

Distrito:

San Pablo - Santa Justa

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	53
2. Misión, visión y principios rectores	9	4.3. Plan de Acción	53
3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla	11	1. Línea de Estilos de Vida	54
3.1. Fase Inicial	12	2. Línea de Entorno Social	58
3.2. Fase de Perfil de Salud	16	3. Línea de Entorno Medioambiental	62
3.3. Fase de Priorización	18	4. Línea de Desigualdades Socioeconómicas	66
3.4. Fase de Plan de Acción	19	5. Plan de Comunicación	69
3.5. Fase de Implantación	20	6. Bibliografía	73
3.6. Evaluaciones	21	7. Glosario de términos y acrónimos	74
4. Documentos		8. ANEXOS	
4.1. Perfil de Salud	23	Anexo 1: Ficha de Medidas	76
4.1.1. Informe de Salud	23	Anexo 2: Checklist Implantación	77
4.1.2. Análisis Técnico Sectorial	48		
4.1.3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía	51		



1. Marco normativo y conceptual

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

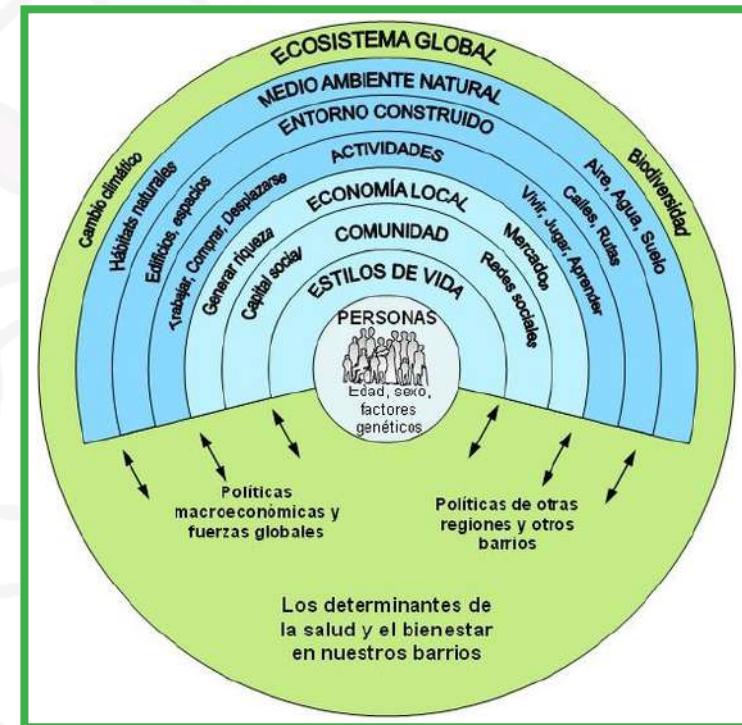
Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa hace 30 años, pasando por las de Adelaida y Helsinki, hasta la última de noviembre 2016 en Shanghái, se han ido dando pasos para ir enriqueciendo, adaptando y actualizando este concepto de Salud a la sociedad actual.

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

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

(Wilkinson and Marmot, 2003)

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



Europa

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

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

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

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

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

España

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

Andalucía

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



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

Artículo 40. La autonomía local en salud pública.

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

Artículo 41. El Plan Local de Salud.

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

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

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

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

Ilustración 2: Fases de la metodología RELAS.



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

Las **fases** son las siguientes:

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

2. Misión, visión y principios rectores

2.1. Misión

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

2.2. Visión

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

2.3. Principios rectores

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

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

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

Este nuevo Plan introduce como novedad, respecto al anterior elaborado por el Servicio de Salud, el que es un **Plan de CIUDAD** donde la presencia y particularidad de cada territorio tendrá entidad propia, con la finalidad de poner en valor las necesidades de cada zona, para de esta forma facilitar su gestión entre los diferentes sectores y administraciones. 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), de la Consejería de Salud (Servicio de Promoción y Acción Local en Salud), de la Unidad de Salud Pública del Distrito Sanitario Sevilla y de la Delegación Territorial de Salud y Políticas Sociales (Jefatura de Servicio de Salud Pública y Profesionales de Acción Local en Salud). Con las funciones de impulsar el proyecto y facilitar el proceso, realizar propuestas para la planificación estratégica y desempeñar tareas de asesoramiento y formación.

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



Imagen de Reunión del Grupo Sevilla (2017).



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

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

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



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

Las funciones del GMT son:

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

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

El **Grupo Motor Territorial del distrito San Pablo – Santa Justa** está compuesto por profesionales técnicos¹ de las siguientes entidades.

ENTIDADES
Unidad de Promoción de la Salud San Pablo-Santa Justa (U.P.S.)
Servicio de Salud - Sección Promoción de la Salud
Distrito San Pablo - Santa Justa
Servicios Sociales (U.T.S.)
Centro Cívico San Pablo
Instituto Municipal de Deportes (I.M.D)
Unidad de Gestión de Salud Pública Sevilla
Centro de Salud Ronda Histórica
Centro de Salud Esperanza Macarena
Centro de Salud San Pablo
C.E.I.P. Borbolla
C.E.I.P. San Pablo
I.E.S. Joaquín Turina
I.E.S. Antonio Machado

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 **23 de octubre de 2017 en el Centro de Servicios Sociales Comunitarios San Pablo/Santa Justa**. El objetivo principal es la creación del GMT, que sus integrantes se conozcan y reciban una formación inicial sobre las bases metodológicas y conceptuales de la Acción Local en Salud. Se abordan los fundamentos de la estrategia RELAS, con la legislación relacionada y la metodología de elaboración de PLS.

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

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

3.2.2. Detección de necesidades sentidas

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

La técnica tiene los siguientes pasos:

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

El 20 de noviembre de 2017 en el Centro de Servicios Sociales Comunitarios San Pablo - Santa Justa 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** (17a 26 años), **adultos** (27 a 60 años) y **mayores** (más de 61 años). Además, se estableció la premisa de que los grupos debían tener una composición equitativa de mujeres y hombres.

3.3. Fase de Priorización

Para la priorización de los problemas identificados en el distrito, el equipo de coordinación técnica del PLS, elabora un listado con los problemas que se identifican en las distintas partes documento del Perfil de Salud: Informe de Salud, Análisis Técnico Sectorial y los Grupos Nominales. Se realiza entonces un taller el día **16 de Mayo de 2018** en el que participan las personas del GM del distrito, donde se explica la técnica de priorización y se aplica al listado de problemas ya elaborado.

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

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

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

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

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

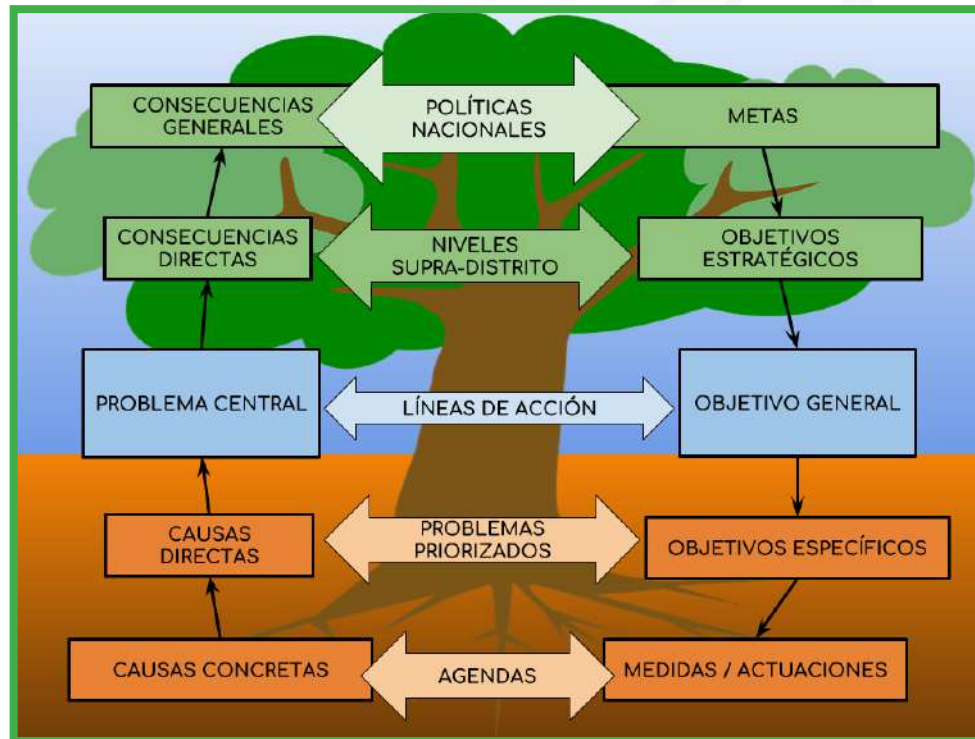
Se suman las puntuaciones de todos los participantes y se ordena el listado resultante. Los problemas priorizados en cada determinante de salud son los tres que han obtenido mayor puntuación.



3.4. Fase Plan de acción

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

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



Se convoca un taller con el GMT el 28 de noviembre de 2018, donde se presentan las conclusiones del taller anterior (las priorizaciones), y la propuesta de borrador del plan de acción. A continuación se plantea realizar una dinámica llamada 'Árboles de problemas y de soluciones' donde 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.

3.5. Fase Implantación

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

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

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

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

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

Ilustración 7: Esquema contenido de agenda.



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

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

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

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

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

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

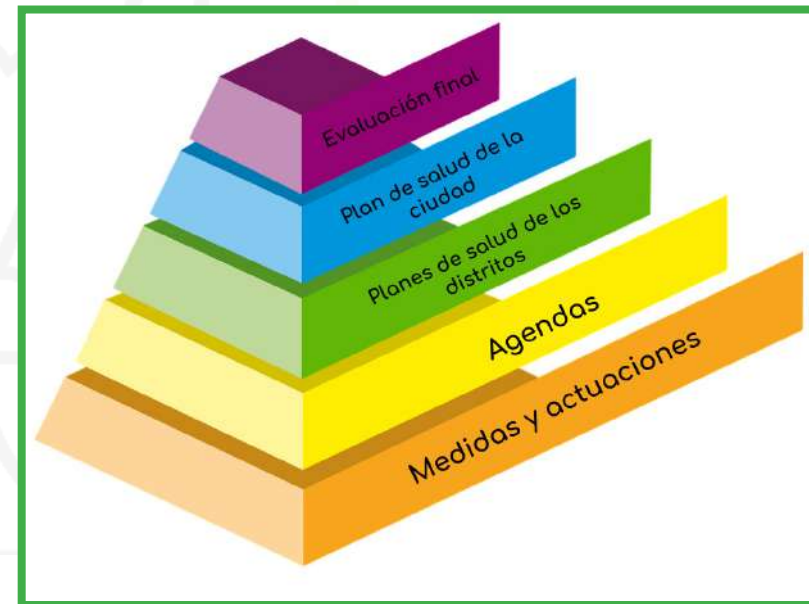
Estas medidas se incluyen en una Agenda en la que se valora los posibles resultados impactos directos o indirectos que estas acciones o actividades tengan sobre la salud de la ciudadanía.

3.6. Evaluaciones

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

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

Ilustración 8: Niveles de Evaluación.



Evaluaciones según los momentos:

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

Evaluaciones según los objetivos:

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

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

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

4. Documentos

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

4.1. Perfil de Salud

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

Incluye:

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

1. Informe de Salud

A. División administrativa

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

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



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

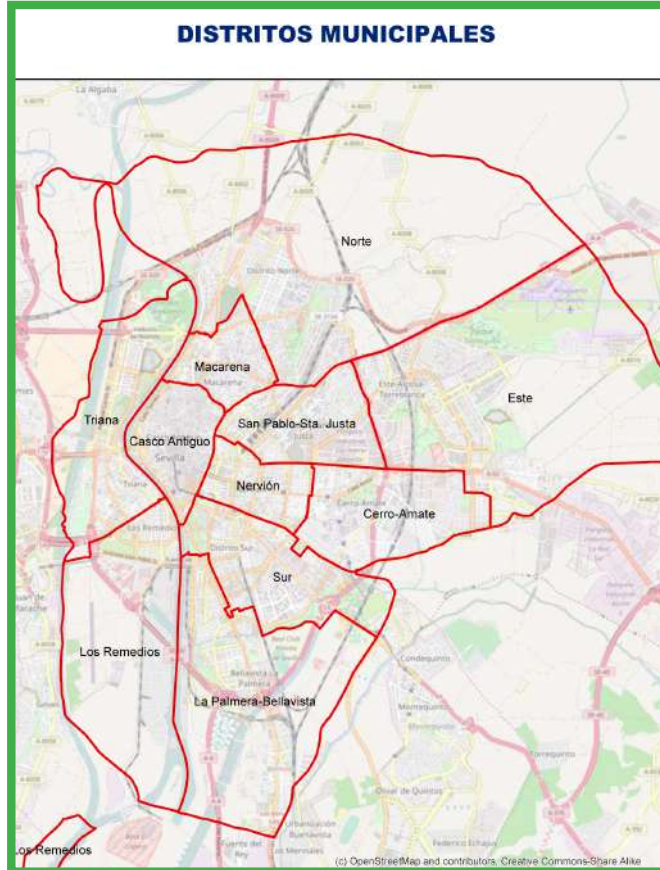
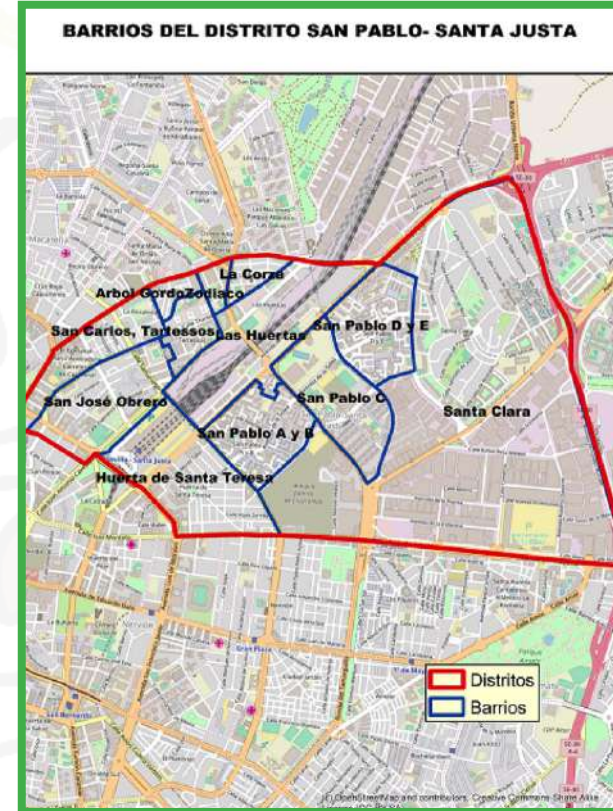


Ilustración 10: Extensión geográfica de los barrios del Distrito.



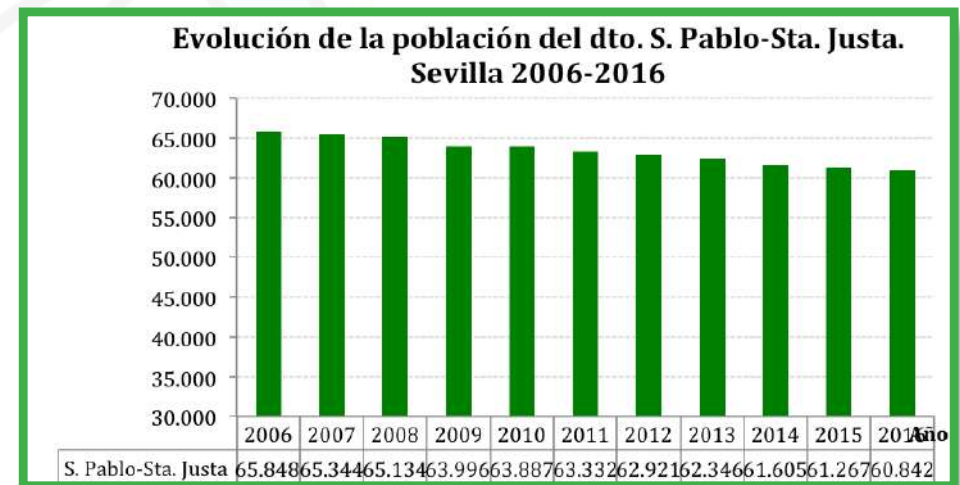
B. Datos socio-demográficos

San Pablo - Santa Justa es el cuarto distrito con menor superficie, y una población de 60.842 habitantes (el 8,7% del total de Sevilla). Es el quinto distrito en densidad de población, el doble que la ciudad.

La población del distrito ha ido disminuyendo de forma uniforme en la última década, perdiendo desde 2006 unos 5.000 habitantes, un 8% de su población.

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



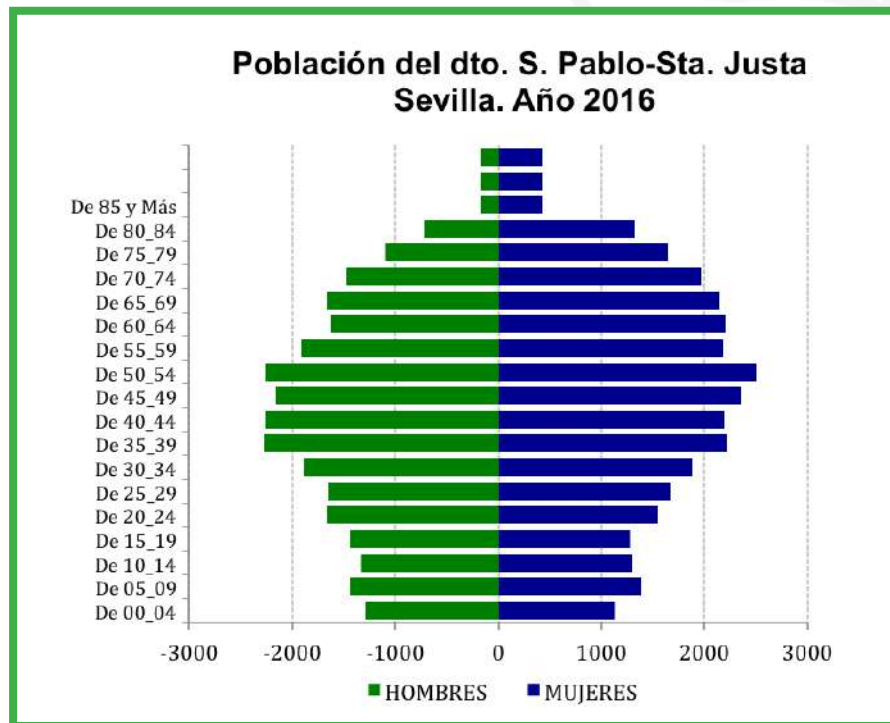
Indicadores demográficos relativos al envejecimiento poblacional

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

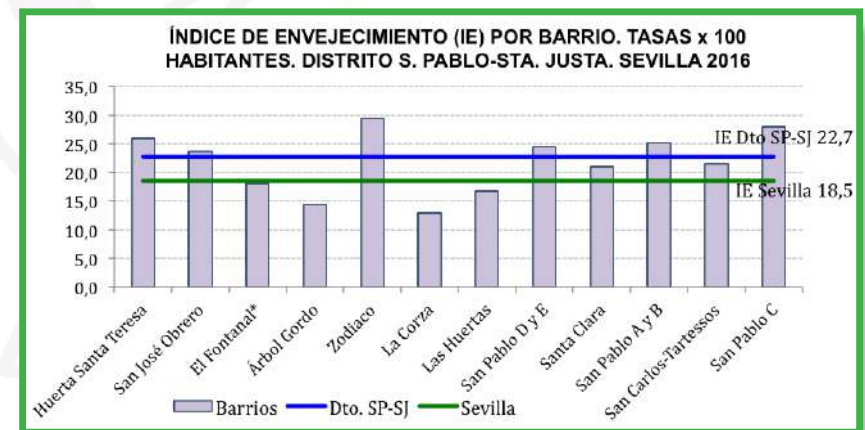
Algo más de la mitad de las personas mayores de 64 años del distrito (55 %) se encuentran en los cuatro barrios más poblados: San José Obrero, San Pablo D y E, Santa Clara y San Pablo A y B.

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

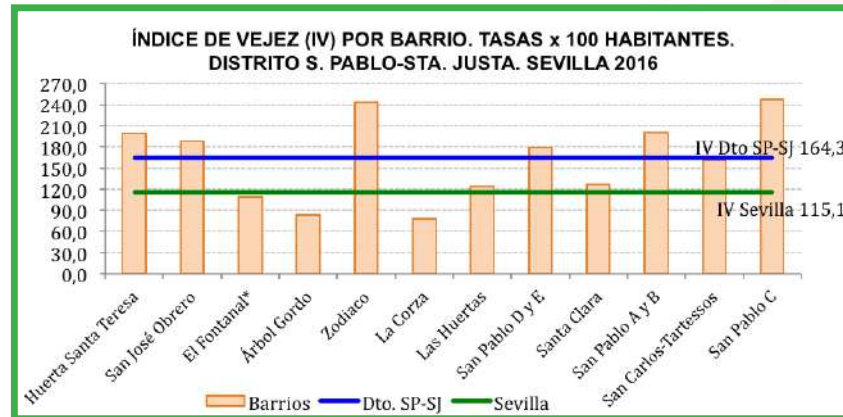


Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



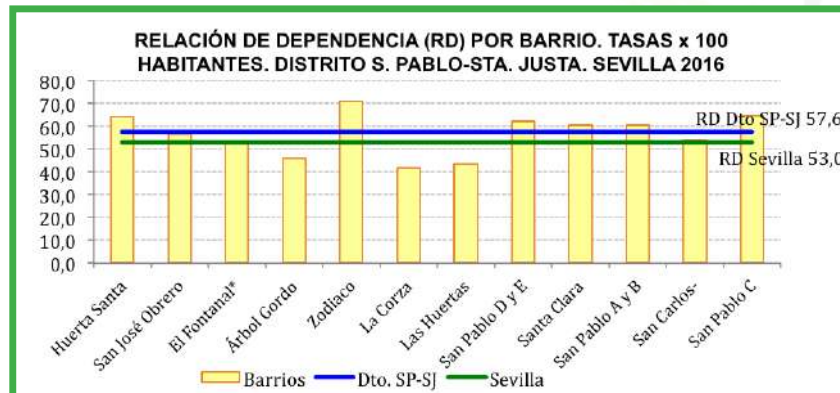
El **Índice de Vejez** informa sobre el relevo generacional, es decir, es el cociente entre la población mayor de 64 años y la población menor de 16 años multiplicada por cien.

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.

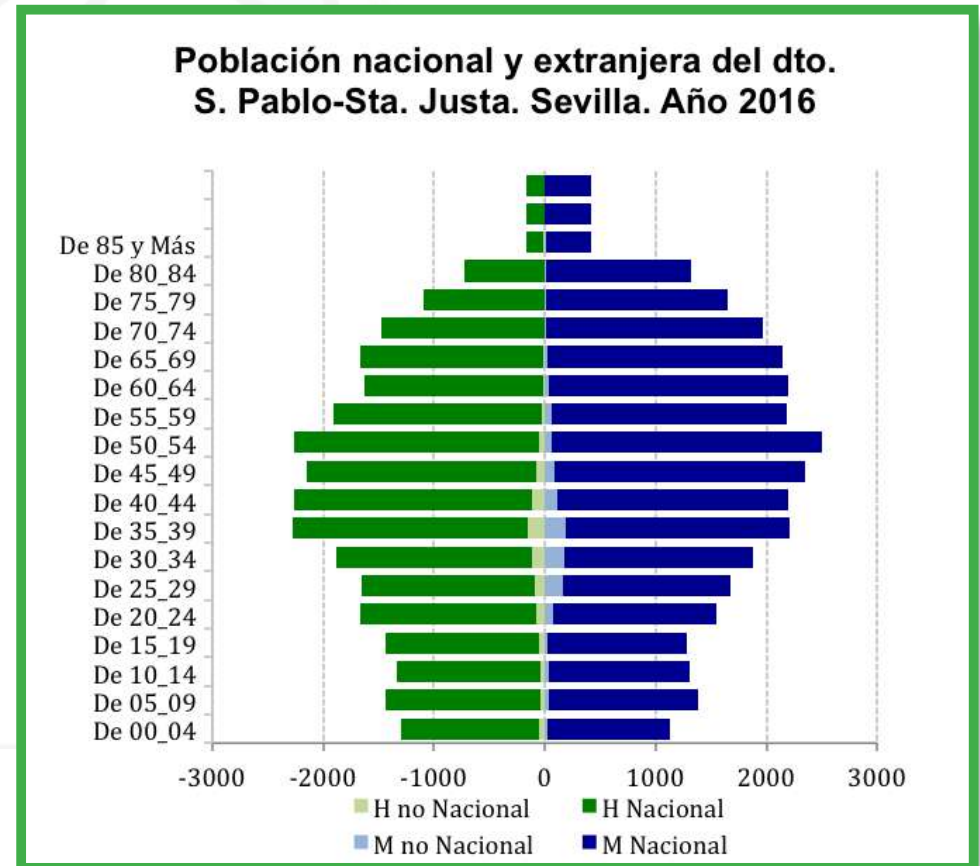
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Población Extranjera

De los casi 36.000 habitantes que constituyen la **población extranjera de la ciudad**, en el distrito San Pablo - Santa Justa encontramos 2.071 personas de ambos sexos, es decir el **5,8% del total de la población extranjera de la ciudad**.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



La distribución en el distrito San Pablo - Santa Justa de dicha población extranjera por su nacionalidad se muestra a continuación. Aunque con excepciones, se han agrupado según el continente de origen, por diferencias culturales se ha separado Europa Occidental de la Oriental y América del Sur del resto del continente; en el caso de África se ha distinguido la procedencia de Marruecos por ser esta nacionalidad predominante con diferencia del resto del continente africano.

La mayoría de la población extranjera en este distrito procede de Europa Occidental y Asia.

Es frecuente que la población no española se agrupe según su nacionalidad en unos barrios concretos dentro de los doce en los que se divide el distrito. Así, el 42% de la ciudadanía procedente de América del Sur vive en San Pablo A y B y San Pablo D y E. Casi dos tercios de las personas oriundas de Europa Occidental se encuentran en los barrios Santa Clara, Huerta de Santa Teresa y San José Obrero. Finalmente, un tercio de las personas oriundas de Asia habitan en San José Obrero y El Fontanal - M^a Auxiliadora - Carretera de Carmona.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Procedencia de la Población Extranjera Residente en el Distrito				
Procedencia	Hombres	Mujeres	Ambos	% Extranjeros (Ambos)
Europa Occidental	1383	1396	2779	54,5
Asia	235	376	611	12,0
América del Sur	199	290	489	9,6
Resto de América	157	303	460	9,0
Europa del Este	152	258	410	8,0
Marruecos	110	92	202	4,0
Resto de África	48	61	109	2,1
Otros	24	17	41	0,8
Total	2308	2793	5101	100,0

C. Datos Socioeconómicos

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

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

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

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

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

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

En este distrito la agrupación de barrios ha sido la siguiente:

- Agrupaciones 18 y 42: “Huerta Santa Teresa” y “Santa Clara”, con **nivel 1**.
- Agrupación 6: “San José Obrero - El Fontanal - M^a Auxiliadora - Carretera de Carmona”, con **nivel 2**.
- Agrupación 36: “Zodiaco - Árbol Gordo - La Corza - Las Huertas - San Carlos - Tartessos”, con **nivel 3**.
- Agrupación 38: “San Pablo D y E - San Pablo A y B - San Pablo C”, con **nivel 5**.

Los siguientes mapas recogen esta información, así como el índice basado en los datos de 2001 y los cambios producidos en el periodo analizado. Como vemos, las agrupaciones de barrio han mantenido o mejorado el nivel de 2001 a 2011.

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

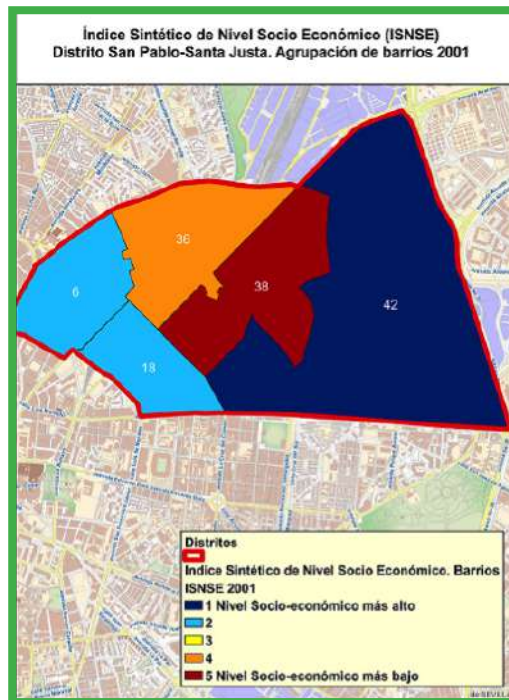


Ilustración 12: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.

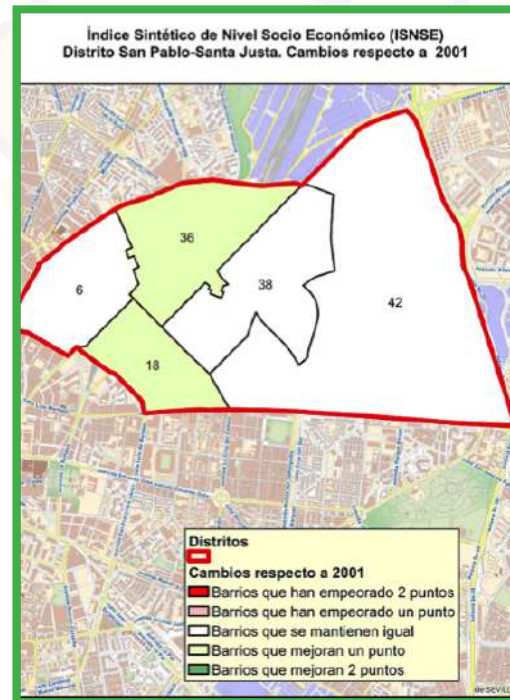
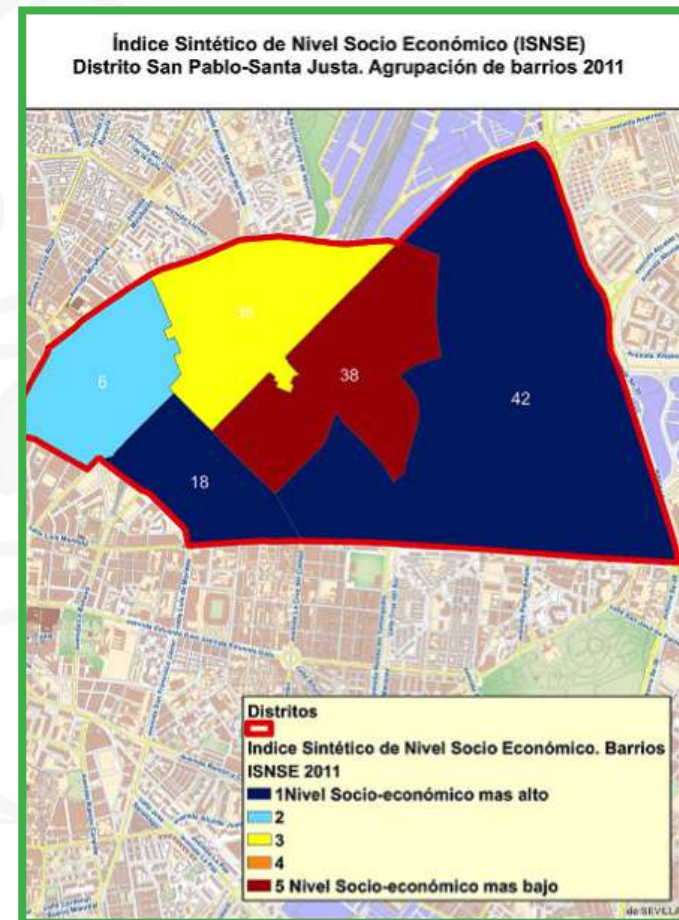


Ilustración 13: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.



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.

Como vemos, **tres de los barrios del distrito San Pablo - Santa Justa (San Pablo A y B, San Pablo C, San Pablo D y E)** se encuentran entre los identificados en este estudio como de menor renta (año 2012).

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia

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

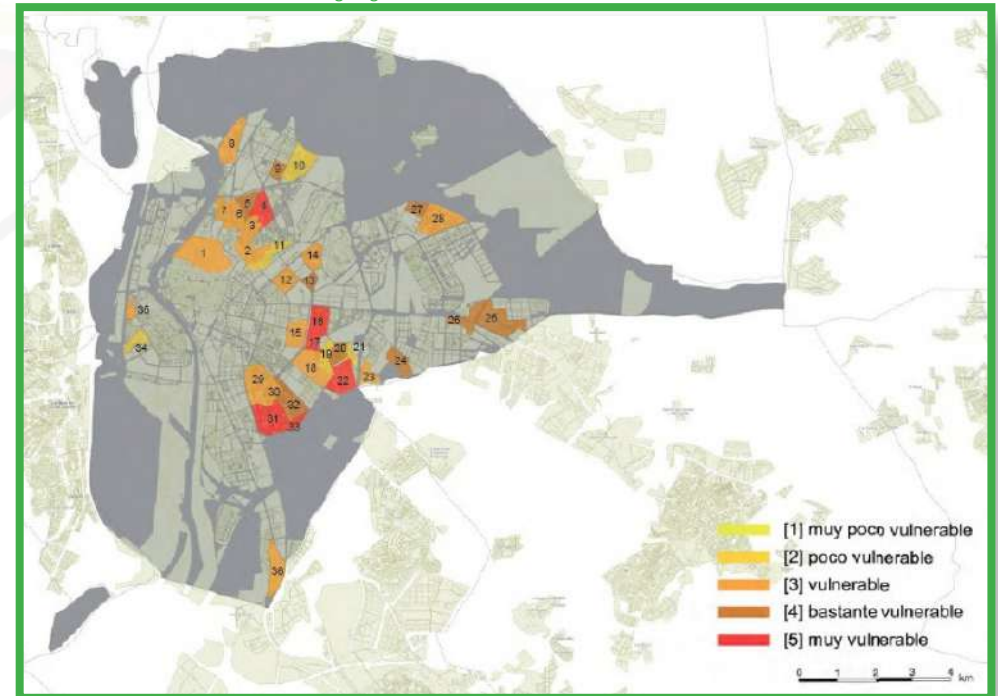
Barrios vulnerables

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

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

En el caso de este distrito, tal y como vemos en el anterior mapa, este estudio ha identificado como vulnerables 3 zonas, “San Pablo A y B”, “San Pablo C” y “San Pablo D y E”.

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



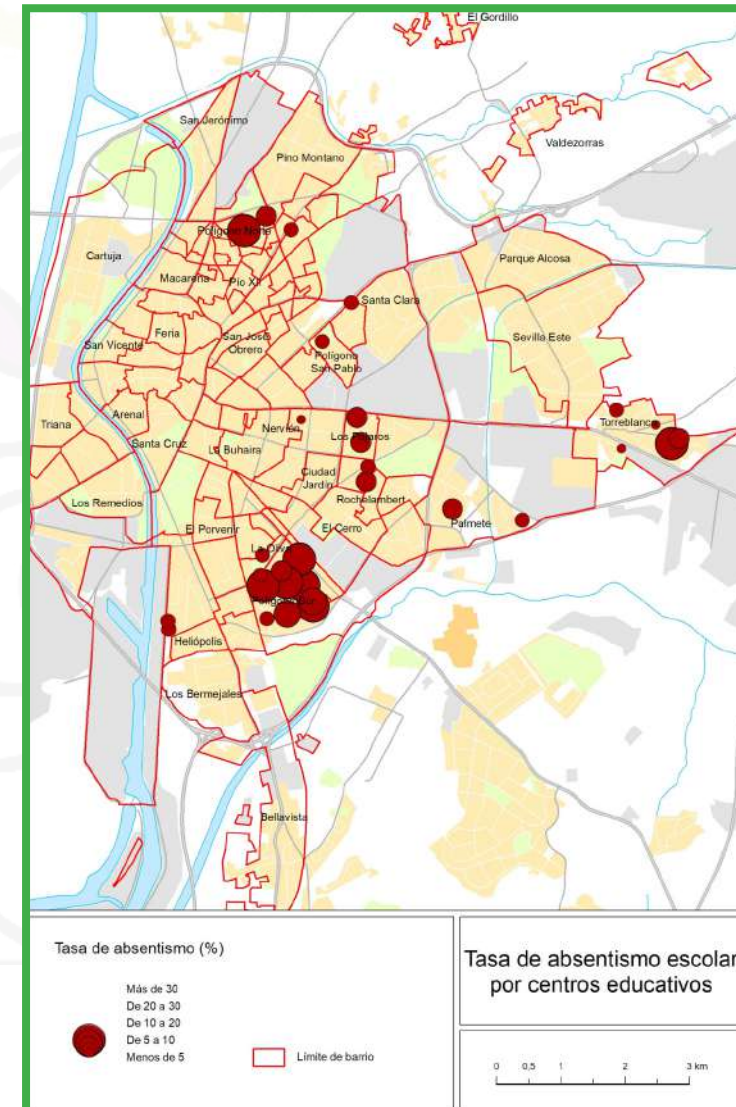
Absentismo Escolar

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

Ilustración 15: Distribución geográfica del absentismo en Sevilla.



Personas en situación de dependencia

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

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

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

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

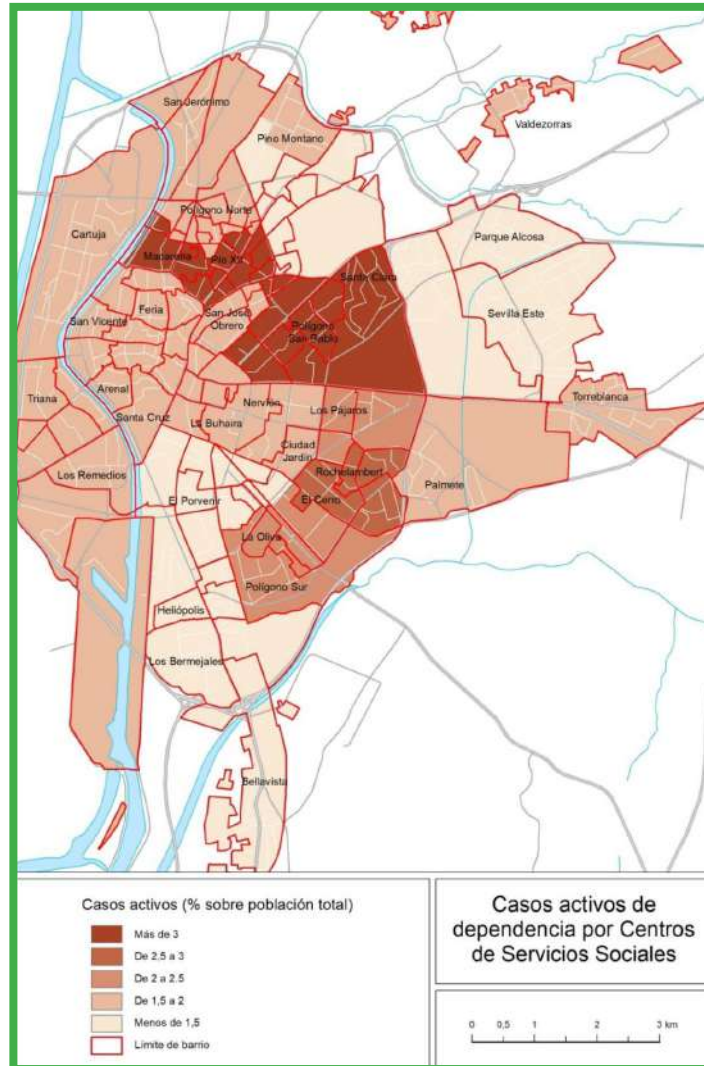
Alcosa - Polígono Aeropuerto, Los Carteros y Bermejales son las que menos casos, proporcionalmente hablando, presentan, ya que ninguna de ellas supera el 1,5%. En el caso opuesto se encuentran Macarena y San Pablo - Santa Justa con más de un 3% de casos en cada una de las dos zonas.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

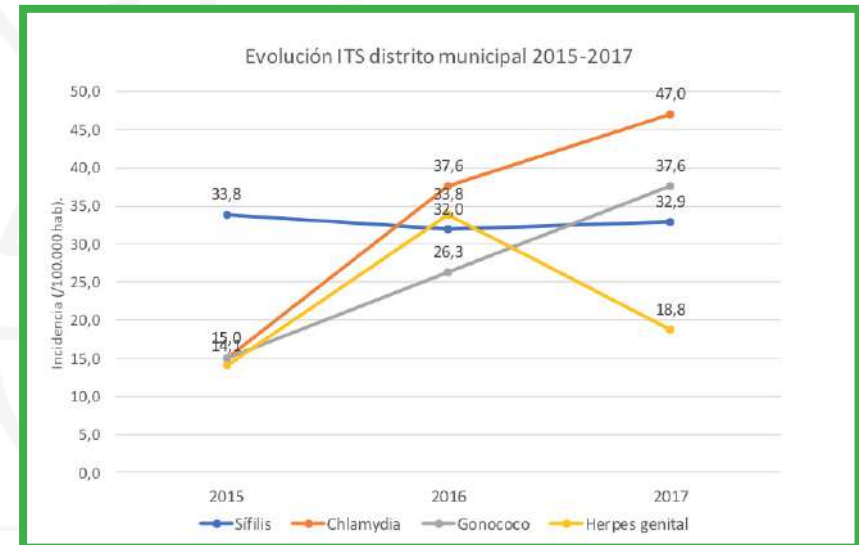
D. Morbilidad

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



En el distrito San Pablo - Santa Justa las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** son las EDOs que presentan unas tasas de declaración más altas. Se puede observar en la figura 1 un incremento de la incidencia de todas las ITS en 2016 con disminución posterior en 2017 de herpes genital. 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.

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.



Encontramos diferencias por UGC de cada una de estas enfermedades. Destaca la UGC Ronda Histórica que presenta las tasas más altas de notificación de chlamydia y sífilis, herpes genital en El Greco, e infección gonocócica en E. Macarena.

Dentro de las **enfermedades inmunoprevenibles** destaca la Hepatitis A por presentar un aumento de incidencia en 2017 con 25.4 por 100.000 habitantes, seguido de Parotiditis (9.4 por 100.000 habitantes). También cabe reseñar la incidencia de Tosferina en San Pablo, por encima de la media de la ciudad.

La **tuberculosis** en este distrito presenta una incidencia inferior a Sevilla ciudad, destacando mayores valores en Centro de Salud Esperanza Macarena.

Coberturas vacunales

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.

UGC/CAP	Vacunación completa a los 2 años	Vacunación con 2 dosis TV
Ronda Histórica	98,4%	98,5%
El Greco	97,3%	98,4%
San Pablo	99,3%	99,3%

Indicadores de Calidad Preventivos (PQI)

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

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

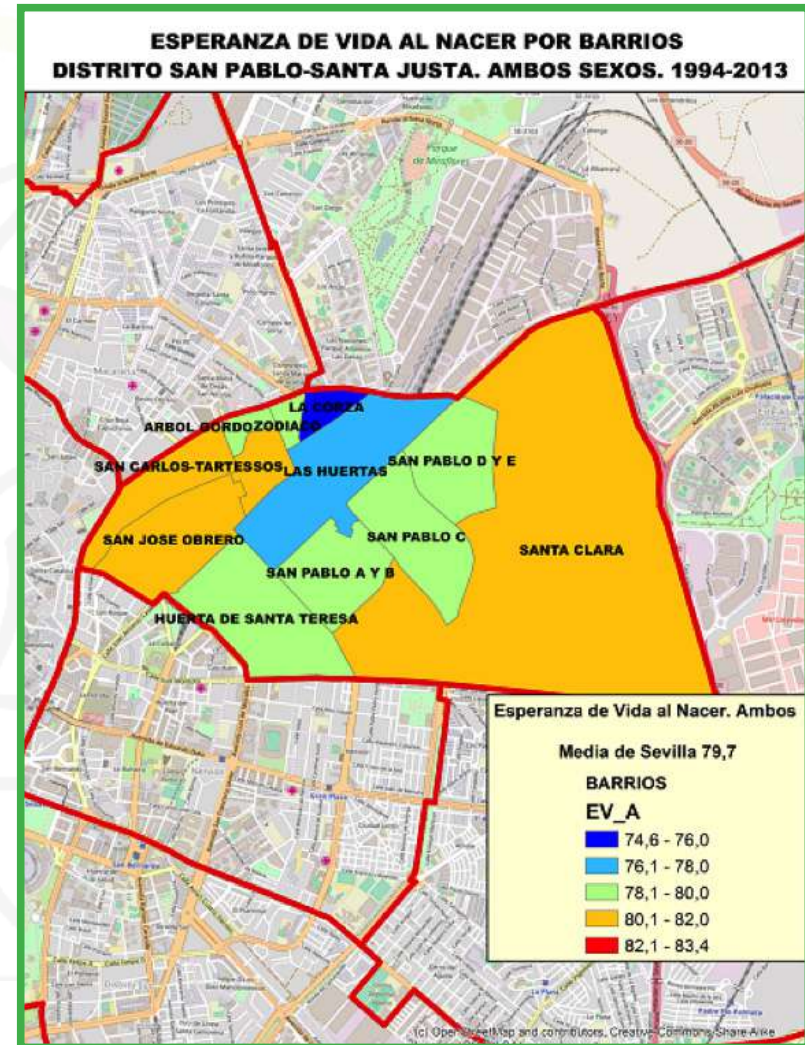
Podemos observar en este distrito municipal diferencias por CS, presentando la población de San Pablo un mayor riesgo de ingreso por PQI16 que los otros CS.

E. Mortalidad

Este distrito ha registrado, en el periodo 2011-2014, una **esperanza de vida al nacer** para ambos sexos de 81,8 años, cifra similar a la del conjunto de la ciudad; por sexo, el distrito registra una esperanza de vida ligeramente superior a la de la ciudad para los hombres, y algo más baja para las mujeres.

Por barrios, y analizando los datos del periodo 1994-2013 para ambos sexos, se observan diferencias de hasta 6 años en este indicador: los barrios San Clara, San José Obrero y San Carlos - Tartessos han registrado la esperanza de vida al nacer más alta, entre 80 y 82 años, mientras que para la Corza se sitúa en 74-76 años.

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

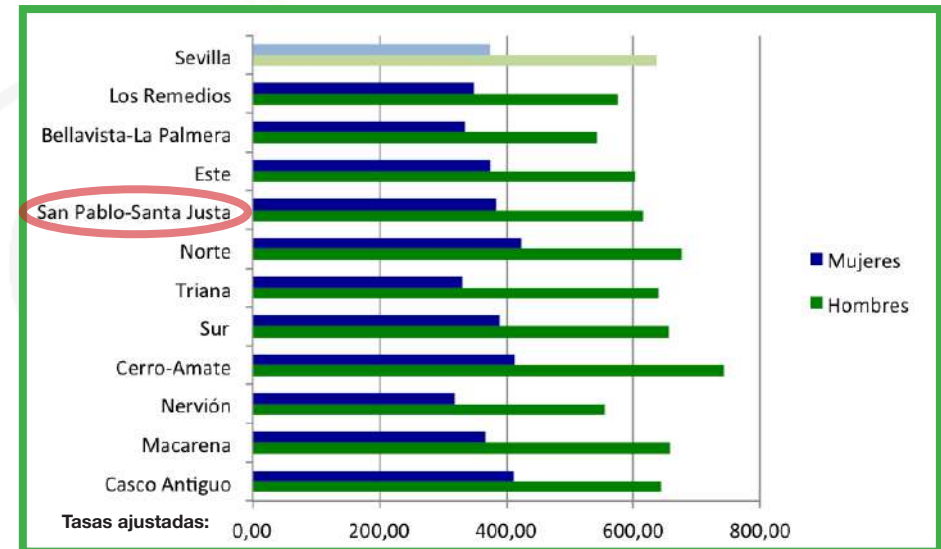


Este distrito ha registrado, en el periodo 2011-2014, **Tasas Ajustadas de Mortalidad General** por 100.000 habitantes similares a las de la ciudad en su conjunto.

En el periodo 2011-2014, para las **enfermedades circulatorias** este distrito registró tasas ajustadas por 100.000 habitantes similares a las de la ciudad, tanto para hombres como para mujeres; se observa una situación parecida con las defunciones por **cáncer**.

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.

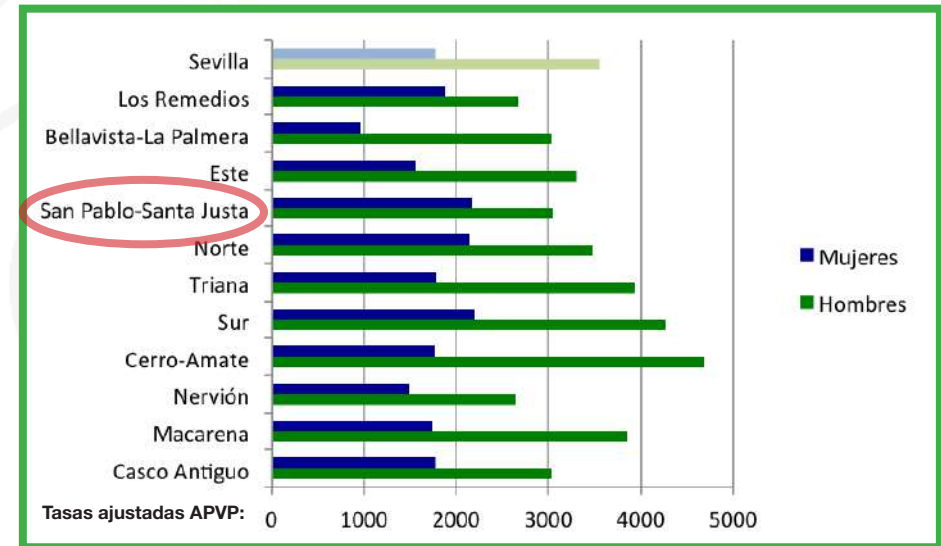
Considerar la edad a la cual mueren las personas y no sólo el evento mismo de la muerte permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren en diferentes momentos de la vida.

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 de este distrito, dicho indicador se sitúa por debajo del valor para la ciudad en su conjunto entre los hombres, mientras que para las mujeres se tiene uno de los valores más altos de todos los distritos, solo superado en el distrito Sur.

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

Fuente: IECA. Elaboración propia.



Otro indicador de muerte prematura es la **Tasa Truncada**, defunciones que se producen entre los 35 y los 64 años de edad. En el periodo 2011-2014, para este distrito dicha tasa se encuentra por debajo de la media de la ciudad en el caso de los hombres, y ligeramente por encima entre las mujeres.

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

Fuente: IECA. Elaboración propia.

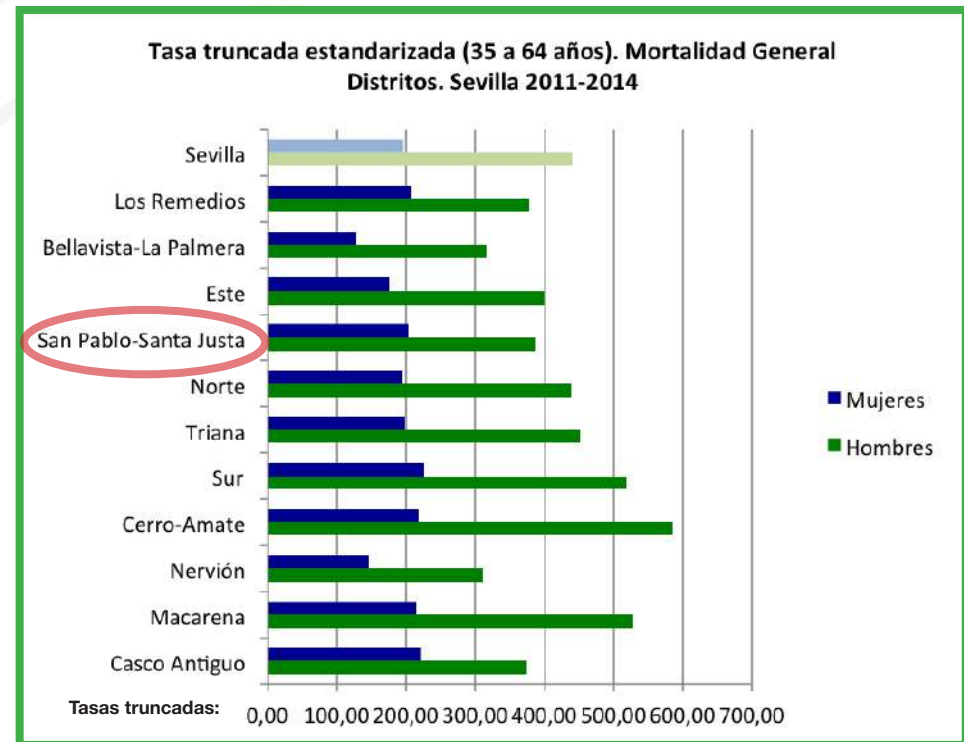


Ilustración 18: Distribución geográfica de la RME Mortalidad General por centros de salud.

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

A continuación, presentamos dos mapas con la RME por Centros de Salud del distrito para el periodo de 2011 a 2014.



F. Entorno Medioambiental

Zonas verdes: A partir de los datos de parques y jardines por distritos recogidos en la siguiente tabla, calculamos que este distrito cuenta con 1,8 m² de zonas verdes por habitante, una cifra muy por debajo de la media de la ciudad, que se sitúa en 14 m²/Hab., y del mínimo establecido por las recomendaciones de la OMS (10 - 15 m²).

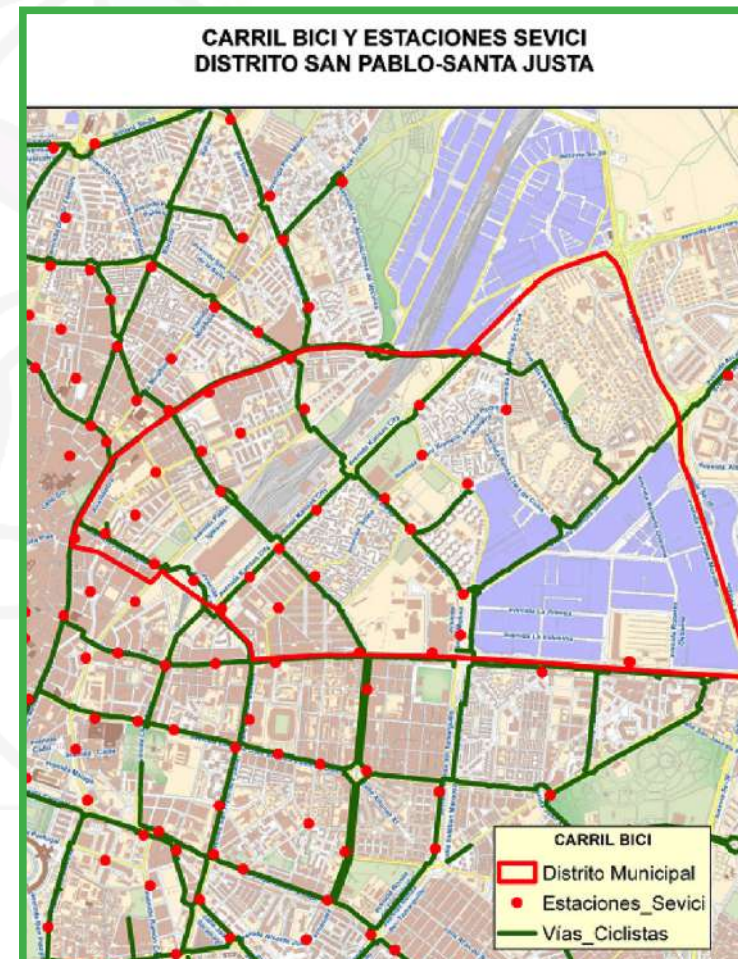
Fuente: Servicio de Parques y Jardines, Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

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

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

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

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



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

Algunos de los **recursos municipales**, educativos y sanitarios del distrito San Pablo – Santa Justa, se localizan en el siguiente mapa.

Ilustración 20: Distribución geográfica de las zonas acústicamente saturadas.

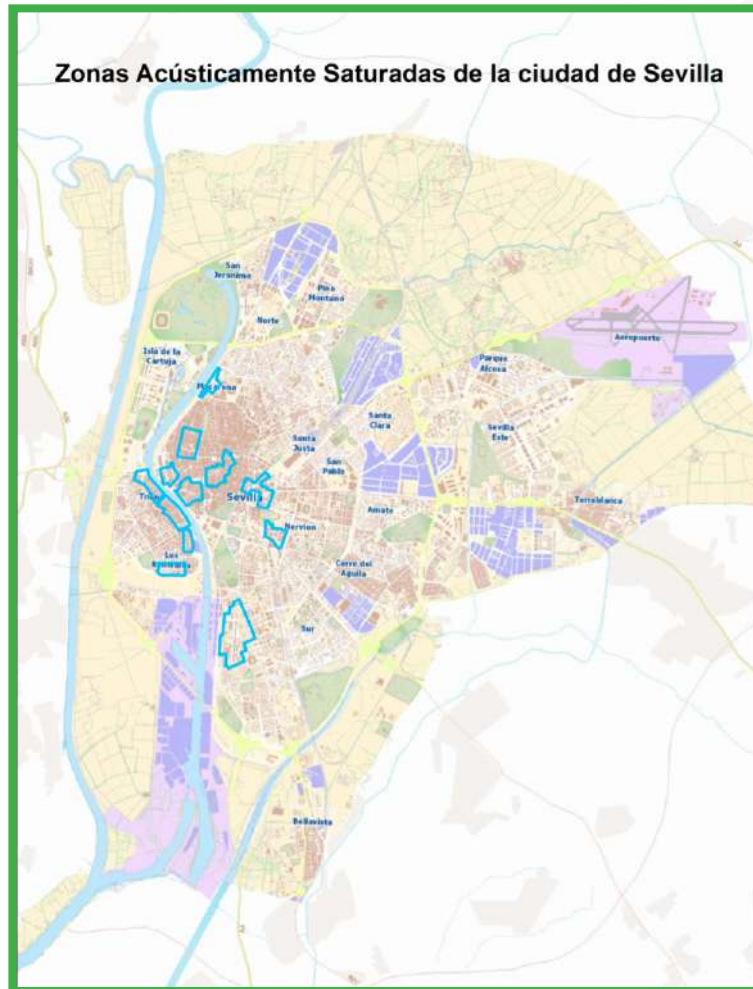
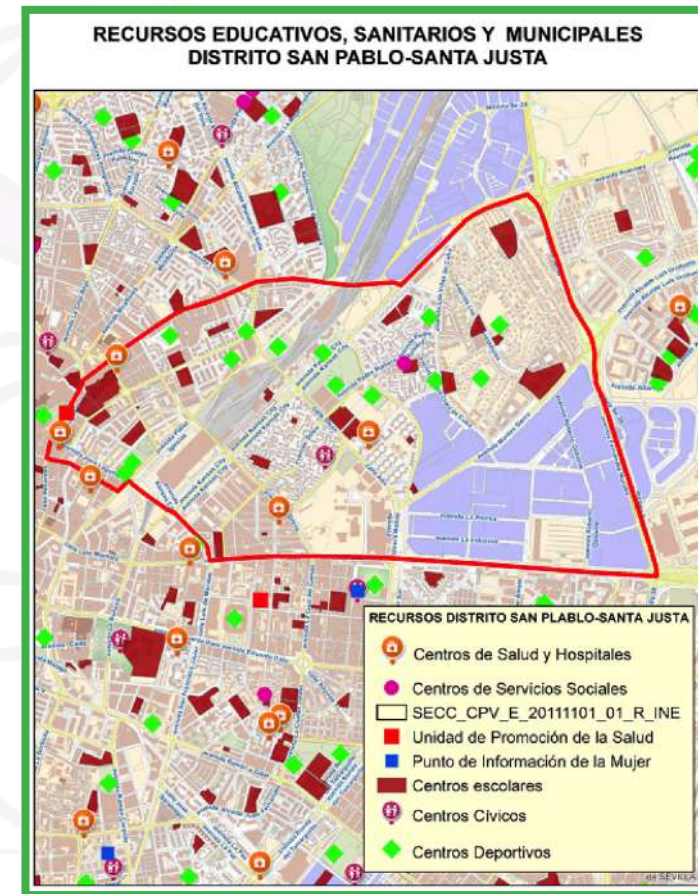


Ilustración 21: Distribución geográfica de los recursos existentes en el Distrito.



G. Estilo de vida

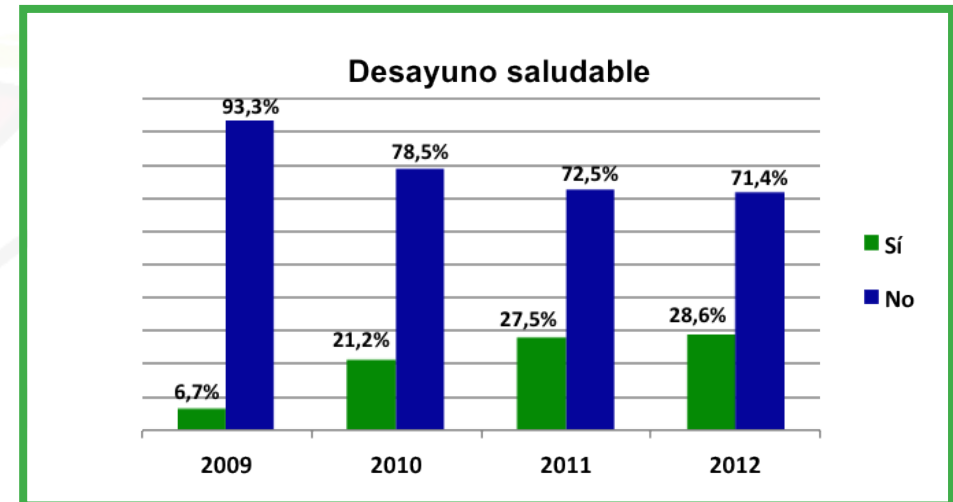
No disponemos de esta información desagregada por barrios, por lo que los datos que aquí aportamos corresponden a toda la ciudad y en algunos casos a la provincia de Sevilla.

La alimentación

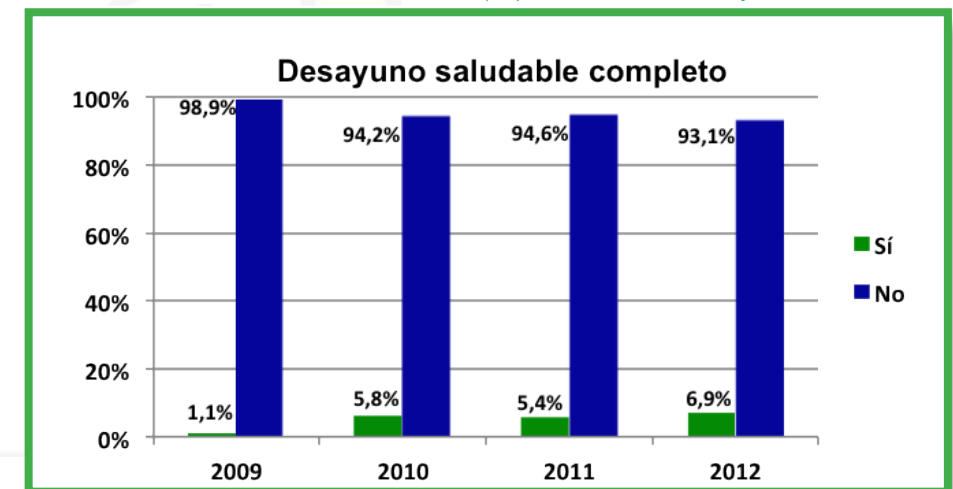
En la ciudad de Sevilla, disponemos de datos sobre hábitos de alimentación de escolares de Educación Primaria procedentes de estudios propios (Servicio de Salud, Ayto. de Sevilla, 2009 a 2012):

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

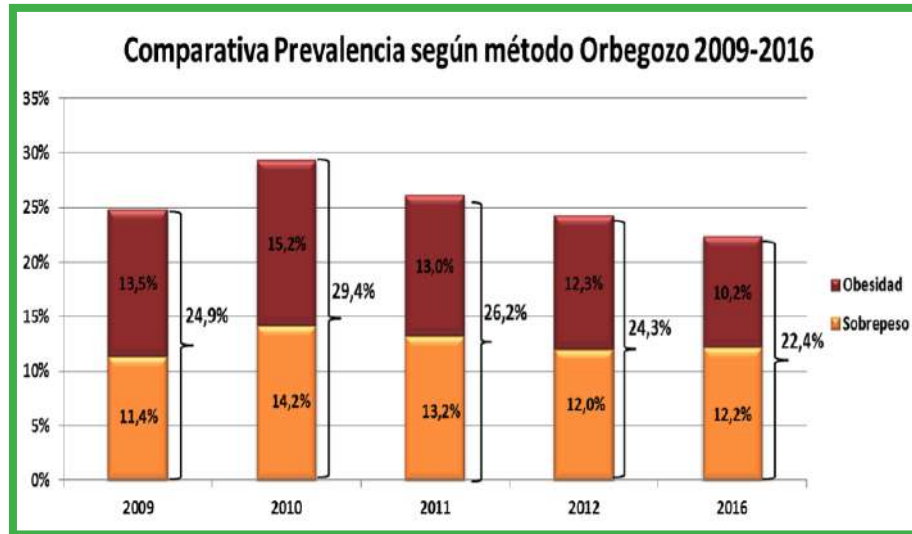
Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



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



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



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

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

Sobrepeso y obesidad infantil

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

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

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

Actividad física

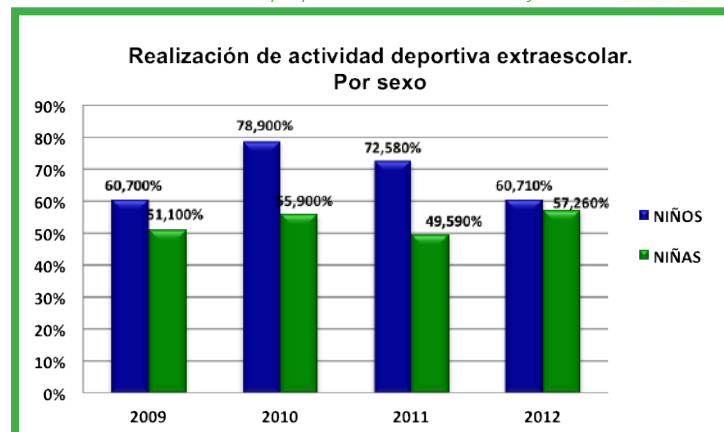
Respecto a la población infantil y adolescente de Andalucía, en el año 2011, el 18,2% no realizaba actividad física -niñas (20,7%), niños (15,8%)-. Según aumentó la edad de la población disminuyó el sedentarismo. Desde 1999 la población sedentaria ha disminuido: de un 20,2% en 1999 a un 18,2% en 2011.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

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

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

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

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



Sexualidad

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

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

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

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

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

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

Escasos e insuficientes conocimientos de alimentación y nutrición.

Estilos de vida no saludables.

Entorno Social

Falta de actividades de animación para población infantil y juvenil.

Ausencia de civismo en espacios públicos.

Falta de asociaciones de mujeres.

Nivel sociocultural bajo.

Familias desestructuradas y conflictos familiares derivados de la situación.

Falta de modelos familiares para el aprendizaje de hijos e hijas.

Aislamiento y soledad en personas mayores.

Soledad en mujeres cuidadoras.

Falta de vigilancia policial. Robos en viviendas.

Personas mayores con movilidad muy reducida.

Entorno Medioambiental

Falta de zonas verdes y parques infantiles.

Falta de lugares para personas mayores.

Falta de lugares de reunión y deportivos para jóvenes.

Existencia de barreras arquitectónicas.

Excrementos caninos.

Falta de mantenimiento en instalaciones deportivas.

Dificultad de acceso como consecuencia de mal aparcamiento de los vehículos.

Insuficientes líneas de autobuses.

Inexistencia de un Centro Cívico.

Alto nivel de contaminación atmosférica ocasionado por el tráfico.

Insuficientes parques como zona de ocio.

Hacinamiento en las viviendas y muy reducidas en tamaño.

Viviendas sin acceso, falta de ascensores lo que conlleva el aislamiento en personas mayores y dependientes.

2.2. Fortalezas y activos

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

Entorno Medioambiental
Escasez de líneas de transportes públicos tanto dentro del barrio cómo fuera de él.
Falta de aparcamientos cerrados y vigilados.
Necesidad de ampliación del Centro Cívico San Pablo.
Inexistencia de un Centro Cívico.
Viviendas muy antiguas que carecen de accesos para las personas mayores y dependientes.
Servicios Sanitarios
Recursos sanitarios limitados por la falta de personal.
Presencia de personas entre 45 y 60 años con enfermedades mentales sin diagnosticar.
Desigualdades Socioeconómicas
Falta de recursos para la conciliación de la vida laboral y familiar.
Alto índice de desempleo.
Recursos sociales limitados en la U.T.S.
Demora de los recursos por parte de la Administración pública, con la Ley de Dependencia.

Orden	Fortalezas
1	Existe una estructura estable y continua de servicios comunitarios fundamentales: profesionales de la medicina, de los servicios sociales, del ámbito deportivo...
2	Buena coordinación entre los representantes de las administraciones públicas: educación, asuntos sociales, salud, deportes, etc.
3	Existencia de desfibriladores y personas que saben usarlos en muchos espacios públicos.
4	Existen recursos de salud para prevención de enfermedades embarazos, sida, en los centros educativos (Forma Joven).
5	Existencia de un centro deportivo privado con unas buenas instalaciones, horarios y gran afluencia de gente.
6	Existencia de una buena red de centros educativos de infantil, primaria, secundaria y FP.
7	Existencia de U.T.S. para realizar actividades encaminadas al bienestar social.
8	Es un distrito dividido en barrios con características comunes culturales y económicas que facilitan la aplicación de medidas de mejora comunes.



Orden	Fortalezas
9	Contamos con buenos centros de salud cercanos geográficamente y con buena asistencia a toda la población.
10	Existencia de calles amplias y bien ventiladas que redundan en el beneficio de la población.
11	Hay una buena oferta de talleres y actividades para personas mayores a través del voluntariado social que gestionan los servicios sociales comunitarios.
12	Existe una alta participación comunitaria a través de AMPAS, consejo vecinal, parroquias, etc.
13	Hay poca contaminación acústica.
14	Hay un buen carril bici que une el distrito con toda la ciudad, parques y corredores verdes.
15	Contamos con centros comerciales donde se puede comprar lo básico para la alimentación, salud e higiene.
16	El Centro de Salud de Ronda Histórica está abierto 24 horas con servicio de urgencias 365 días.
17	Existencia de zonas verdes o ajardinadas públicas.
18	Unidad de Promoción de la Salud como instrumento educativo provechoso.
19	Buena comunicación con el resto de la ciudad a través de los transportes públicos.
20	Hospitales cercanos a la población según el área de influencia (Macarena y Virgen del Rocío).
21	Las administraciones públicas tienen una oferta importante de actividades de ocio y tiempo libre para toda la población.

Orden	Fortalezas
22	Existencia de Centro de día de infancia en dificultades dependientes de los Servicios Sociales que previenen situaciones de riesgo.
23	Existencia de viviendas que reúnen unas condiciones mínimas de habitabilidad, sin existencia de zonas de chabolismo horizontal y/o vertical.
24	Existencia de muchos centros de ocio privados: centro comercial, cine, etc.
25	Contamos con aparcamientos suficientes.
26	Hay buena dotación de contenedores de residuos que facilitan el reciclado.
27	Tenemos el polideportivo San Pablo como incentivo de actividad física positiva.
28	Existe buena coordinación entre los distintos servicios de distrito municipal.
29	Los colegios y las universidades están cercanos geográficamente a las familias.
30	Tenemos una mejor preparación y cualificación de los y las profesionales que nos atienden y dan servicio en los distintos organismos e instituciones tanto públicas como privadas, presentes en el distrito.
31	Existe poca contaminación ambiental.
32	Existe el programa talleres de distrito donde se pueden hacer multitud de actividades físicas y culturales a un precio simbólico que ayuda a combatir la soledad.



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	Mejorar el clima convivencial entre la población.
2º	Existen familias desestructuradas, con problemas de maltrato, violencia doméstica.
3º	Construir más aparcamientos para personas discapacitadas.
4º	Aumentar las ayudas de alimentos para las familias sin recursos.
5º	Aumentar la oferta de actividades de ocio para jóvenes.
6º	Aumentar los servicios sanitarios.
7º	Mejorar las instalaciones de los colegios e institutos.
8º	Hay una falta de limpieza en el distrito.
9º	Existe venta de sustancias dañinas para menores.
10º	Promocionar los hábitos de higiene en los centros escolares.

Necesidades Sentidas Grupo de Jóvenes	
1º	Falta de zonas verdes.
2º	Falta de asociaciones juveniles para realización de actividades de ocio y tiempo libre.
3º	Desempleo en personas jóvenes.
4º	Pocas instalaciones para la práctica de deportes.
5º	Escasa flota de autobuses en las líneas que recorren el distrito.
6º	Insuficientes ayudas para las familias con personas discapacitadas y/o dependientes.
7º	Poca promoción de actividades deportivas.
8º	Suciedad en el barrio, sobre todo, en San Pablo.
9º	Escasez de vigilancia policial.
10º	Existen puntos de ventas de sustancias ilegales.

Necesidades Sentidas Grupo de Personas Adultas	
1º	Eliminación de baches y aporte de rampas para facilitación de uso silla de ruedas.
2º	Seguridad vial, en la calle, riesgo de atropellamiento a peatones por bici.
3º	Reducción de ruido ambiental: vehículos, petardos, bomberos, ambulancias.
4º	Aumentos de bancos para sentarse a lo largo de las calles.
5º	Arreglo de acerados por mal estado del asfalto que conduce a caídas y torceduras.
6º	Falta de zonas verdes.
7º	Aumento personal cualificado para asesoramiento teórico-práctico a personas cuidadoras de personas con gran dependencia.
8º	Agilidad en la concesión de las ayudas para la ley de la dependencia.
9º	Ayudas para poner ascensores en los pisos para personas enfermas y mayores aisladas por no poder salir a la calle.
10º	Información adecuada sobre la evolución de la enfermedad y sus secuelas.

Necesidades Sentidas Grupo de Personas Mayores	
1º	Falta de ascensores en los bloques de pisos, tenemos dificultad al subir y bajar las escaleras.
2º	Los árboles sin podar y las raíces levantan las aceras.
3º	TUSSAM no es un servicio público sino un público al servicio de TUSSAM.
4º	Población muy envejecida y con problemas de movilidad y accesibilidad a servicios básicos fundamentales.
5º	Bajas pensiones, sólo para cubrir las necesidades básicas.
6º	La plazoleta se limpia diariamente y termina al cabo del día muy sucio: ensuciamos las calles.
7º	Dificultad de acceder a los autobuses, ya que o no se acercan a la acera, o no bajan la rampa.
8º	Suciedad en las calles, sobre todo excrementos.
9º	Los servicios de especialidades médicas están lejos del barrio.
10º	Necesidad de ascensores en bloques de cinco plantas.

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. Desconocimiento de la oferta pública de actividades deportivas.
	2. Alto porcentaje de sedentarismo entre la población escolar.
	3. Malos hábitos de alimentación en escolares.
Entorno Social	1. Alto porcentaje de personas mayores en situación de soledad no deseada.
	2. Inseguridad ciudadana por existencia de puntos de ventas de sustancias ilegales.
	3. Escasez de asociaciones juveniles de ocio y tiempo libre.
Entorno Ambiental	1. Problemas de suciedad en la vía pública.
	2. Puntos de acerado y asfaltado en mal estado que dificultan la movilidad.
	3. Falta de zonas verdes y parques infantiles.
Desigualdades Socioeconómicas	1. Escasez de ayudas públicas para la alimentación a las familias sin recursos.
	2. Lentitud del protocolo de respuesta y ayuda de la ley de dependencia.
	3. Insuficientes recursos en los servicios sociales.

4.3. Plan de Acción

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

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

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

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

Línea de Acción 1: Estilos de Vida

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

Las consecuencias de mantener hábitos de vida poco saludables son: aparición precoz de enfermedades, envejecimiento prematuro y empeoramiento de la calidad de vida. Esto propicia una mayor necesidad de atención sanitaria. En concreto, una mala alimentación genera graves problemas de salud, obesidad, diabetes, colesterol, problemas bucodentales, etc. Cuando estas afecciones aparecen en la adolescencia se desarrollan otras de índole psicológica como problemas de autoestima e inseguridad. En edades más avanzadas, ocasionan pérdida de movilidad y mayor fragilidad, lo que se vincula con una falta de independencia y a un mayor aislamiento social.

Objetivo Estratégico 1 - Promover hábitos de vida saludable

Si la ciudadanía tuviese adquiridos unos hábitos de vida saludables, las tasas de morbilidad, en general, disminuirían, se disfrutaría de una mayor calidad de vida y con mejores grados de autonomía a lo largo de todo el ciclo vital. En consecuencia, el gasto farmacéutico y en atención sanitaria, sería menor.



Desconocimiento de la oferta pública de actividades deportivas

Uno de los obstáculos para la mejora de los hábitos de vida en el distrito es el desconocimiento de la oferta pública de actividades deportivas. Esto se atribuye principalmente a fallos en la divulgación de las actividades deportivas. El Instituto Municipal de Deportes aglutina la mayoría de la oferta, (promocionada en el Polideportivo San Pablo) en esta zona. Estas actividades no se difunden de una forma extensa, por ejemplo, no se divulgan en los centros educativos del distrito.

Los distintos colectivos que tienen diferentes formas de informarse, y sin embargo, se utiliza el mismo canal para todas las poblaciones. Por ejemplo, entre las personas mayores los canales informáticos no son los adecuados. Entre la juventud, la característica principal, es que no son proactivos en la búsqueda de actividades y por eso, quizás, la información tiene que llegarles a los espacios donde ya se mueven y en las redes sociales.

Por último, los plazos de la oferta deportiva son muy limitados, esto lleva a que la difusión de la misma sea deficiente. Cuando las personas reciben la información y acuden a inscribirse, normalmente el tiempo de matrícula ya ha expirado.

Objetivo General 1.1 - Promover la difusión de la oferta deportiva por parte de las entidades públicas presentes en el distrito

Indicador	Porcentaje de cobertura de la difusión de la oferta de actividades.
Definición	Las actividades deportivas públicas se divulgan en el total de los medios de comunicación y divulgación de las instituciones incluidas en el GMT.
Cálculo	$\frac{\text{Nº de medios de divulgación usados}}{\text{Nº total de medios y vías de divulgación y difusión}} \times 100$
Fuente	Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Promover medidas para la valoración de su efectividad de los canales de difusión de las actividades deportivas ofertadas en el distrito por el IMD. • Fomentar el uso de los canales de difusión online que usa la población más joven. • Implicar a los y las ‘influencers’ del distrito en la difusión. • Ampliar y/o flexibilizar los plazos de inscripción a las diferentes actividades. • Celebrar Jornadas de puertas abiertas destinadas a distintas poblaciones: mayores, menores, mujeres, familias, etc. • Publicitar las Jornadas en distintos espacios: canal BUSSI.

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



Alto porcentaje de sedentarismo entre la población escolar

El 41% de la población menor no realiza actividades extraescolares deportivas. Algunas de las razones que se esgrimen son la existencia de un nuevo modelo de familia, muy sedentaria. El colectivo de menores no adquiere la costumbre de realizar actividad física y/o deportiva porque el padre y/o la madre no lo fomentan. Tampoco potencian las actividades de ocio en la calle (juegos deportivos) porque hay temeridad e inseguridad, lo que los lleva a tener una actitud muy proteccionista. Cuesta mucho trabajo implicar a las familias, porque participan muy poco de los talleres y actividades de sensibilización y formación ofertadas desde distintas entidades públicas. Entre la población de adolescentes la causa principal es el modelo de relaciones sociales y ocio entre que está cambiando, centrándose mucho en ‘las pantallas’.

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

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para reducir el sedentarismo entre escolares en todos los centros educativos adscritos a la red local de salud ³ del distrito.
Cálculo	Si / No.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer actividades de competición entre centros educativos: Miniolimpiadas. • Publicitar las Miniolimpiadas en distintos espacios donde se mueven la población menor: centros educativos, espacios de ocio (ferias, etc.). • Promoción de variedad de actividades deportivas. • Jornadas de puertas abiertas destinadas a menores y a actividades en familia.

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

Malos hábitos de alimentación en escolares

Las razones detrás de la mala alimentación del alumnado del distrito son diversas. Por un lado, el ritmo de vida deja sin tiempo a las familias para cuidar y planificar la alimentación. Por lo que terminan optando, por una dieta basada en alimentos ultra procesados que son más rápidos de preparar o no requieren ninguna elaboración. Además, estos productos son más atractivos para el colectivo menor, lo que supone menos esfuerzo por parte del padre y/o la madre u otros familiares, a la hora de las comidas. Entre la población menor que provienen de familias desestructuradas se observa una desorganización y descontrol de las pautas de alimentación. Lo mismo ocurre en quienes almuerzan en casas de los abuelos y las abuelas, porque les permiten más los caprichos.

Objetivo General 1.3 - Promover hábitos de alimentación saludable entre la población de menores del distrito

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para mejorar los hábitos de alimentación entre escolares en todos los centros educativos adscritos a la red local de salud ⁴ del distrito.
Cálculo	Si / No.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Talleres de alimentación en los centros educativos. • Talleres de alimentación con implicación de las familias. • Promover el uso de los comedores escolares.

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

Línea de Acción 2: Entorno Social

El entorno social es el medio donde se producen todas las relaciones interpersonales entre la ciudadanía del distrito. Por lo tanto, cuando este no es positivo o favorecedor, las consecuencias son generales para toda la población. Entre ellas: pérdida de valores sociales de convivencia, falta de socialización y carencia de implicación social por parte de la ciudadanía. Por un lado, esto merma las probabilidades de que la sociedad civil traslade las necesidades y problemática del distrito a las autoridades competentes. Y por otro, propicia el abandono y la desidia en el propio proyecto vital, lo que es especialmente dramático entre la población más joven, que no tiene expectativas de futuro y ni sobre su formación.

Entran aquí también las normas que rigen nuestras relaciones; cuando las normas establecidas no se cumplen se da una alteración del orden social, lo que también tiene consecuencias: inseguridad ciudadana.

Objetivo Estratégico 2 - Fomentar un entorno social positivo

Con un entorno social positivo se fortalecería el tejido social, las necesidades de la población del distrito serían más conocidas por las administraciones públicas a través de sus representantes sociales. Se propiciaría la revitalización de los barrios del distrito, que tendría más vida social en las calles y espacios públicos. Con todo esto, se reducirían las enfermedades asociadas como la depresión, pérdidas de capacidad cognitiva, etc. Por lo tanto, mejoraría la calidad de vida de la ciudadanía.



Alto porcentaje de personas mayores en situación de soledad no deseada

Existe en este distrito un número elevado de personas mayores que viven solas, sin que esta sea una situación deseada o favorable para ellas. El fallecimiento de allegados y una mayor fragilidad, física y emocional conforme envejecen, hace que se debiliten sus redes sociales y de apoyo, tanto formales como informales. Detrás de este fenómeno está el aumento de la esperanza de vida, mayor entre las mujeres que en los hombres, por lo que se da mayoritariamente entre las personas viudas. Entre las mayores hay, además, más obstáculos culturales para rehacer sus vidas sociales una vez que pierden su pareja.

La escasez de recursos económicos es un factor que endurece esta circunstancia. El apoyo formal por parte de profesionales o personas contratadas es muy escaso, o inexistente, por lo que dependen exclusivamente del apoyo familiar. Con la inclusión de las mujeres en el mercado laboral ha cambiado la dinámica familiar. Ha dejado de ser referente único para los cuidados del colectivo mayor. Las familias ya no ‘acogen’ a sus mayores en sus propias viviendas con la misma asiduidad; sin embargo, las instituciones públicas no están respondiendo a este cambio en las dinámicas intrafamiliares.

A esta situación se suma que este grupo poblacional, por la fragilidad propia de la edad, presenta en muchas ocasiones limitaciones de movilidad, lo que se agrava por la falta de ascensores en muchos edificios del distrito. Esta situación de ‘encierro’ en las casas propias impide que estas personas tengan una vida social saludable, y mantengan sus redes de apoyo.

Las subvenciones adjudicadas desde las empresas públicas de viviendas para mejorar la accesibilidad de los edificios son insuficientes. Por lo que no permite cubrir las necesidades reales de este distrito.

Las alternativas habitacionales que existen son recursos que se ofertan sólo a personas mayores con un cierto grado de dependencia, y tampoco cubren las demandas existentes.

Por último, hay una falta de planificación del propio proceso de envejecimiento. Las personas mayores no están preparadas para los cambios vitales que se producen en esta etapa de la vida, como son: la pérdida de allegados, la vida en soledad, o la pérdida de autonomía.

Objetivo General 2.1 - Fomentar la creación y fortalecimiento de redes de apoyo, formales e informales, entre las personas mayores del distrito que carezcan de ellas

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo anual de medidas para crear y/o fortalecer las redes de apoyo, que beneficien al menos al 50% de la población de mayores del distrito para 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas mayores de 50 años beneficiarias de las medidas desarrolladas} / \text{Total de personas mayores de 50 años censadas en el distrito}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Crear soluciones habitacionales para las personas mayores que tienen limitaciones de movilidad. • Talleres de planificación del propio proceso vital de envejecimiento. • Talleres de ocio y tiempo libre para personas mayores. • Adaptación de la accesibilidad de las viviendas.

Inseguridad ciudadana por existencia de puntos de ventas de sustancias ilegales

Existen ciertos puntos de venta de sustancias ilegales en algunas viviendas del Polígono San Pablo. Esta venta está causada por la falta de recursos económicos de ciertas familias.

Detrás de la inseguridad que la situación genera entre la ciudadanía del distrito, se identifican varias variables. Los puntos de venta han dejado de estar en las calles, alejados de la vida cotidiana de la población normalizada de los barrios. Se sitúan en viviendas, por lo que la ciudadanía siente inseguridad al observar a las personas que son asiduas de estos consumos en sus propios bloques y vecindarios. Esta sensación se agrava por el fantasma de la época de gran crisis y privación socioeconómica que vivió el polígono San Pablo. Cuando había una tasa elevada de consumo de heroína y unos niveles altos de inseguridad ciudadana. También hay menudeo en la calle, cerca de los centros donde se reúnen la población de adolescentes y jóvenes, como los centros educativos de secundaria. Además, hay una ausencia casi total de presencia y respuesta policial en el distrito, especialmente en las zonas donde hay más presencia de estos puntos de venta.

Objetivo General 2.2 - Fomentar la seguridad ciudadana

Indicador	Tasa anual de denuncias de venta de drogas.
Definición	El número de denuncias por venta de drogas disminuye para 2023.
Cálculo	Nº de denuncias de 2023 / Nº de denuncias de 2018.
Fuente	Registros policía local.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia e intervención policial.

Escasez de asociaciones juveniles de ocio y tiempo libre

Existen muy pocas entidades juveniles en el distrito, en gran medida porque no hay suficientes ayudas económicas para su creación y dinamización. A esto se suma que falta una dinamización de las mismas por parte de las administraciones públicas, y la inexistencia de un espacio público (centro de la juventud) donde la población de jóvenes pueda reunirse. En general se percibe que hay una débil cultura de participación comunitaria, por lo que la juventud no siente la necesidad, ni percibe los beneficios, de asociarse.

Objetivo General 2.3 - Fomentar la creación de asociaciones juveniles de ocio y tiempo libre

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo anual de medidas para crear y/o fortalecer asociaciones juveniles, que beneficien al menos al 50% de la población de menores del distrito para 2023.
Cálculo	$(\text{N}^\circ \text{ de personas menores de 18 años beneficiarias de las medidas desarrolladas} / \text{Total de personas menores de 18 años censadas en el distrito}) \times 100$.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de espacios de encuentro. • Fomento y creación, de asociaciones juveniles por parte de administraciones públicas.

Línea de Acción 3: Entorno Medioambiental

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

Los déficits en los espacios públicos ocasionan un menor uso de los mismos, ya que no son agradables, ni seguros. Esto genera un fenómeno que se retroalimenta, las zonas menos utilizadas se cuidan menos, lo que provoca el punto de partida, no se usan. Este escenario origina un mayor aislamiento social entre los distintos grupos poblacionales y generaciones, y propicia el sedentarismo de la población, que prefiere quedarse en casa.

La carencia de espacios públicos específicos para ciertos usos causa un uso inadecuado de otros espacios. Por ejemplo, la falta de espacios gratuitos y abiertos para juegos deportivos motiva el uso irregular de los centros educativos por parte de la población adolescente del distrito. Esto es un factor de peligro para estas personas, y se vincula con una menor realización de juegos deportivos.

Objetivo Estratégico 3 - Promocionar un entorno medioambiental de calidad

Si mejorara la calidad medioambiental y del espacio físico del distrito, la ciudadanía haría un mayor uso de los espacios públicos, calles, plazas, parques, etc. Ello, ocasionaría consecuencias muy positivas para el fortalecimiento de las redes sociales y para la salud. Facilitaría la actividad física en la vida cotidiana y motivaría su uso por parte de las distintas generaciones y grupos que conviven en el distrito. Con todo ello, crecería la calidad de vida general de la ciudadanía del distrito.

Problemas de suciedad en la vía pública

La existencia de suciedad en los espacios públicos se atribuye a una falta de educación y civismo de la ciudadanía y a la carencia de puntos de disposición de basuras (papeleras y contenedores).

Los servicios de limpieza están menos presentes en ciertos barrios del distrito que en otros, especialmente aquellos más periféricos y menos visibles.

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

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Las medidas desarrolladas para reducir la suciedad afectan anualmente al menos al 50% de la población del distrito para 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ anual de personas receptoras} / \text{Total de personas censadas en el distrito}) \times 100$.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas de publicidad y conciencia. • Implantar medidas sancionadoras. • Intervención homogénea de los servicios de limpieza municipales.

Puntos de acerado y asfaltado en mal estado que dificultan la movilidad

En el distrito hay sitios donde el acerado y/o el asfaltado están en mal estado, suponiendo un problema para la adecuada movilidad de las personas, ya sean peatones o vehículos. Estos puntos existen porque no se ha hecho un mantenimiento periódico. En parte, por una falta de inversión económica del ayuntamiento. Esta desatención de la administración competente, se debe a que las intervenciones en el distrito San Pablo-Santa Justa no está priorizado a nivel de la ciudad, quizás por ser un barrio periférico.

Objetivo General 3.2 - Promocionar el arreglo de los puntos de acerado y asfaltado en mal estado

Indicador	Porcentaje de obstáculos para a movilidad.
Definición	El porcentaje de puntos, identificados desde la administración como obstáculos en el acerado y/o asfaltado, importantes para la movilidad en el distrito, se reduce al menos en un 50% para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de puntos arreglados} / N^{\circ} \text{ de puntos identificados}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un mapa de estos puntos y valorar el impacto que tienen en la movilidad. • Informar a las autoridades de los puntos identificados. • Difusión del servicio municipal 010.

Falta de zonas verdes y parques infantiles

Existe una carencia importante de espacios verdes ocasionados por una mala planificación urbanística del crecimiento de la ciudad en esta zona. Se le ha dado prioridad a las construcciones de viviendas sobre los espacios comunes. Hay parques y plazas que están mejor cuidadas que otras, coincidiendo en parte con aquellas que están en zonas de menor poder adquisitivo.

Objetivo General 3.3 - Promocionar la dotación de zonas verdes y parques infantiles

Indicador	Porcentaje de zonas verdes y parques infantiles.
Definición	El porcentaje zonas verdes y parques infantiles identificados desde la administración pública como necesarios, se reduce en un 50% para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de nuevas zonas} / N^{\circ} \text{ de zonas necesarias}) \times 100$.
Fuente	Fichas medidas – Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Reutilización de zonas del distrito que no están en uso actualmente, con un diseño que integre distintos elementos que sean usados por diversas generaciones y grupos poblacionales. • Creación de espacios multifuncionales.

Línea de Acción 4: Desigualdades Socioeconómicas

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

Entre las consecuencias más graves está el peligro de no poder cubrir las necesidades básicas. Lo que genera entre la población que lo sufre altos niveles de estrés, fomentando el aislamiento social, así como problemas de autoestima y emocionales. Cuando estas circunstancias se mantienen en el tiempo se producen enfermedades somáticas y existiendo un mayor peligro de sufrir otras afecciones. Por ejemplo, cuando se dan casos de pobreza energética, la población que la vive sufre los efectos del clima de una forma más agresiva.

La falta de recursos económicos fuerza el consumo de productos más baratos y de peor calidad. Cuando se tratan de alimentos conllevan déficit en la alimentación, normalmente con un consumo muy elevado de grasas y azúcares. Lo que genera la aparición precoz de ciertas enfermedades, como la diabetes y la obesidad en menores.

Objetivo estratégico 4 - Favorecer la equidad socioeconómica

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

Insuficientes recursos en los servicios sociales y escasez de ayudas públicas para la alimentación a las familias sin recursos

Los recursos económicos y de personal de los servicios sociales son insuficientes para responder a las necesidades que tiene el distrito. Entre ellas destacan las ayudas públicas para la alimentación a las familias sin recursos. El problema de base está en las partidas presupuestarias destinadas a este fin, que son escasas en relación al problema. Esto genera que el personal profesional que trabaja en los servicios sociales vea mermadas sus posibilidades de respuesta a las demandas y carencias sociales. Esta sobrecarga de trabajo se agrava por la burocracia que agudiza la lentitud de los procesos de adjudicación.

Objetivo General 4.1 - Favorecer la mejora de las inversiones por parte de las distintas administraciones

Indicador	Recursos disponibles.
Definición	Los recursos disponibles (económicos, humanos y materiales) de los servicios sociales aumenta para el 2023.
Cálculo	Sumatorio de los recursos económicos, humanos y materiales destinadas a los servicios sociales del distrito desde los distintos niveles administrativos (Ayuntamiento, Junta de Andalucía, Estado, UE).
Fuente	Memorias de servicios sociales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la partida presupuestaria. • Mejorar y fortalecer la red de agentes sociales (asociaciones) que pueden transmitir las necesidades del distrito y demandar respuestas.

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

La lentitud en la aplicación y gestión del protocolo de intervención y en las ayudas de la ley de la dependencia es la consecuencia de una falta en la partida presupuestaria. Esto lleva a que también haya una carencia en los recursos profesionales que tienen que realizar las gestiones y los informes reglamentarios, por lo que el proceso se eterniza.

Objetivo General 4.2 - Favorecer la mejora del SAAD

Indicador	Tasa de cobertura del SAAD.
Definición	La tasa de ejecución de prestaciones reconocidas en los PIA muestra una tendencia creciente para 2023.
Cálculo	$\text{N}^\circ \text{ de personas percibiendo prestación incluida en su PIA} / \text{N}^\circ \text{ de personas con PIA.}$
Fuente	Registro servicios sociales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar la partida presupuestaria.

5. Plan de comunicación

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

5.1. Comunicación interna

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

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

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

5.2. Comunicación externa

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

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

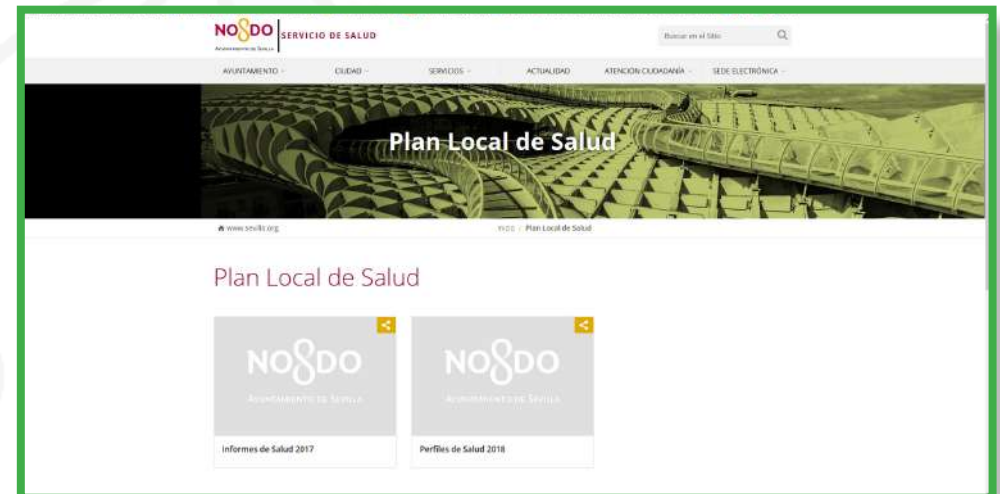
Logotipo: El PLS de Sevilla cuenta con su propio logotipo. El Árbol RELAS con el nombre en su base. Este distintivo se incluye en todas las actuaciones y documentación se realicen en relación al PLS.

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

Ilustración 22: Logotipo del PLS de Sevilla.



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



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

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

**BASADO EN
LOS DETERMINANTES
DE LA SALUD**

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

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

MICHAEL MARMOT

INTERSECTORIAL

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

PARTICIPATIVO

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

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



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

RED
ACCION
LOCAL DE
SALUD

**PLAN
LOCAL DE
SALUD**
2019 - 2023



NO8DO
AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo

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

PLAN LOCAL DE SALUD DE SEVILLA

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

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

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

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

WWW.REDLOCALSALUD.ES

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

Esto significa...



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



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



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



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

NUESTRO CAMINO

2023 EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS PLANES DE SALUD

FEBRERO 2019 APROBACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE LA CIUDAD Y SUS DISTritos

OCTUBRE 2018 ELABORACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN

MAYO 2018 PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

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

JUNIO 2017 CREACIÓN Y FORMACIÓN INICIAL DE LOS GRUPOS MOTORES

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