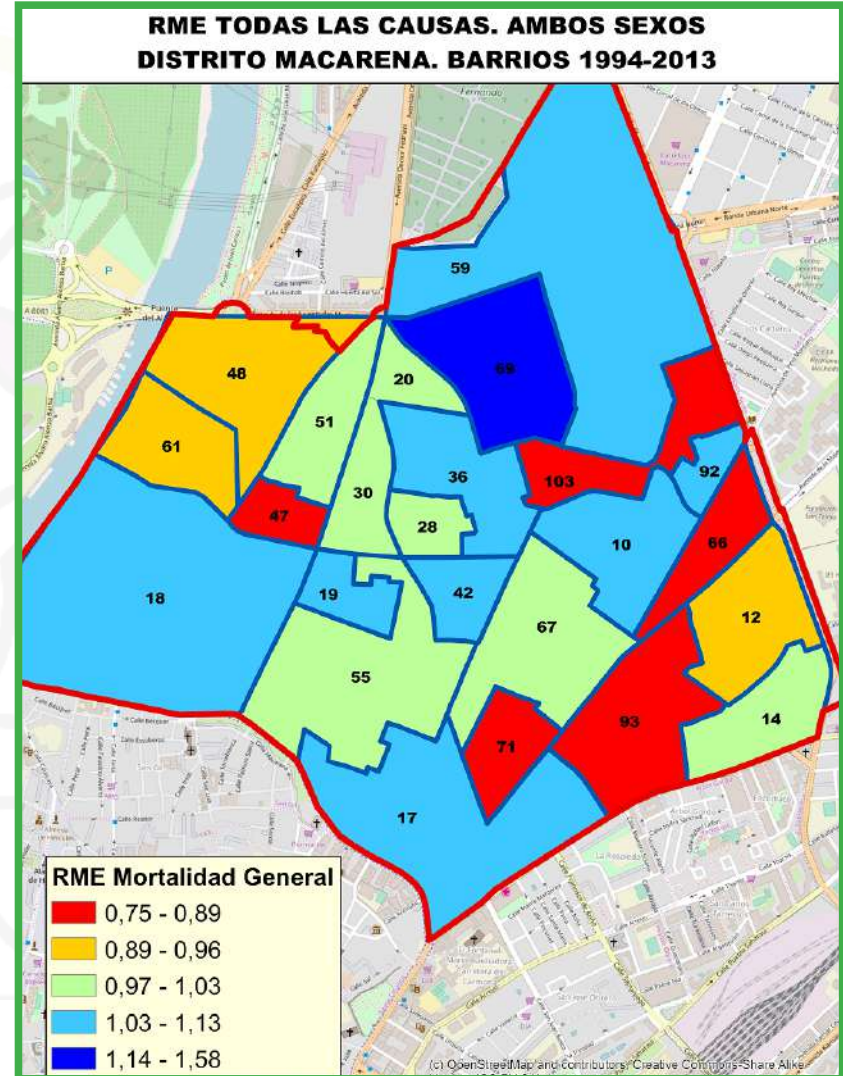
Fuente: IECA. Elaboración propia.



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

En general, en el distrito los valores de la RME para la mortalidad general varían según el barrio. Hay que destacar Polígono Norte con valores muy superiores a 1, indicando que el número de muertes observadas es mayor al esperado. En los centros de salud de este distrito los valores de RME para todas las causas son próximos a 1, es decir, las muertes observadas se asemejan a la media de la ciudad. Este patrón se repite para la mayoría de los grandes grupos de causas.

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



F. Entorno Medioambiental

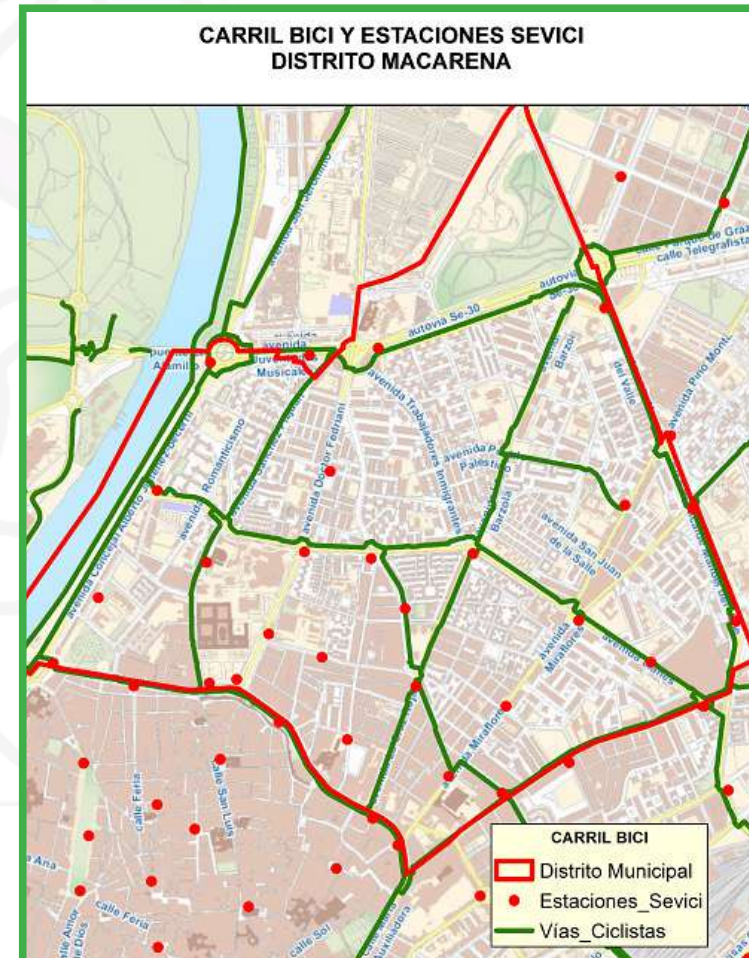
Zonas verdes: A partir de los datos de parques y jardines por distritos recogidos en la siguiente tabla, calculamos que el distrito Macarena cuenta con 0,73 m² de zonas verdes por habitante, una cifra muy inferior a la media de la ciudad, que se sitúa en 14 m²/Hab. Con este dato el distrito prácticamente ignora las recomendaciones de la OMS (entre 10 y 15 metros cuadrados 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 20: 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, tal y como puede verse en el siguiente mapa.

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

Ilustración 21: Distribución geográfica de las zonas acústicamente saturadas.

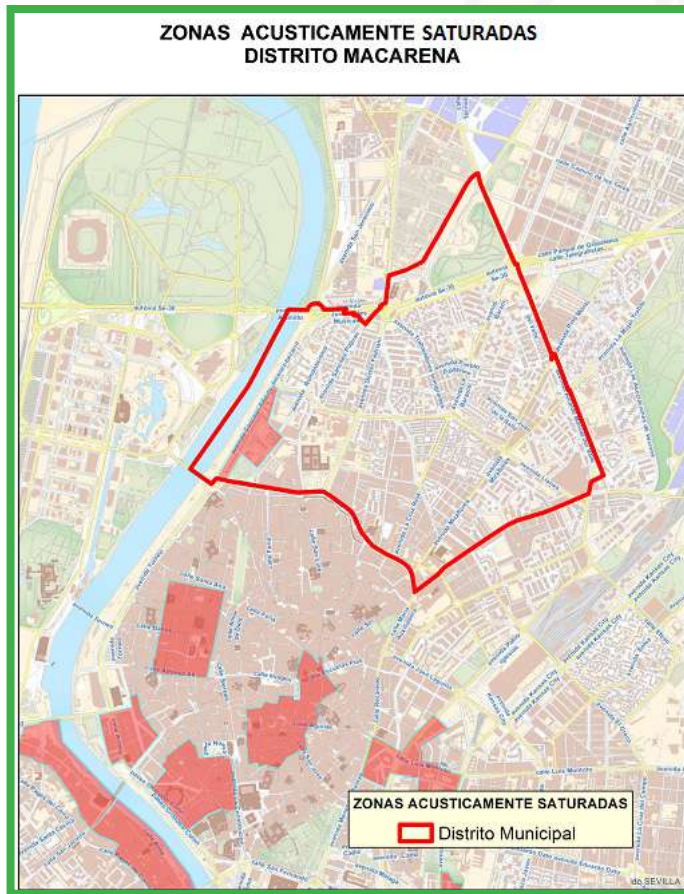
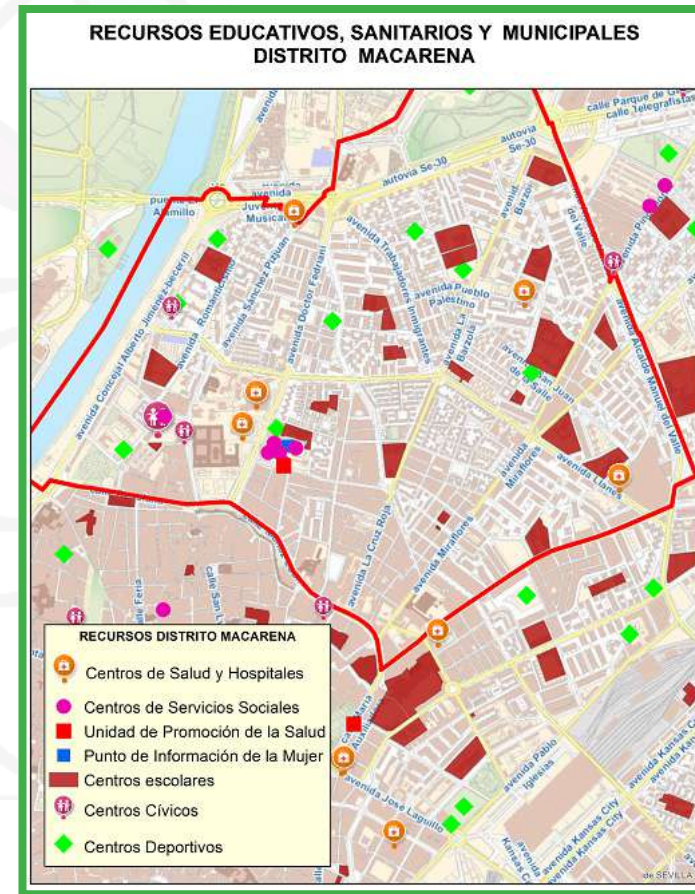


Ilustración 22: Distribución geográfica de los recursos existentes en el Distrito.



G. Estilo de vida

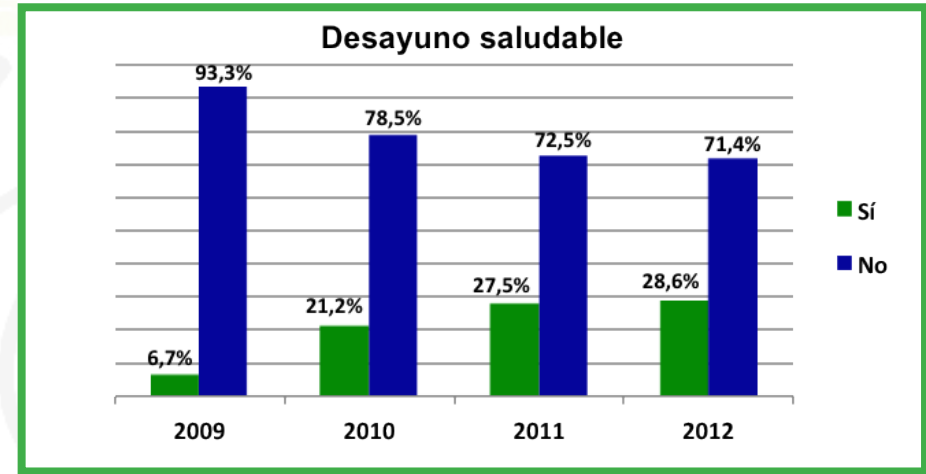
No disponemos de esta información desagregada por barrios, por lo que los datos que aquí aportamos corresponden a toda la ciudad y en algunos casos a la provincia de Sevilla.

La alimentación

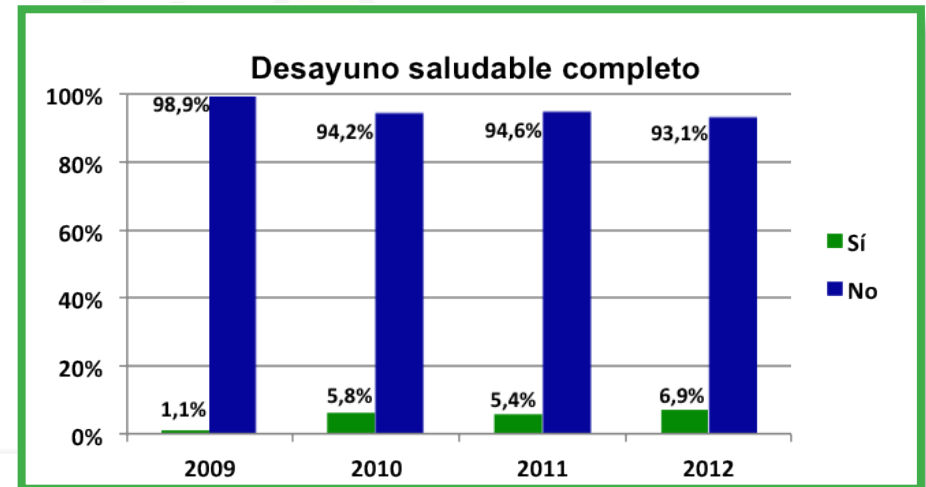
En la ciudad de Sevilla, disponemos de datos sobre hábitos de alimentación de escolares de Educación Primaria procedentes de estudios propios (Servicio de Salud, Ayto. de Sevilla, 2009 a 2012):

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

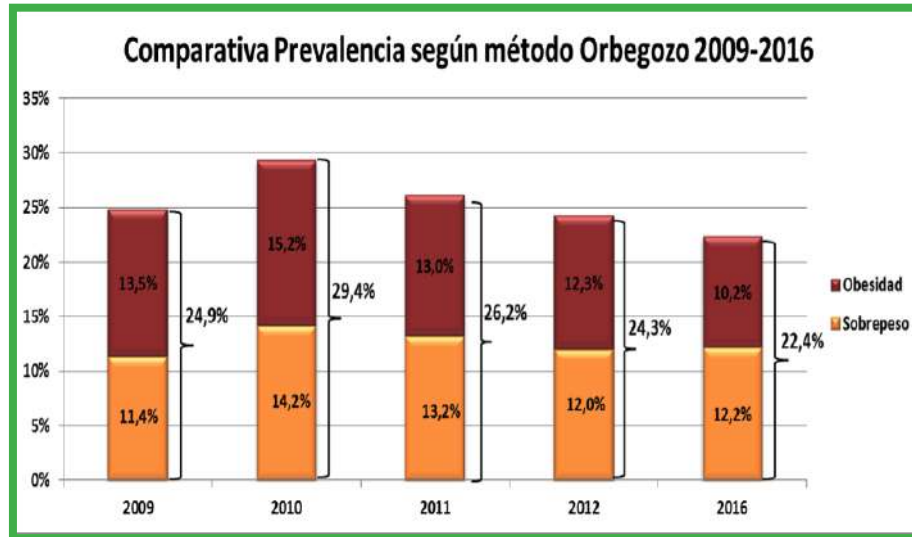
Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



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



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



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

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

Sobrepeso y obesidad infantil

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

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

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

Actividad física

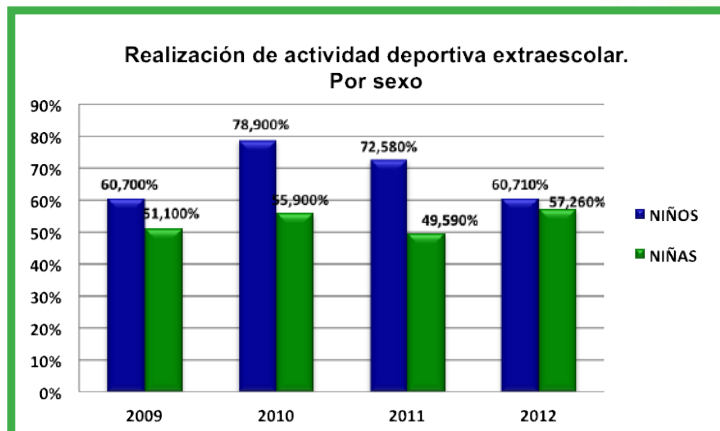
Respecto a la población infantil y adolescente de Andalucía, en el año 2011, el 18,2% no realizaba actividad física -niñas (20,7%), niños (15,8%)-. Según aumentó la edad de la población disminuyó el sedentarismo. Desde 1999 la población sedentaria ha disminuido: de un 20,2% en 1999 a un 18,2% en 2011.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

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

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

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

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



Sexualidad

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

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

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

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

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

2. Análisis Técnico Sectorial

2.1. Problemas y debilidades

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

Estilos de Vida

Existencia de embarazos no deseados en la población juvenil.

Malos hábitos de alimentación.

Salud emocional.

Falta de higiene y vestimenta.

Malos hábitos saludables: alimentación y salud emocional.

Entorno Social

Absentismo escolar.

Bajo nivel educativo, social, económico y cultural.

Existencia de perfiles de algunos colectivos de menores infractores y falta de recursos para su recuperación.

Falta de alternativas para el ocio nocturno.

Falta de implicación de la familia en la comunidad educativa.

Falta de ocio para jóvenes.

Falta de previsión y planificación por parte de la Administración Pública para el envejecimiento.

Entorno Social

Bajo nivel educativo, social, económico y cultural.

Falta de vigilancia policial.

Violencia de género.

Entorno Medioambiental

Contaminación atmosférica y acústica generada por el tráfico.

Escasez y malas dotaciones en instalaciones deportivas.

Existencia de una piscina pública en el barrio sin concesión administrativa para uso y disfrute de la población.

Falta de climatización en centros escolares.

Falta de personal de limpieza, de papeleras y contenedores de basuras.

Falta de recursos de ocio: zonas verdes y parques.

Falta de recursos en el barrio: fuentes de agua potable, bancos en las calles, etc.

Gran presencia de mascotas en el barrio y como consecuencia suciedad en las calles.

Entorno Medioambiental

Viviendas antiguas deterioradas y sin posibilidades de recursos para acondicionarlas.

Aislamiento del barrio con otras zonas por la no existencia en la SE-30 de un paso de acceso peatonal.

Existencia de viviendas antiguas que carecen de accesos para la movilidad de las personas mayores y dependientes.

Falta de personal de limpieza, papeleras y contenedores de basuras.

Salubridad en un alto nivel.

Viviendas sin suministros de agua y luz ocasionadas por el impago.

Servicios Sanitarios

Detección de alumnado joven con problemas de salud mental graves y falta de respuesta por parte de la Sanidad en la Administración Pública (Salud mental).

Falta de personal sanitario en centros escolares.

Alto índice de menores mal o no vacunados.

Desigualdades Socioeconómicas

Alto porcentaje de personas mayores de 80 años viviendo solas y con poca o ninguna movilidad como consecuencia de la falta de accesos a sus viviendas.

Concentración en el barrio de personas en exclusión social (personas inmigrantes) que generan problemas de salubridad en las calles.

Falta de recursos para afrontar la dependencia.

2.2. Fortalezas y activos

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

| Orden | Fortalezas |
|-------|---|
| 1 | Hay una gran disponibilidad de profesionales de distintos sectores para desarrollar y fomentar estilos de vida saludable. |
| 2 | Hay al menos dos centros cívicos grandes donde se desarrollan muchas actividades culturales y formativas. |
| 3 | Hay una alta calidad del agua y una buena gestión de la empresa municipal. |
| 4 | Las personas que viven en el distrito tienen una buena conciencia de su salud. |
| 5 | Tenemos un sistema de salud universal que atiende a todas las personas. |
| 6 | Hay identificados muchos grupos de personas desde distintos dispositivos que permite el trabajo en salud con ellas. |
| 7 | Las líneas de autobuses están muy bien comunicadas tanto con el resto de la ciudad como con los pueblos. |
| 8 | La presencia de un hospital y varios centros de salud en la zona. |
| 9 | Capacidad de la ciudadanía para disfrutar de su entorno, paseos, actividades culturales, deportivas y de ocio. |

| Orden | Fortalezas |
|-------|--|
| 10 | Hay un amplio complejo universitario que permite el desarrollo educativo de la población. |
| 11 | Existe una gran interculturalidad. |
| 12 | Cuenta con un fácil acceso a varias redes de carretera con destino a otras provincias y comunidades. |
| 13 | Existe una zona de transformación social, lo que facilita la obtención de recursos. |
| 14 | Al ser una zona con recursos económicos bajos tienen muchos pequeños comercios. |
| 15 | Hay muchos centros educativos tanto de infantil, como de primaria y secundaria. |
| 16 | Hay un buen clima, la mayor parte del año, que permite disfrutar de hábitos saludables: andar, patines, bicicleta, etc. |
| 17 | Hay espacios verdes más o menos bien situados. |
| 18 | Desde los centros de salud se potencian los programas adaptados a la zona: planificación familiar, vacunaciones, etc. |
| 19 | El distrito está muy bien dotado de carril bici. |
| 20 | La ciudadanía tiene creatividad y buena disposición para afrontar obstáculos (ejemplo: uso de espacios abandonados, uso de casas abandonadas dándole el uso para actividades culturales...). |

| Orden | Fortalezas |
|-------|---|
| 21 | Es una zona que cuenta con el río próximo y permite ejercicio y actividades de ocio al aire libre. |
| 22 | Gran asociacionismo y existencia de agrupaciones vecinales. |
| 23 | Existencia de una buena red hotelera. |
| 24 | Hay muchos pisos de estudiantes y alquileres baratos por la cercanía al campus universitario de la Cartuja, por lo que hay una gran presencia de jóvenes. |
| 25 | Hay un gran número de profesionales que trabajan en servicios sociales, educación y salud que atienden a las necesidades de la ciudadanía. |
| 26 | Hay charlas, programas, actividades y celebración de efemérides relacionadas con la salud por parte de profesionales del SAS y del ayuntamiento dentro de los centros educativos (Forma Joven, UPS, Sección de Prevención de Drogodependencia, y Servicio de la mujer). |
| 27 | Profesionales implicados tanto por parte del profesorado como por parte de los servicios sanitarios. |
| 28 | Existencia de leyes que nos dan la base para poder desarrollar programas de salud y sociales: farmacia gratuita, dependencia, etc. |

| Orden | Fortalezas |
|-------|---|
| 29 | Hay una gran solidaridad entre las personas que viven en el distrito. |
| 30 | Integra dos facultades importantes como son medicina y odontología. |
| 31 | Dispone de una amplia red de recursos para la comunidad: educativos, sociales, sanitarios, etc. |
| 32 | Hay un albergue municipal y un centro de alta tolerancia que acoge numerosas personas sin hogar. |
| 33 | Muchos mercados públicos, tiendas de proximidad, y grandes superficies, en los que el acceso a la comida de aceptable calidad y buen precio es fácil. |
| 34 | Hay unidades de día y residencia de personas mayores. |
| 35 | Participación en actividades deportivas desarrolladas en la ciudad como maratón, carrera nocturna, etc. |
| 36 | Hay asociaciones y ONGs que trabajan con distintos colectivos y perfiles que están ubicadas en el hogar Virgen de los Reyes. |
| 37 | Hay muchas farmacias y herboristerías. |

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 | Se consume mucha droga y mucho alcohol. |
| 2º | Hay muchos gatos callejeros y hay gente que les lleva comida. |
| 3º | No hay campos de fútbol. |
| 4º | Hay mucha suciedad y basura por la calle. |
| 5º | Hay muchas peleas por la calle. |
| 6º | Hay mucha contaminación por los coches. |
| 7º | Se desperdicia mucha comida. |
| 8º | Se consume demasiado tabaco. |
| 9º | No hay suficientes parques y algunos no tienen juegos infantiles. |
| 10º | Hay gente que vende droga. |

| Necesidades Sentidas Grupo de Jóvenes | |
|---------------------------------------|---|
| 1º | No hay aparcamiento alrededor del hospital. |
| 2º | Falta de seguridad en la zona del Tanatorio por el Vacie. |
| 3º | Mucho tiempo de espera para la atención sanitaria. |
| 4º | Poca vigilancia en los parques públicos. |
| 5º | Pocos servicios de autobuses nocturnos. |
| 6º | Abuso de la zona azul. |
| 7º | Falta de vigilancia en los centros urbanos. |
| 8º | Mucha contaminación. |
| 9º | No hay fuentes de agua potable en la vía pública. |
| 10º | Falta de mobiliarios urbanos para personas mayores. |

| Necesidades Sentidas Grupo de Personas Adultas | | Necesidades Sentidas Grupo de Personas Mayores | |
|--|--|--|--|
| 1º | Mejorar las instalaciones de aislamiento en los colegios e institutos. | 1º | Pavimento peligroso. |
| 2º | Abrir la piscina pública Virgen de los Reyes y adaptarla a todas las edades. | 2º | Excrementos y suciedad por los perros. |
| 3º | Necesidad de mayor limpieza en las calles y en los parques. | 3º | Exceso de palomas y cotorras. |
| 4º | Que se mejoren las infraestructuras y limpieza en los parques. | 4º | Falta de educación vial, cumplir normas. |
| 5º | Actuaciones para disminuir el consumo de drogas en las calles. | 5º | Falta de línea de metro. |
| 6º | Aumentar el número de escuelas infantiles públicas y gratuitas. | 6º | Recogida de basuras diurna. |
| 7º | Disminuir el desempleo en la zona. | 7º | Solares abandonados que acumulan basuras y suciedad. |
| 8º | Que haya más zonas de sombra en los parques infantiles. | 8º | Contenedores de basuras al exterior. |
| 9º | Disminuir el consumo de alcohol en la vía pública. | 9º | Ruidos de tráfico nocturno. |
| 10º | Aumentar la vigilancia en las calles. | 10º | Pocos parques infantiles. |

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 de menores. |
| | 2. Problemas de drogadicción entre la población general. |
| | 3. Tabaquismo en población adulta y adolescentes. |
| Entorno Social | 1. Desigualdades de género (violencia machista). |
| | 2. Carencia de ofertas públicas de actividades ocio específicas para la juventud. |
| | 3. Absentismo escolar. |
| Entorno Ambiental | 1. Problemas de suciedad en la vía pública. |
| | 2. Carencias en el mobiliario urbano: fuentes de agua potable y bancos en las calles. |
| | 3. Carencia de infraestructuras deportivas públicas y adaptadas a las distintas poblaciones. |
| Desigualdades Socioeconómicas | 1. Lentitud del protocolo de respuesta y ayuda de la ley de dependencia. |
| | 2. Situaciones de pobreza energética. |
| | 3. Personas sin hogar pernoctando en espacios públicos del distrito. |

4.3. Plan de Acción

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

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

1. Informe de Salud.
2. Sesiones de trabajo del GMT.
3. Grupos 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 una gran diversidad de aspectos como la alimentación, la actividad física, el sueño, las relaciones afectivo-sexuales, el consumo de sustancias, etc.

Entre las consecuencias que tienen los hábitos de vida dañinos en la población nos encontramos altas tasas de obesidad, siendo llamativo en el colectivo juvenil el aumento de los casos de diabetes y síndrome metabólico, y de las enfermedades cardiovasculares prematuras. Pero también aparecen trastornos psicológicos, como son los relacionados con el consumo de sustancias o la depresión. Existe una retroalimentación en todo lo anterior, siendo a la vez causa y consecuencia entre sí. El conjunto de problemas derivados de mantener un estilo de vida poco saludable está relacionado con un alto porcentaje de casos de dependencia y muertes prematuras. En términos poblacionales los hábitos de vida no saludables causan baja calidad y esperanza de vida y mayor gasto de los servicios de salud.

Objetivo Estratégico 1 - Promover hábitos de vida saludable

Mantener hábitos de vida saludables disminuye la prevalencia de enfermedades crónicas. Por ejemplo, realizar actividad física de forma frecuente y consumir alimentos sanos reduce el peligro de sufrir afecciones cardiocirculatorias. Esto mejora la calidad de vida, favorece un envejecimiento saludable (en buen estado de salud) y beneficia la salud mental y la felicidad de la población.

Alto porcentaje de sedentarismo entre la población escolar

Una de las variables que se relaciona con este problema es la falta de hábitos de actividad física en las propias familias, no la realizan en su vida cotidiana ni la contemplan como opción de ocio; en parte porque no diferencian la realización de actividad física de la deportiva, como por ejemplo pasear. Esto se agrava con el auge cada vez mayor de actividades alrededor de una pantalla (televisión, ordenador, tablet, smartphone) restando tiempo a actividades menos sedentarias. Otra variable es el coste económico de las actividades deportivas, que supone un obstáculo en aquellas familias con menos recursos. Por último, desde las administraciones públicas hay poca implicación en esta área, dejando que desaparezcan programas que venían funcionando, como ‘escuela y deporte’, y dando como resultado que, actualmente, las actividades extraescolares estén en manos de las familias (hoy en día muchas se desarrollan en los centros educativos por las tardes a través de las AMPAS), por lo que en aquellos centros donde padres o madres no están implicados, no hay actividades deportivas. Esta ausencia ha llevado a un repunte de la obesidad juvenil en el distrito.

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 del distrito. |
| Cálculo | Si / No. |
| Fuente | Fichas de medidas - Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar programas familiares con el objetivo de establecer hábitos de actividad física en la familia. • Dotar a los centros educativos con infraestructura y materiales para que puedan desarrollarse actividades deportivas en horario de tarde y restablecer programas que han tenido éxito, como ‘escuela y deporte’. • Desarrollar campañas contra el uso excesivo de ‘las pantallas’ (smartphone, tablet, ordenador, televisión). • Promocionar los bonos sociales para cubrir el pago de actividad física para familias que no tienen recursos económicos y fomentar las escuelas deportivas de iniciación que son subvencionadas por el IMD (cobran hasta un máximo de 17€). |

Problemas de drogadicción entre la población general y tabaquismo en población adulta y adolescentes

El consumo de sustancias, legales e ilegales, y los consecuentes problemas de drogadicción tienen algunas causas comunes. Entre las que son legales, como el alcohol y el tabaco, el factor fundamental es la aceptación social y la accesibilidad que tienen (es fácil verlas y adquirirlas). Estos aspectos favorecen la escalada de consumo, desde el momento en que se prueba.

Aquí se encuadra el problema de tabaquismo existente en el distrito. En la adolescencia, la presión del grupo de iguales es la principal causa de iniciar su consumo. Y se está identificando cada vez más que ese inicio es a través de cachimbas; esta nueva tendencia está teniendo todavía poco control y hay poca información y conciencia del peligro dentro de las familias. Entre la población de personas adultas, donde la adicción ya está instaurada, se identifica que las recaídas en el consumo se dan con mayor frecuencia en las situaciones sociales y cuando se viven ciertos estados de ánimo (estrés y ansiedad).

En cuanto a las sustancias cuyo consumo no es legal, una de las causas que afectan a la aparición de adicciones es la ausencia, o carencia, de control por parte de las autoridades. La población puede acceder a ellas sin demasiado problema y las consecuencias legales son menores, en caso de ser interceptada por agentes de la ley. Respecto a algunas sustancias ilegales, también ayuda la relativa aceptación social que hay de su consumo.

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

| | |
|-----------------------------|--|
| Indicador | Cobertura anual de las medidas desarrolladas. |
| Definición | Desarrollo de medidas de prevención del consumo de drogas que beneficien al menos al 50% de la población del distrito. |
| Cálculo | $(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias} / \text{Total de personas censadas en el distrito}) \times 100$. |
| Fuente | Fichas de medidas - Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Programas y campañas de sensibilización. • Desarrollo de control al acceso de las distintas drogas de toda la población en general. |

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 este entorno no es positivo o favorecedor las consecuencias son generales para toda la población.

Uno de los efectos inmediatos es el aislamiento social, las personas de la comunidad tienden a relacionarse menos entre sí. Esta situación mantenida en el tiempo termina favoreciendo la aparición de trastornos en el estado de ánimo y depresiones. Cuando además hay problemas socioeconómicos, tanto laborales como adquisitivos, se agravan los problemas sociales en la comunidad, ya que suponen un factor importante de estrés.

Objetivo Estratégico 2 - Fomentar un entorno social positivo

Si mejoran las relaciones interpersonales mejora la salud general y el bienestar de la comunidad. Se genera un ambiente de seguridad, por la disminución de las situaciones de violencia social. Cuando el entorno social es amable se facilitan las redes de apoyo, desapareciendo el aislamiento y los trastornos emocionales relacionados, por lo que mejora la salud.

Restablecer la calidad de las relaciones sociales implica una mejora de la salud individual pero también colectiva, de toda la comunidad, ya que se refuerza el tejido social.

Desigualdades de género (violencia machista)

Las situaciones de desigualdad de género se producen ante la falta de actuaciones que provoquen un cambio real. Existen medidas, pero se mantiene la incoherencia social. Es decir, los mensajes que emiten determinados ámbitos se contrarrestan con los que aparecen en otros, por ejemplo, los medios de comunicación masivos.

Los cambios tienen que venir desde los poderes políticos, cuyo mensaje actualmente es más propaganda que una intención real.

Objetivo General 2.1 – 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 | $\text{N}^\circ \text{ de mujeres beneficiarias} / \text{N}^\circ \text{ de hombres beneficiarios.}$ |
| Fuente | Fichas de medidas - Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Adjudicación de más recursos adecuados tanto humanos como económicos a los programas de coeducación y de prevención de la violencia machista. • Formación de calidad en género de profesionales y agentes sociales. |

Carencia de ofertas públicas de actividades de ocio específicas para la juventud

La escasez de actividades gratuitas para la juventud ofertadas desde las administraciones e instituciones públicas en el distrito, se debe a un frágil compromiso de éstas respecto al colectivo. No interesa políticamente porque no vota ni tiene poder adquisitivo para consumir. Además, no tiene oferta de espacios públicos para este uso, y los que hay están siendo infrutilizados.

Objetivo General 2.2 - Fomentar la oferta de actividades de ocio saludable desde las administraciones públicas

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Tasa de personas beneficiarias. |
| Definición | La tasa anual de personas que se benefician de actividades e iniciativas saludables ofertadas por las instituciones del distrito vinculadas al PLS muestra una tendencia creciente. |
| Cálculo | Sumatorio anual de personas beneficiarias (por grupos de edad) de las distintas actividades saludables / total de población censada (por grupos de edad). |
| Fuente | Fichas medidas – Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Creación nuevos espacios para ocio en el distrito. • Mejora de la gestión de los espacios que ya existen. |

Absentismo escolar

La existencia de absentismo entre la población escolar del distrito se relaciona especialmente con las familias. Por un lado, hay una falta de conciencia sobre la importancia y trascendencia de la educación. Por el otro, ante la débil situación socioeconómica actual, el padre y/o la madre tienden a priorizar la actividad económica sobre la educativa, y prefieren que los y las menores ganen dinero, aunque eso implique que abandonen su educación.

Objetivo General 2.3 - Fomentar la prevención el absentismo escolar

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Tasa de absentismo. |
| Definición | La tasa de menores absentistas muestra una tendencia decreciente para el año 2023. |
| Cálculo | Nº de absentistas / Nº alumnado. |
| Fuente | Registro absentismo. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a la familia que por su problemática económica y características culturales no pueda hacerse cargo de los hijos e hijas de la forma más adecuada. • Coordinar equipos multidisciplinares que propongan una solución real entre la familia y la escuela; Por ejemplo: programas donde se contratan a educadores que se encargan y se responsabilizan de asegurar que los y las menores asistan a la escuela. |

Línea de Acción 3: Entorno Medioambiental

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

Las personas utilizan menos los espacios públicos, favoreciéndose el aislamiento social, y el individualismo. Esto fomenta problemas y alteraciones emocionales y mentales, como el síndrome ansioso depresivo, pero también favorece el sedentarismo, ya que se sale menos a las calles, lo que promueve la aparición de otras complicaciones físicas. Estas circunstancias son especialmente perjudiciales para la población más mayor, cuyas enfermedades crónicas empeoran.

Por otro lado, cuando los espacios públicos y el entorno del distrito no están cuidados, afecta a la imagen en general de la ciudad pero especialmente del distrito, lo que termina afectando a la economía de barrio.

Objetivo Estratégico 3 - Promocionar un entorno medioambiental de calidad

Con un entorno físico agradable y en condiciones adecuadas, las personas se mueven sin dificultad haciendo un mayor uso de los espacios públicos. Esto favorece la creación y fortalecimiento de las relaciones sociales y las redes de apoyo mutuo. Además, se hacen más actividades al aire libre, por lo que el ocio y el estilo de vida es más saludable. En conclusión, mejora la calidad de vida de toda la ciudadanía.



Problemas de suciedad en la vía pública

La existencia de suciedad en las calles y espacios públicos del distrito se debe principalmente a una falta de educación y civismo de la población. Los servicios de recogida de basura funcionan bien y hay una normativa que prohíbe arrojar residuos en espacios públicos, pero hay una falta de recursos tanto para educar como para sancionar, por lo que no se cumple.

Objetivo General 3.1 - Promocionar un comportamiento cívico limpio en los espacios públicos

| | |
|-----------------------------|--|
| Indicador | Cobertura anual de medidas. |
| Definición | Las medidas implementadas alcanzan al menos el 50% de la ciudadanía del distrito. |
| Cálculo | $(N^{\circ} \text{ anual de personas receptoras} / \text{total de personas censadas}) \times 100$. |
| Fuente | Fichas medidas – Agendas anuales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar y ejecutar programas destinados a aumentar la conciencia social. • Mejorar la dotación de recursos humanos para el control del cumplimiento de la normativa y para el desarrollo de los programas educativos. |

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

La falta de fuentes de agua potable y bancos responde a la ausencia de inversión pública, escasez de conciencia política o a la carencia de interés y voluntad. A esto se suma el poco respeto a este mobiliario, lo que hace que no se haga más inversión porque se vandaliza. El equipamiento nuevo no se mantiene porque no hay presupuesto previsto para desperfectos y reposiciones. Por último, la propia ciudadanía se queja cuando estos elementos se colocan cerca de sus casas, porque perciben un mal uso, o porque las personas que los usan les producen molestias e incomodidades, lo que lleva en ocasiones a que se retiren.

Objetivo General 3.2 - Promocionar la mejora de 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"> • Aumentar la inversión pública. • Concienciar a la ciudadanía sobre la importancia del mobiliario. • Concienciar e implicar a asociaciones para el uso adecuado de este mobiliario. |

Carencia de infraestructuras deportivas públicas y adaptadas a las distintas poblaciones

Detrás del problema de la falta de infraestructuras deportivas está la falta de gestión de espacios que se puedan destinar para uso deportivo. No hay zonas deportivas en el distrito, pero se podrían crear, utilizando áreas que actualmente están en desuso. Esta búsqueda no se gestiona porque falta presupuesto económico. Por otro lado, la ciudadanía que vive cerca de los espacios que se podrían reenfocar a su uso deportivo está en contra por las molestias que puedan sufrir (por ejemplo, el ruido).

Objetivo General 3.3 - Promocionar la dotación de instalaciones deportivas

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Porcentaje de dotaciones deportivas. |
| Definición | El porcentaje de dotaciones deportivas 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"> • Invertir en nuevas instalaciones públicas. • Priorizar la búsqueda de espacios. • Optimizar los recursos que existen. |

Línea de Acción 4: Desigualdades Socioeconómicas

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

Las familias que se encuentran en una situación de vulnerabilidad socioeconómica tienden a consumir productos más baratos, que suelen ser de peor calidad. Cuando esto ocurre con productos alimentarios aumenta el peligro de que se produzcan consecuencias perjudiciales para la salud, ya que una dieta limitada y poco variada puede producir obesidad, diabetes y malnutrición. Además, las personas que viven estas situaciones de forma mantenida presentan altos niveles de estrés, lo que puede producir problemas mentales como la ansiedad y la depresión, y en muchas ocasiones fomenta el consumo de sustancias tóxicas como alcohol y tabaco, que también tienen graves consecuencias para la salud física y mental de la persona.

Objetivo estratégico 4 - Favorecer la equidad socioeconómica

Si se mejoraran las condiciones socioeconómicas de la población del distrito, todas las personas tendrían las necesidades básicas cubiertas y se eliminaría el riesgo de exclusión social. Además, se consumirían productos de calidad, optimizando la salud física de las personas. La seguridad y estabilidad que garantiza un nivel económico adecuado reduce el peligro del consumo de ciertos tóxicos y la prevalencia de problemas mentales asociados al estrés. La reducción de las desigualdades socioeconómicas mejora la calidad de vida de la ciudadanía.

Carencias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

Los problemas relativos al SAAD se atribuyen a una mala gestión por parte de la Administración Pública. Hay una falta de implicación de las distintas administraciones relacionadas (Servicios Sociales y Salud), sin que ninguna tome la responsabilidad, lo que denota una falta de interés político.

Desde que se creó el SAAD en el año 2007 no se han revisado ninguno de los procedimientos e instrumentos de valoración y actualmente no se ajustan a la realidad, lo que genera más problemas.

Por otro lado, la ciudadanía no percibe el cumplimiento de la ley de la dependencia como un derecho, por lo que no presiona a los poderes públicos para que se haga efectiva.

Objetivo General 4.1 - Favorecer la mejora del SAAD

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Tasa de cobertura del SAAD. |
| Definición | La tasa de ejecución de prestaciones reconocidas en los PIA es menor de 1. |
| Cálculo | $\text{N}^\circ \text{ de personas percibiendo prestación incluida en su PIA} / \text{N}^\circ \text{ de personas con PIA.}$ |
| Fuente | Registro servicios sociales. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de los procedimientos e instrumentos de valoración de la Ley de Dependencia: de asignación de recursos, de adjudicación de grado, etc. • Gestión de campañas de sensibilización e información a la ciudadanía para que se conciencien de que los servicios sociales son un derecho de toda la ciudadanía. • Aumento de las partidas presupuestarias. • Mejorar la coordinación intersectorial entre las distintas administraciones. |

Situaciones de pobreza energética

Las situaciones de pobreza energética se dan en hogares donde las rentas son muy bajas o hay una situación de pobreza económica (ningún recurso económico). Detrás de esta realidad está la situación de crisis económica de larga duración que hemos padecido, que ha generado un alto índice de desempleo y ha aumentado la economía sumergida. En el distrito hay personas con pensiones mínimas y precariedad laboral.

En el distrito hay también dos zonas desfavorecidas: El Cerezo y Polígono Norte. En estas zonas se concentra población con situaciones económicas muy precarias, y es donde emergen los casos más graves de pobreza energética.

Objetivo General 4.2 - 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. |
| 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"> • Fomentar la creación de empleo, especialmente dirigido a población de parados de larga duración y mujeres. • Realizar más cursos de formación para el empleo. • Mejorar la estabilidad de los contratos laborales. • Aumentar el salario mínimo. • Agilizar la gestión de la renta mínima. |

Personas sin hogar pernoctando en espacios públicos del distrito

La mayoría de los recursos de atención a personas sin hogar se ubican en el distrito. Pero las plazas disponibles no son suficientes, o quienes los solicitan no son admitidos (consumo de tóxicos), por lo que estas personas terminan pernoctando en los espacios públicos del distrito. Esto ha terminado generando un rechazo por parte de la comunidad, la vecindad no quiere un recurso de estas características cerca de su casa, y aunque estos centros ya existían, se ha creado una plataforma ciudadana para que los quiten.

No existen datos oficiales rigurosos sobre el número de personas que pernoctan en los espacios públicos ya que el seguimiento de los casos se ve dificultado por la situación cambiante que les caracteriza. A lo que se añade, que las cifras de los registros de las diversas administraciones no concuerdan.

Objetivo General 4.3 - Favorecer la reducción del número de personas sin hogar que pernoctan en espacios públicos del distrito

| | |
|-----------------------------|---|
| Indicador | Media de personas en situación de 'sinhogarismo'. |
| Definición | La media del número de personas en situación de 'sinhogarismo' registradas en los distintos servicios y recursos existentes en el distrito, se reduce respecto al mismo dato del año 2018. |
| Cálculo | Sumatorio de los totales de los registros / N° total de registros incluidos. |
| Fuente | Registros de los recursos y servicios de atención a personas sin hogar. |
| Propuestas de acción | <ul style="list-style-type: none"> • Repartir los recursos de atención en distintas zonas de la ciudad. • Crear conciencia ciudadana de la importancia de estos recursos para que no dificulten y obstaculicen que se abran recursos en otras zonas. • Desarrollar políticas para la prevención específica de esta situación. • Crear más recursos residenciales. |

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

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

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

5.2. Comunicación externa

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

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

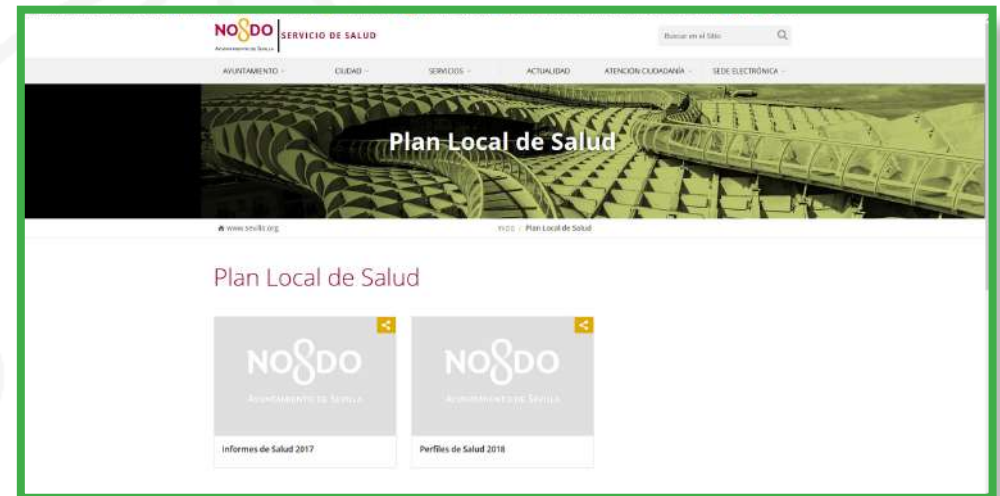
Logotipo: El PLS de Sevilla cuenta con su propio logotipo. El Árbol RELAS con el nombre en su base. Este distintivo se incluye en todas las actuaciones y documentación se realicen en relación al PLS.

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

Ilustración 23: Logotipo del PLS de Sevilla.



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



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

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

**BASADO EN
LOS DETERMINANTES
DE LA SALUD**

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

Por lo tanto...

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

MICHAEL MARMOT

INTERSECTORIAL

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

PARTICIPATIVO

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

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



DELEGACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO
Dirección General de Salud Pública y Protección Animal
Servicio de Salud
Hogar Virgen de los Reyes
C/ Fray Isidoro de Sevilla, 1
CP: 41009 - Sevilla
+34 - 955.47.29.03
WWW.SEVILLA.ORG

RED
ACCIÓN
PLAN
LOCAL DE
SALUD
2019 - 2023



NO&DO
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo

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

PLAN LOCAL DE SALUD DE SEVILLA

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

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

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

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

WWW.REDLOCALSALUD.ES

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

Esto significa...



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



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



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



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

NUESTRO CAMINO

The timeline shows the following milestones:

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



6. Bibliografía

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

7. Glosario de términos y acrónimos

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

