

Distrito:
Cerro - Amate

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	55
2. Misión, visión y principios rectores	9	4.3. Plan de Acción	55
3. Fases del proceso de elaboración del Plan Local de Salud de Sevilla	11	1. Línea de Estilos de Vida	56
3.1. Fase Inicial	12	2. Línea de Entorno Social	59
3.2. Fase de Perfil de Salud	16	3. Línea de Entorno Medioambiental	63
3.3. Fase de Priorización	18	4. Línea de Desigualdades Socioeconómicas	67
3.4. Fase Plan de Acción	19	5. Plan de Comunicación	70
3.5. Fase Implantación	20	6. Bibliografía	74
3.6. Evaluaciones	22	7. Glosario de términos y acrónimos	75
4. Documentos		8. ANEXOS	
4.1. Perfil de Salud	23	Anexo 1: Ficha de Medidas	77
4.1.1. Informe de Salud	24	Anexo 2: Checklist Implantación	78
4.1.2. Análisis Técnico Sectorial	49		
4.1.3. Necesidades Sentidas por la ciudadanía	52		



1. Marco normativo y conceptual

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

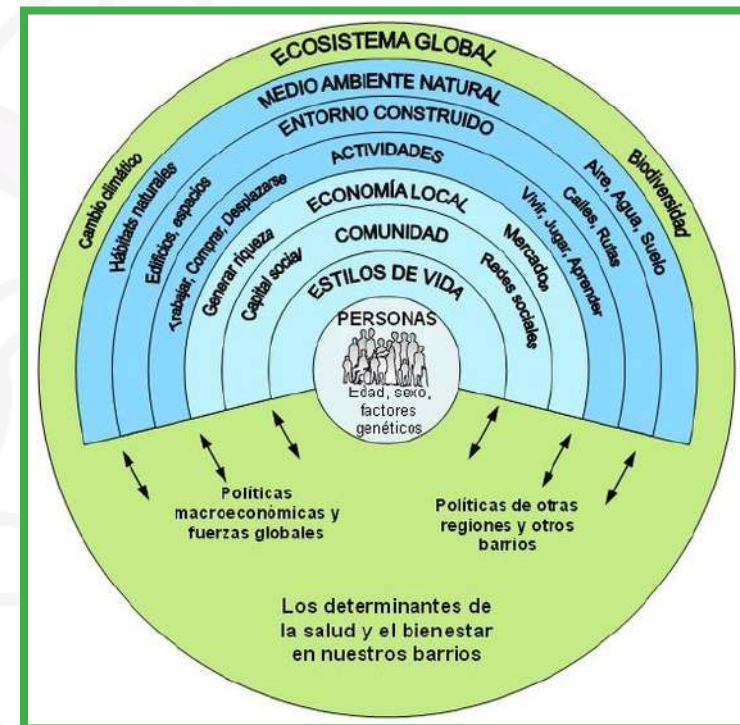
Desde la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa hace 30 años, pasando por las de Adelaida y Helsinki, hasta la última de noviembre 2016 en Shanghái, se han ido dando pasos para ir enriqueciendo, adaptando y actualizando este concepto de Salud a la sociedad actual.

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

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

(Wilkinson and Marmot, 2003)

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



Europa

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

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

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

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

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

España

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

Andalucía

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



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

Artículo 40. La autonomía local en salud pública.

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

Artículo 41. El Plan Local de Salud.

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

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

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

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

Ilustración 2: Fases de la metodología RELAS.



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

Las **fases** son las siguientes:

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

2. Misión, visión y principios rectores

2.1. Misión

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

2.2. Visión

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

2.3. Principios rectores

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



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

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

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

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

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

Ilustración 3: Estructura del PLS de Sevilla.



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

Ilustración 4: Línea temporal de los principales hitos.



3.1. Fase Inicial

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

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



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

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

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

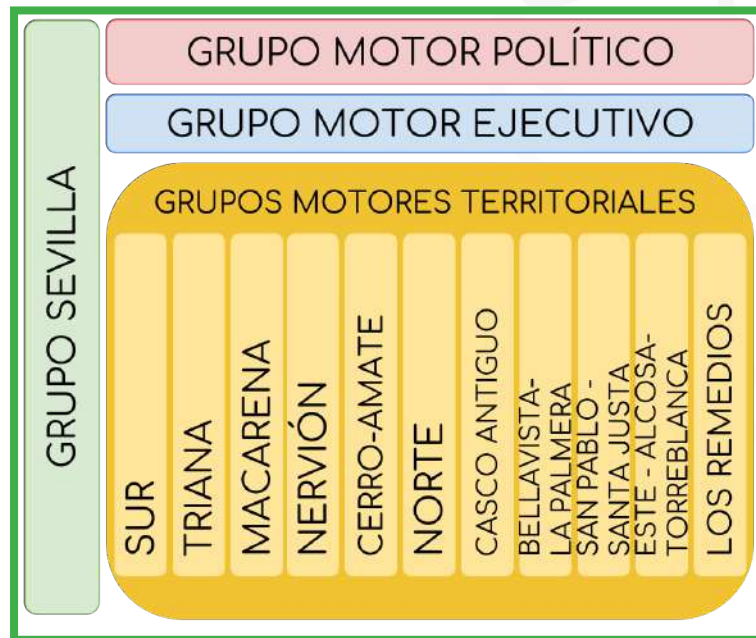


Imagen de Reunión del Grupo Sevilla (2017).



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, 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 Cerro - Amate** está compuesto por profesionales técnicos¹ de las siguientes entidades.

ENTIDADES
Unidad de Promoción de la Salud Cerro Amate (U.P.S.)
Servicio de Salud - Sección Promoción de la Salud
Servicios Sociales. U.T.S. Tres Barrios - Amate
Servicios Sociales. U.T.S. Cerro - Su Eminencia
Centro Cívico Cerro del Águila y Su Eminencia
Distrito Cerro Amate
Unidad de Gestión de Salud Pública. Sevilla
Centro de Salud La Plata/Palmete
Centro de Salud Cerro del Águila
Centro de Salud Amate
Centro de Salud La Candelaria
C.E.I.P. Paulo Orosio
C.E.I.P. Pablo VI
C.E.I.P. Candelaria
I.E.S. Leonardo Da Vinci
I.E.S. Diamantino García Acosta

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

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

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

Imagen del Taller de Impulso



3.2.2. Detección de Necesidades Sentidas

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

La técnica tiene los siguientes pasos:

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

El 10 de noviembre de 2017 en el Centro Cívico Cerro del Águila se realizó un taller de formación sobre la técnica, en el que se organizó la tarea de realizar los grupos nominales ciudadanos. Las personas del GMT aprendieron la técnica de Grupos Nominales, con el objetivo de que estas mismas personas la utilicen con grupos ciudadanos (infancia, juventud, adultez, mayores) para reflejar los problemas y las necesidades sentidas por la ciudadanía del distrito.

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

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

3.3. Fase de Priorización

Para la priorización de los problemas identificados en el distrito, el equipo de coordinación técnica del PLS, elabora un listado con los problemas que se identifican en las distintas partes documento del Perfil de Salud: Informe de Salud, Análisis Técnico Sectorial y los Grupos Nominales. Se realiza entonces un taller el día 23 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.

3.4. Fase Plan de Acción

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

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

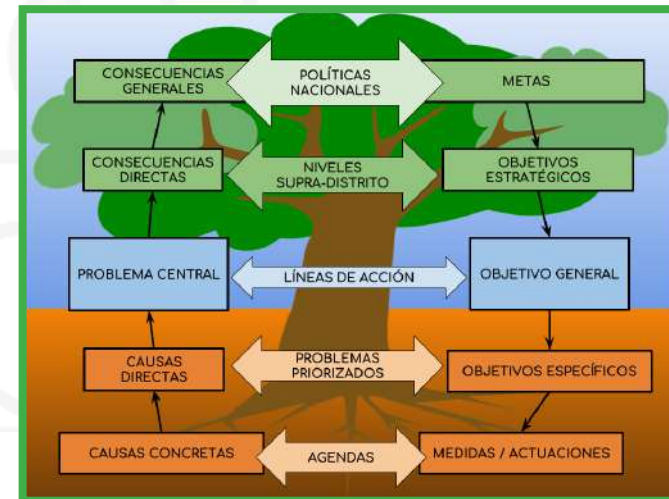
La fórmula para calcular la puntuación de cada ítem es: $(M+S+F) \times P$

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

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

Se convoca un taller con el GMT el **29 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 participantes del GMT se dividen en 4 grupos de discusión y elaboran un análisis de los problemas priorizados y de las soluciones que se proponen, utilizando la figura de un árbol.

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



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

Imagen del Taller de Acción



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

3.5. Fase Implantación

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

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

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

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

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

Ilustración 7: Esquema contenido de agenda.



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

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

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

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

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

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

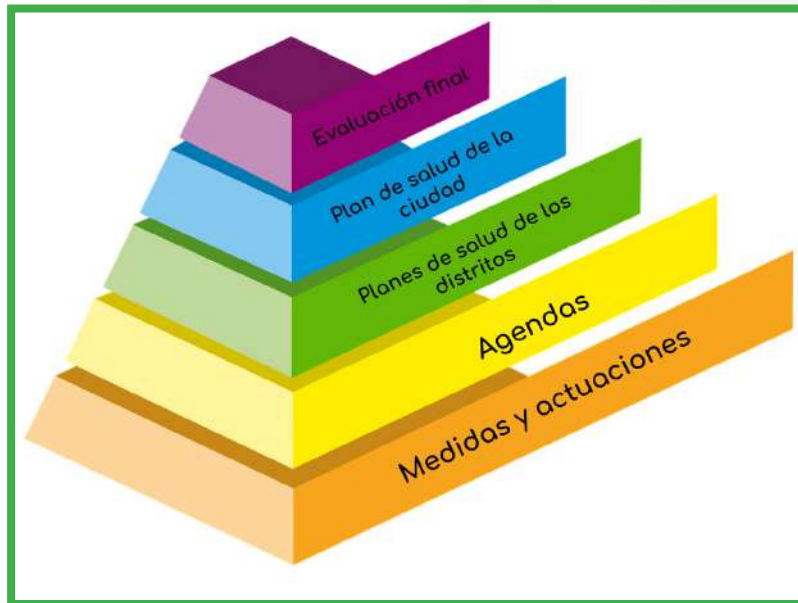
Estas medidas se incluyen en una agenda en la que se valora los posibles resultados impactos directos o indirectos que estas acciones o actividades tengan sobre la salud de la ciudadanía.

3.6. Evaluaciones

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

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

Ilustración 8: Niveles de Evaluación.



Evaluaciones según los momentos:

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

Evaluaciones según los objetivos:

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

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

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

4. Documentos

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

4.1. Perfil de Salud

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

1. Informe de Salud

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.

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.

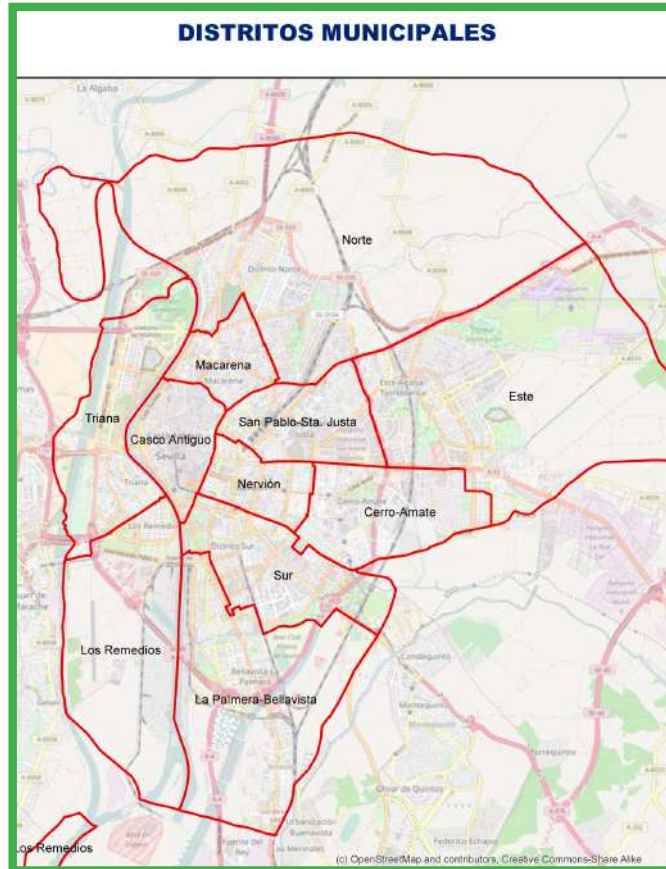
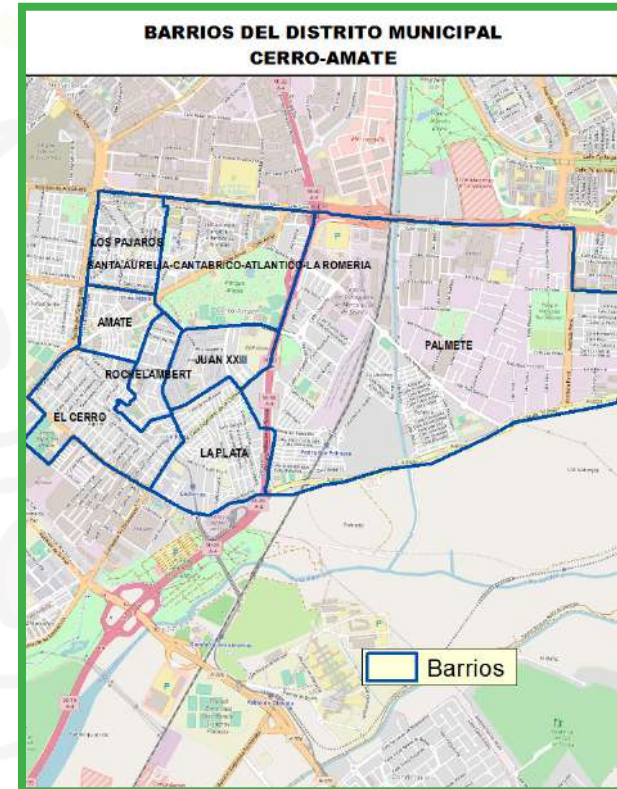


Ilustración 10: Extensión geográfica de los barrios del Distrito.



B. Datos socio-demográficos

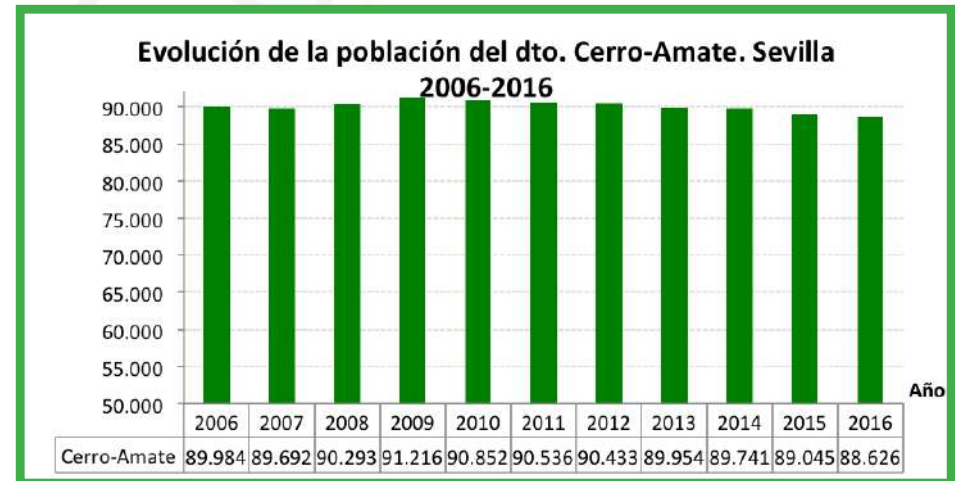
Cerro - Amate es el segundo distrito más poblado con un total de 88.626 habitantes (casi el 13% del total de Sevilla). Su superficie no es muy extensa. Es el cuarto distrito en densidad de población superando el doble de la media de la ciudad.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

La población del distrito fue creciendo en los primeros años de la última década alcanzando un pico de población en 2009 de 91.216 personas, desde entonces hasta 2016 ha disminuido unos 2.600 habitantes, un 2,9%.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia

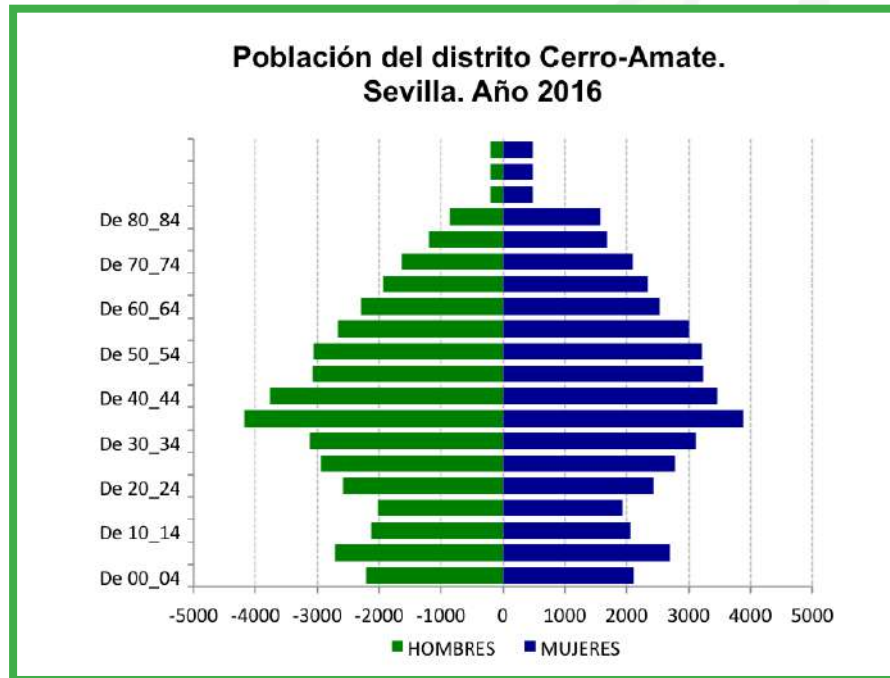


Indicadores demográficos relativos al envejecimiento poblacional

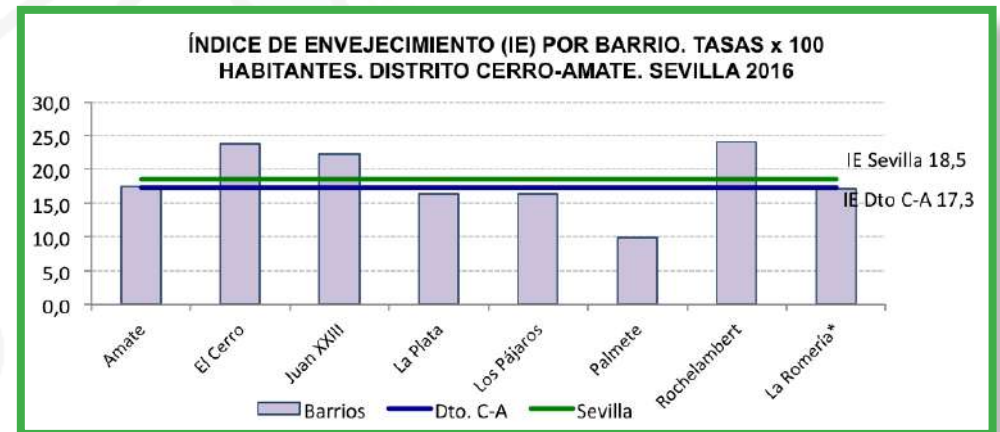
La población actual representada en la siguiente pirámide indica la misma tendencia que la ciudad, una población envejecida.

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

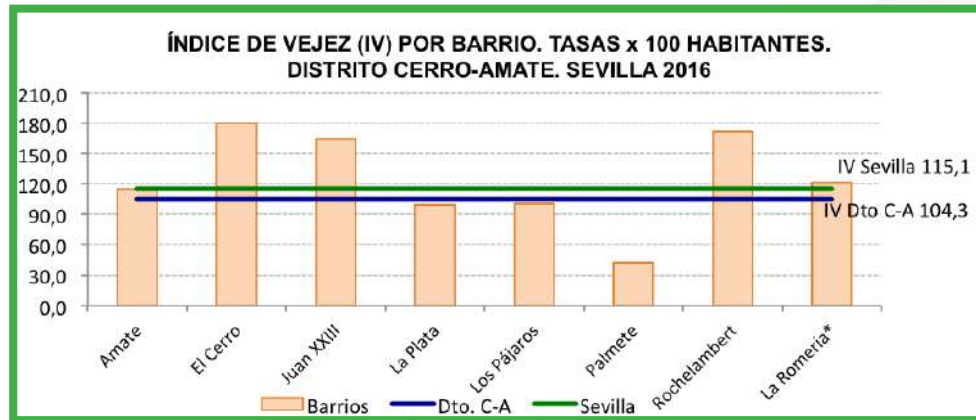


Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



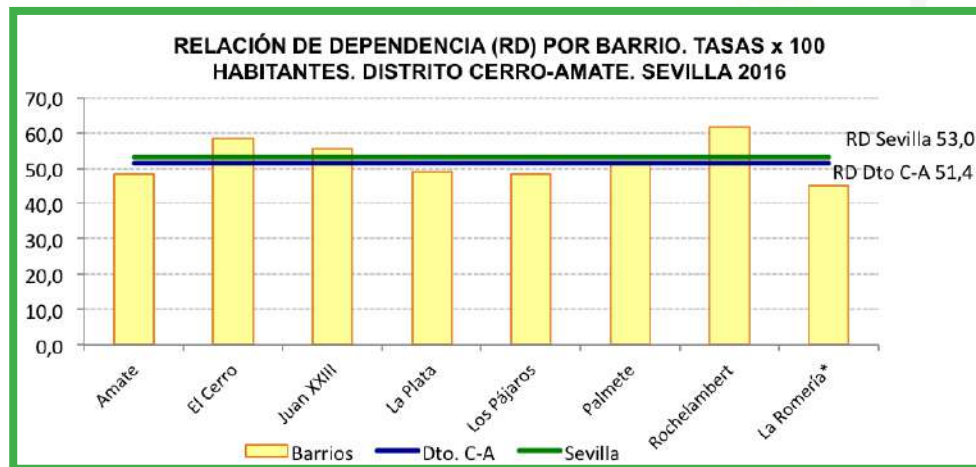
El **Índice de Vejez** informa sobre el relevo generacional, es decir, es el cociente entre la población mayor de 64 años y la población menor de 16 años multiplicada por cien.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



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

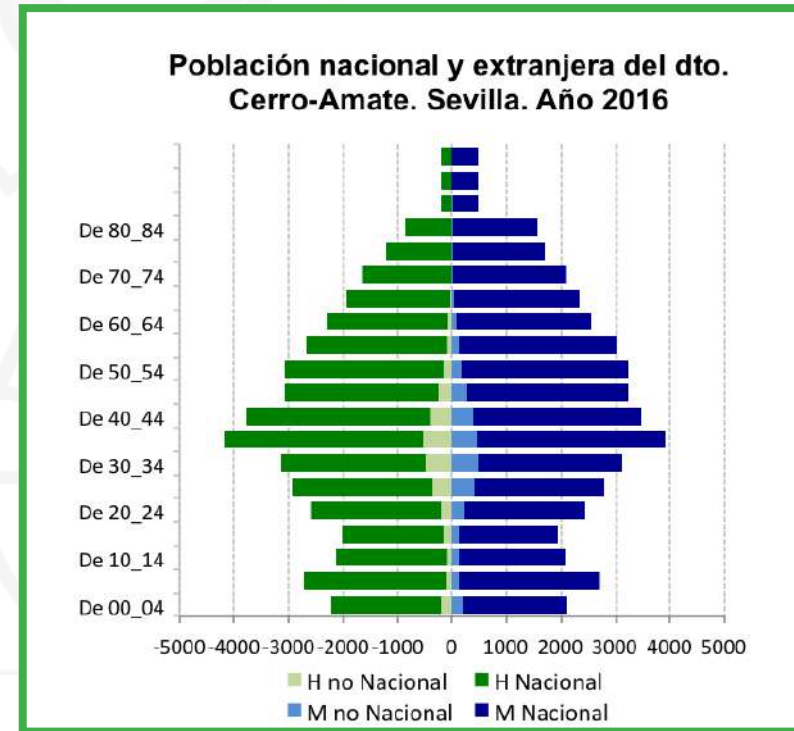
Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



Población Extranjera

De los casi 36.000 habitantes que constituyen la **población extranjera de la ciudad**, en el distrito Cerro - Amate encontramos 6.459 personas de ambos sexos, es decir el **18%**, lo que hace que sea el segundo distrito con más personas extranjeras de Sevilla, después del distrito Macarena.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.



La distribución en el distrito Cerro - Amate 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 los procedentes de Europa Occidental de la Oriental y los de América del Sur del resto del continente; en el caso de las personas oriundas de África se han distinguido los procedentes de Marruecos por ser esta nacionalidad predominante con diferencia del resto del continente africano.

La mayoría de la población extranjera en este distrito son **personas de Europa del Este, Marruecos** (con mayor población masculina) y **Asia** (con mayoría femenina).

La mitad de la población extranjera del distrito se concentra en **La Plata** (con 1694 personas extranjeras, de los que 551 son de Rumanía y 344 de Marruecos) y en **Los Pájaros** (con 1553 personas extranjeras, 434 de Marruecos y 402 de América del Sur). En tercer lugar, se encuentra el barrio de **Sta. Aurelia - Cantábrico - Atlántico - La Romería** con 805 habitantes extranjeros, de los que 271 proceden de China.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

Procedencia de la Población Extranjera Residente en el Distrito				
Procedencia	Hombres	Mujeres	Ambos	% Extranjeros (Ambos)
Europa del Este	657	657	1314	20,3
Marruecos	689	539	1228	19,0
Asia	580	643	1223	18,9
América del Sur	500	701	1201	18,6
Resto de África	462	202	664	10,3
Resto de América	155	302	457	7,1
Europa Occidental	169	139	308	4,8
Otros	38	26	64	1,0
Total	3250	3209	6459	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, las agrupaciones de barrios y los niveles obtenidos son:

- Agrupaciones 25, 26 y 31: “La Plata”, “Los Pájaros - Amate” y “Palmete”, los tres presentan un **nivel 5, el nivel socioeconómico más bajo**, igual que en 2001.
- Agrupación 40: “Santa Aurelia-Cantábrico-Atlántico-La Romería”, que presenta en 2011 un nivel 4; **pierde un nivel con respecto a 2001**, debido principalmente al aumento del paro.
- Agrupación 21: “Rochelambert-Juan XXIII”, que tenían en 2001 un nivel 4 de ISNSE y en 2011 **pasa al nivel 5**. Este cambio es atribuible al aumento del paro.
- Agrupación 11: El Cerro, analizado junto con el barrio Ciudad Jardín del distrito Nervión, **presenta un nivel 4**, al igual que en 2001.

En resumen, podemos decir que, lejos de mejorar sus condiciones socioeconómicas, los barrios de este distrito han empeorado en este último decenio.

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

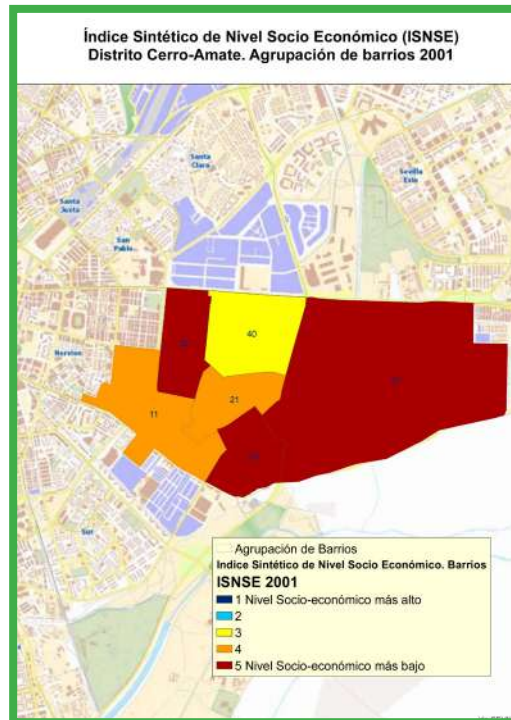
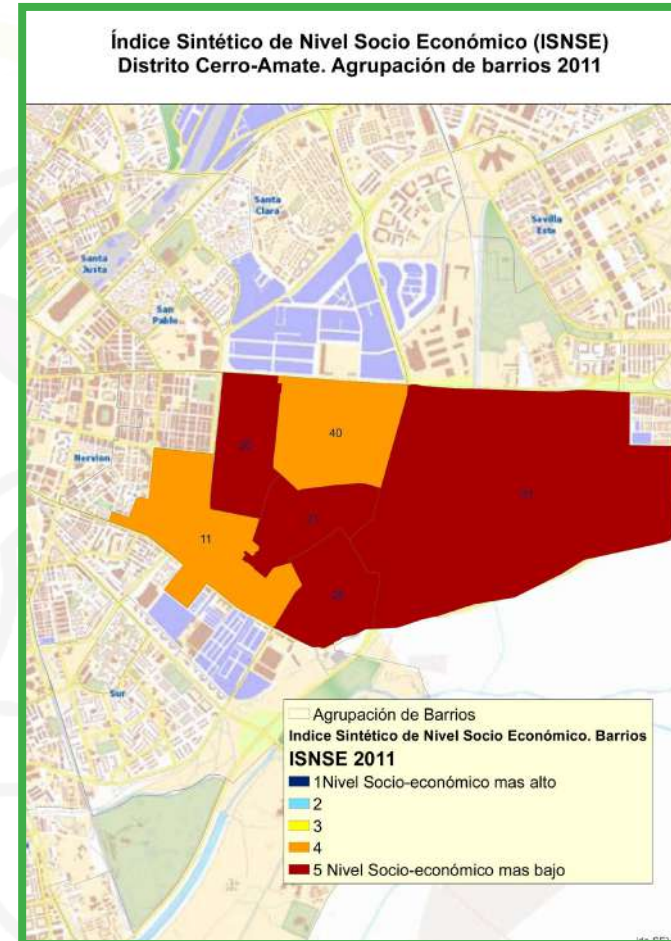


Ilustración 12: Agrupación de barrios del estudio ISNSE Sevilla 2011.



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 familiar de toda España está en este distrito.
- De las quince zonas con menor renta media, siete están en Sevilla, y de ellas dos zonas SCD están en este distrito, que se corresponden con los **barrios de Los Pájaros, Amate, El Cerro y La Plata**.
- En todas las zonas, salvo la que se corresponde con el Polígono Sur, las rentas medias anuales han disminuido.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia

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

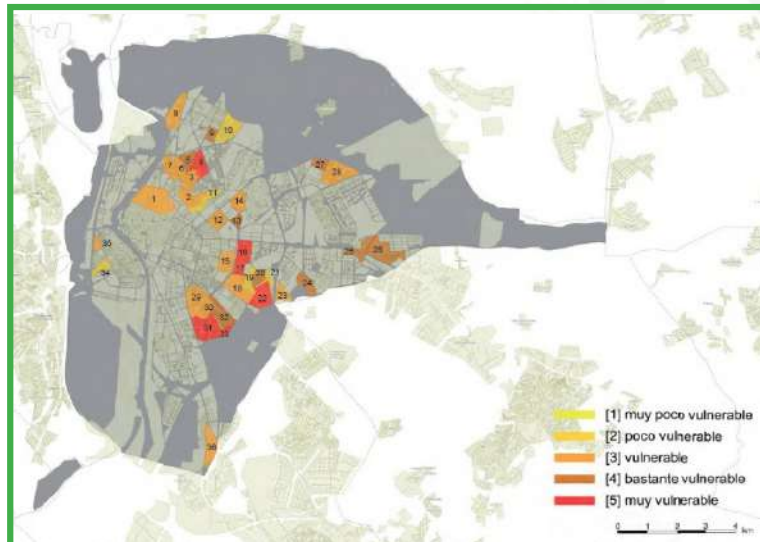
Barrios vulnerables

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

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

Como vemos, **Amate, Los Pájaros, Rochelambert, Juan XXIII, El Cerro y Su Eminencia** se encuentra en la lista de barrios vulnerables de este análisis urbanístico.

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



Personas desempleadas en situación de vulnerabilidad.

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

Este programa tiene una repercusión importante en zonas del municipio de Sevilla con fuerte presencia del desempleo.

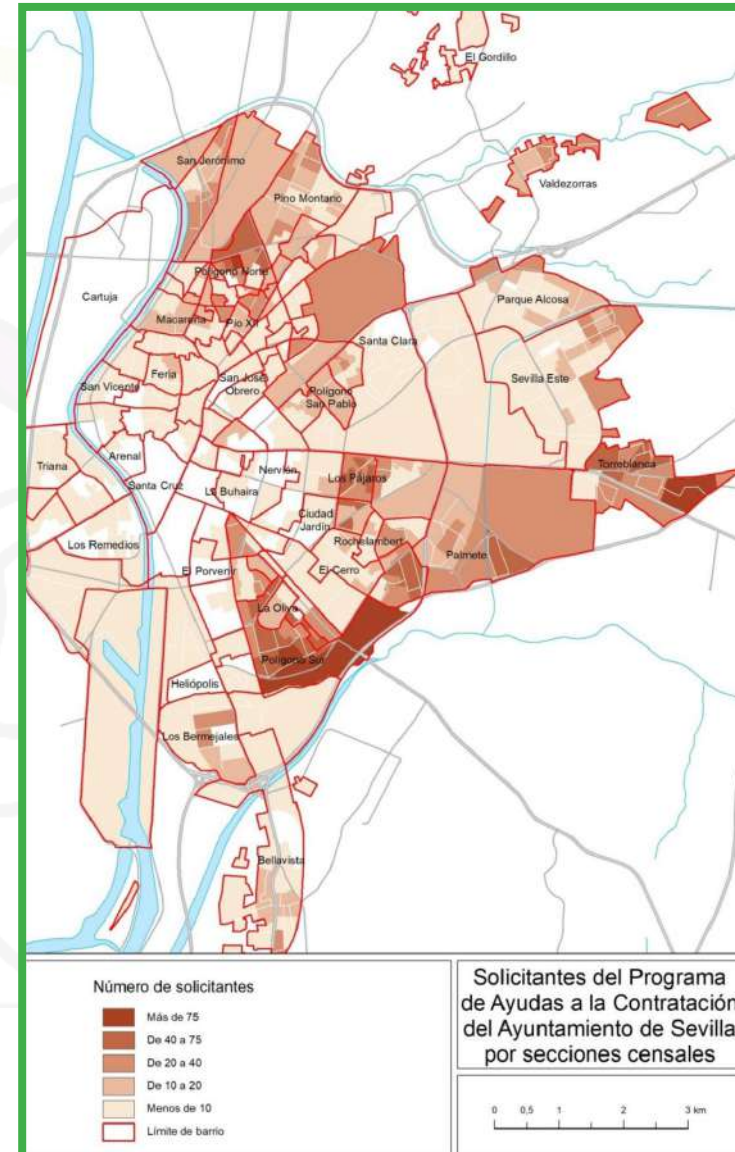
En el informe de “Necesidades Sociales de los barrios de Sevilla” iniciado en 2017 por la Delegación de Bienestar Social y Empleo se concluye que la demanda atendida por los Centro de Servicios Sociales del Distrito Cerro - Amate (C.S.S. Cerro - Su Eminencia y Tres Barrios - Amate), son los 2ª y 3º con más demanda de la ciudad, lo que se justifica, no por el número de población que atiende sino por la alta problemática social de la zona.

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

Fuente: Bitácora 2007–2016.

Barrios con mayor número de solicitantes de PACAS (2016)			
Distrito	Barrio	% del total de solicitudes	% de mujeres
Sur	Polígono Sur	12,1%	52%
Este - Alcosa - Torreblanca	Torreblanca	11,6%	55%
Cerro - Amate	Los Pájaros	8,2%	55%
Norte	Barriada Pino Montano	4,7%	55%
Cerro - Amate	Palmete	4,5%	61%
Cerro - Amate	La Plata	4,0%	52%
Este - Alcosa - Torreblanca	Colores-Entre Parques	3,4%	65%
Macarena	Polígono Norte	3,0%	53%
Norte	San Jerónimo	2,7%	64%
Este - Alcosa - Torreblanca	Parque Alcosa - Jardines del Edén	2,6%	59%
Cerro - Amate	Amate	2,4%	64%

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



Absentismo Escolar

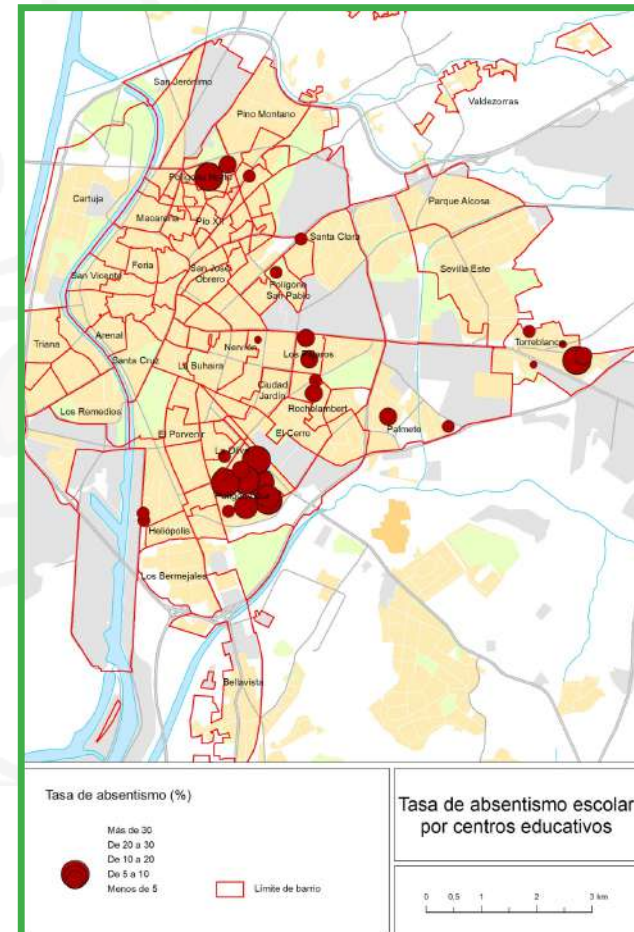
En el informe antes comentado se recoge el absentismo escolar de la ciudad, y es de nuevo Tres Barrios - Amate la 3ª zona de Sevilla donde el absentismo de la población escolar, de Primaria y ESO, es más elevada.

En el mapa se representa el absentismo por centros escolares donde destacan, sobre todo, los centros escolares de Polígono Sur, Torreblanca - Palmete y **Tres Barrios - Amate**, coincidiendo con los barrios más desfavorecidos de la ciudad.

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

Ilustración 16: Distribución geográfica del absentismo en Sevilla.



Personas en situación de dependencia

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

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

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

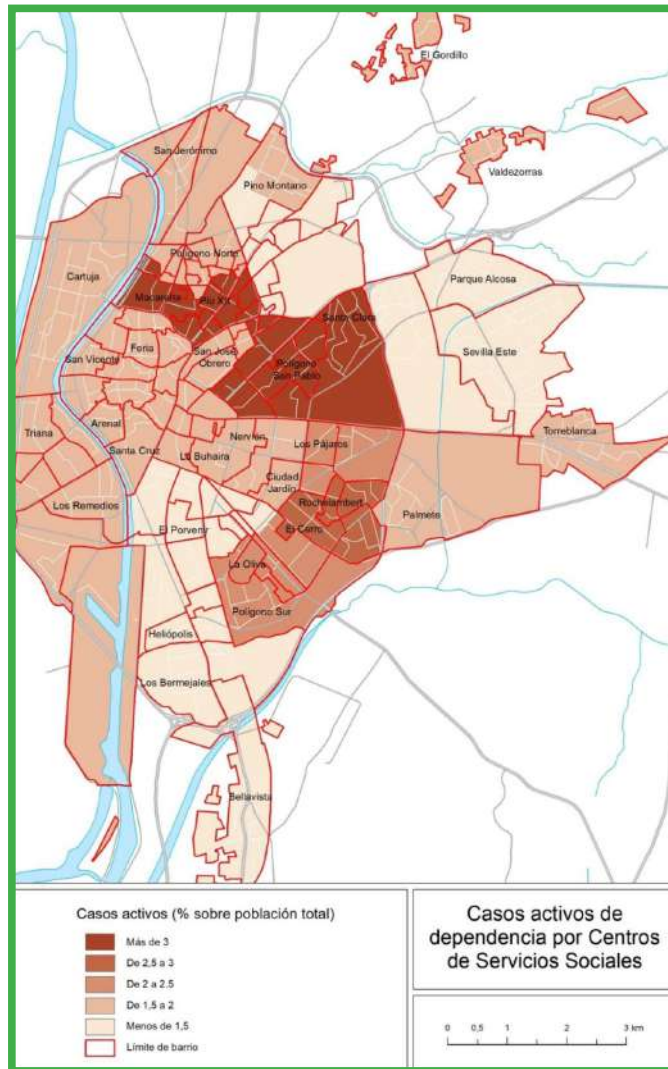
Debemos destacar casos que aunque no suponen un número absoluto muy elevado, sí resultan significativos en cuanto al porcentaje respecto de la población. En este grupo estarían **Cerro - Su Eminencia, 2,6%**, **Tres Barrios - Amate, 2,2%**, o Polígono Sur, este último registra un número significativamente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

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

Fuente: Datos de Estadística Municipal. Elaboración propia.

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

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



D. Morbilidad

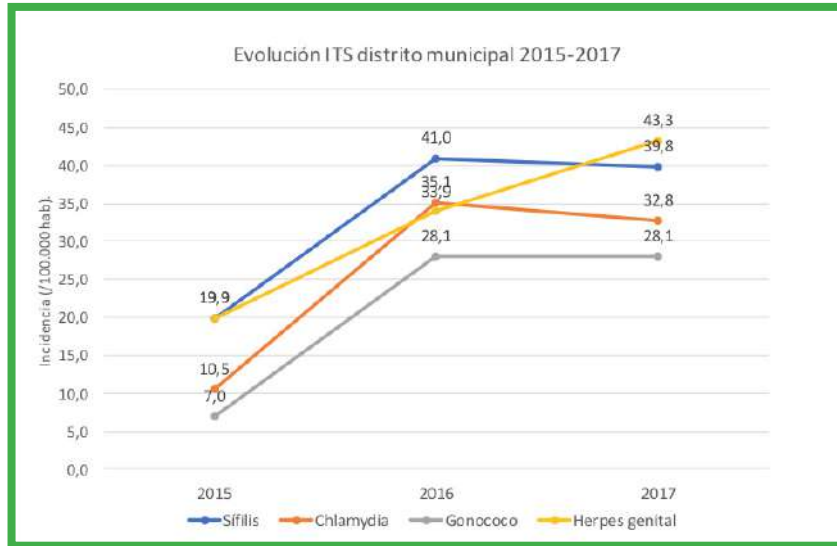
En el distrito Cerro - Amate las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** son las EDOs que presentan unas tasas de declaración más altas. Se puede observar en la figura 1 un incremento de la incidencia de todas las ITS desde 2015. De mayor a menor incidencia en el último año descrito identificamos herpes genital, seguida de sífilis chlamydia e infección gonocócica, y alcanzando cada una de estas tres enfermedades valores muy superiores a los identificados en Sevilla ciudad.

Encontramos diferencias por UGC de cada una de estas enfermedades. Destaca la UGC La Candelaria que presenta las tasas más altas de notificación de infección gonocócica, sífilis y chlamydia, siendo herpes genital más incidente en la UGC Amate.

Dentro de las **enfermedades inmunoprevenibles** destaca la Hepatitis A por presentar un aumento de incidencia en 2016 (tasa del Distrito, 25.8 por 100.000 habitantes), seguido de un descenso en 2017. Por otra parte, la parotiditis también presentó un aumento de incidencia en 2017 (16.4 por 100.000 habitantes), especialmente en Candelaria y La Plata.

La incidencia de **tuberculosis** en este distrito presenta valores superiores al promedio de la ciudad, sobre todo motivados por las tasas en La Candelaria con una de las cifras más altas y muy por encima de la media, encontrándose La Plata también con tasas elevadas.

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.



Coberturas vacunales

Fuente: Datos de Estadística del Servicio Andaluz de Salud.

UGC/CAP	Vacunación completa a los 2 años	Vacunación con 2 dosis TV
Amate	97,3%	97,9%
Cerro del Águila	98,5%	97,7%
La Candelaria	96,7%	99,5%
La Plata - Palmete	95,3%	98,9%

Indicadores de Calidad Preventivos (PQI)

Desde el año 2015 se realiza un análisis de las hospitalizaciones potencialmente prevenibles por **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (PQI 5)** 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 Centro de Salud, presentando la población de La Candelaria, La Plata y Cerro del Águila un riesgo mayor de ingresos prevenibles por PQI16 que los otros CS. La población de Palmete y Candelaria tiene mayor riesgo de ingresos prevenibles por PQI5 que otros DS. También podemos identificar en la población de Candelaria un mayor riesgo para PQI8 que en el resto de Centros de Salud.



E. Mortalidad

La **esperanza de vida al nacer** del conjunto del distrito de Cerro - Amate está por debajo de la media de la ciudad, de hecho es la más baja de la ciudad para ambos sexos.

Comparando con la **Tasa Ajustada de Mortalidad General** de la ciudad en su conjunto, el distrito Cerro - Amate registra valores más altos para las tasas de mortalidad por **cáncer**, tanto para hombres como para mujeres, y también para la mortalidad por **enfermedades infecciosas** y **enfermedades circulatorias**.

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.

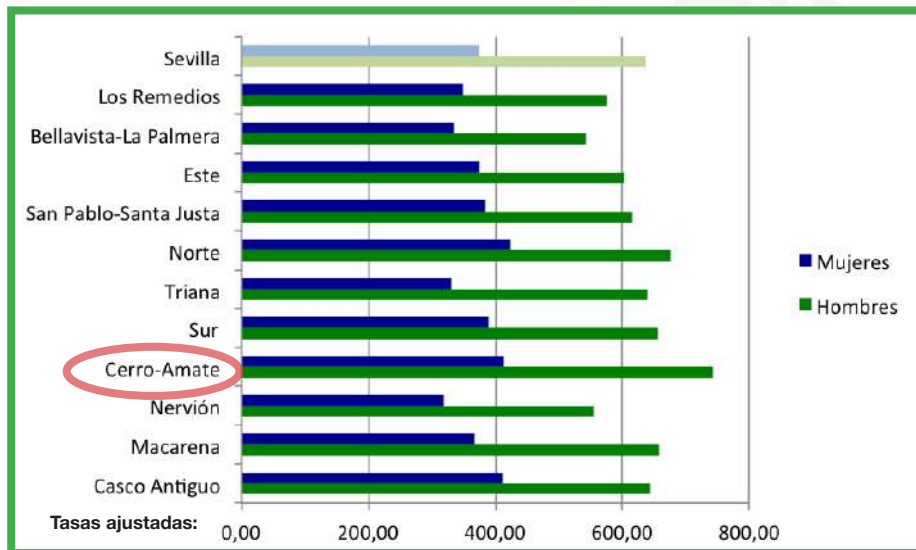
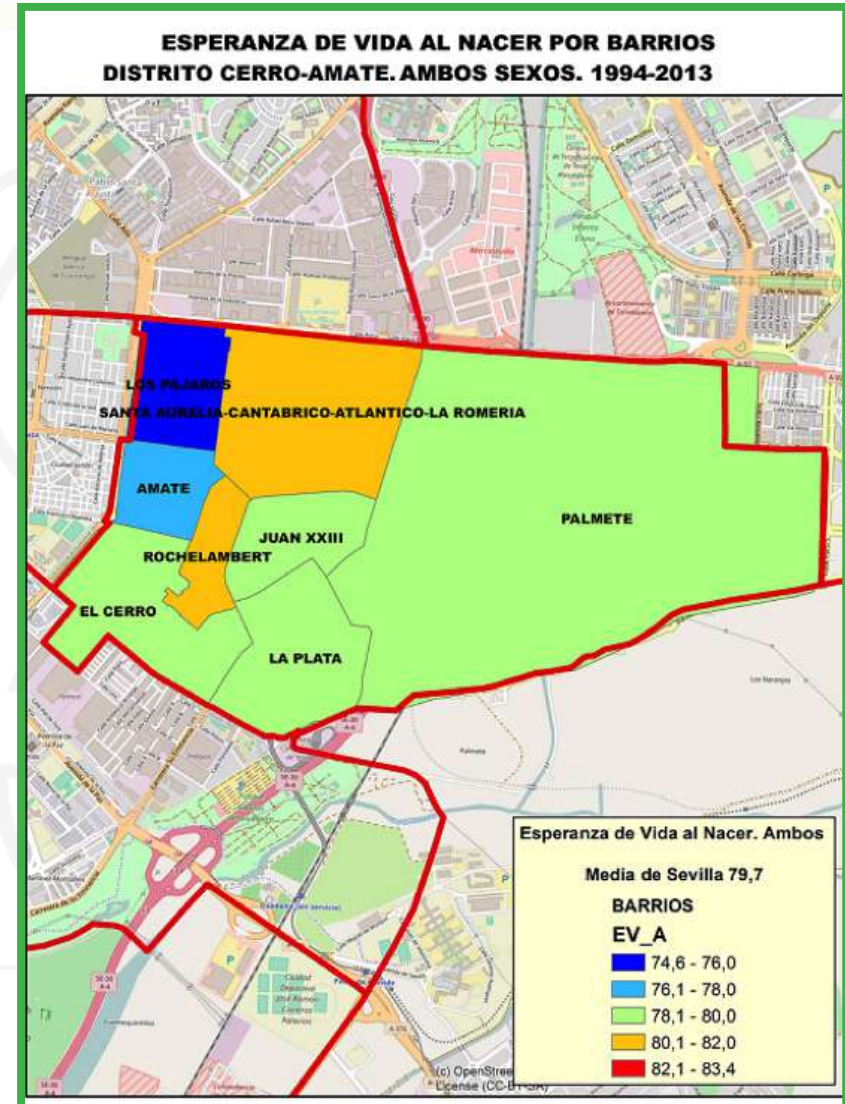


Ilustración 18: Distribución geográfica de la esperanza de vida al nacer en los barrios del distrito.



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.

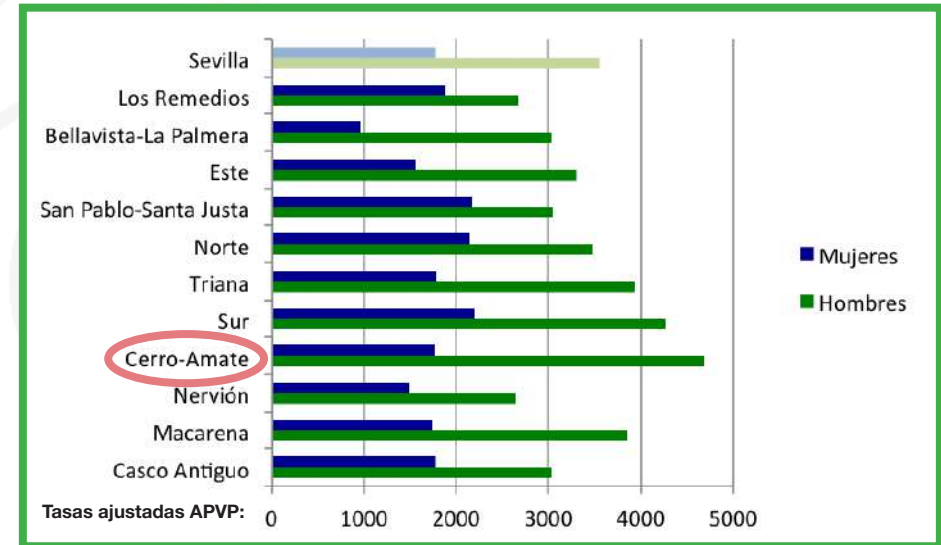
Considerar la edad a la cual mueren las personas y no sólo el evento mismo de la muerte permite asignar un peso diferente a las muertes que ocurren en diferentes momentos de la vida.

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.

El distrito Cerro - Amate este indicador registra, entre los hombres, el valor más alto de la ciudad, muy por encima del obtenido para el conjunto de Sevilla; en el caso de las mujeres se registra un valor ligeramente superior.

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 se registra, para los hombres del distrito, el valor más alto de la ciudad; también para las mujeres tenemos uno de los más altos, si bien las diferencias entre distritos no son en este caso tan marcadas.

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.

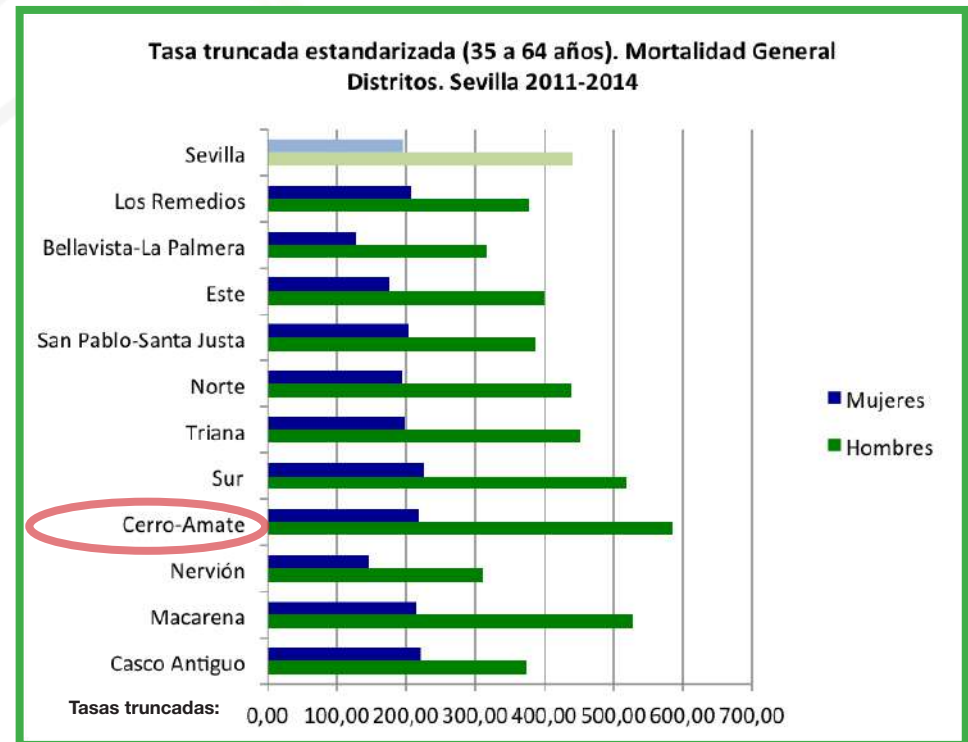
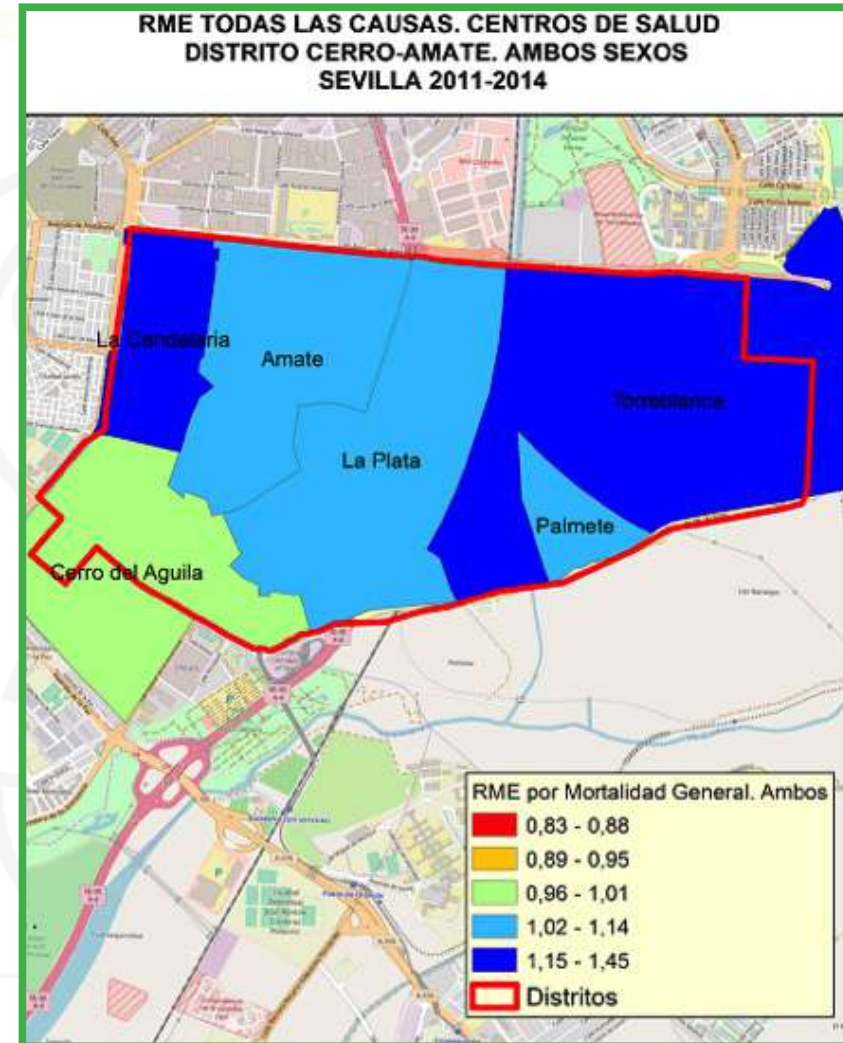


Ilustración 19: Distribución geográfica de la RME Mortalidad General por centros de salud.

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.



F. Entorno Medioambiental

Zonas verdes: A partir de los datos de parques y jardines por distritos recogidos en la siguiente tabla, calculamos que el distrito Cerro - Amate cuenta con 5,9 m² de zonas verdes por habitante, una cifra inferior a la media de la ciudad, que se sitúa en 14 m²/Hab., y muy por debajo de las recomendaciones establecidas por la OMS (mínimo 10 - 15 m²).

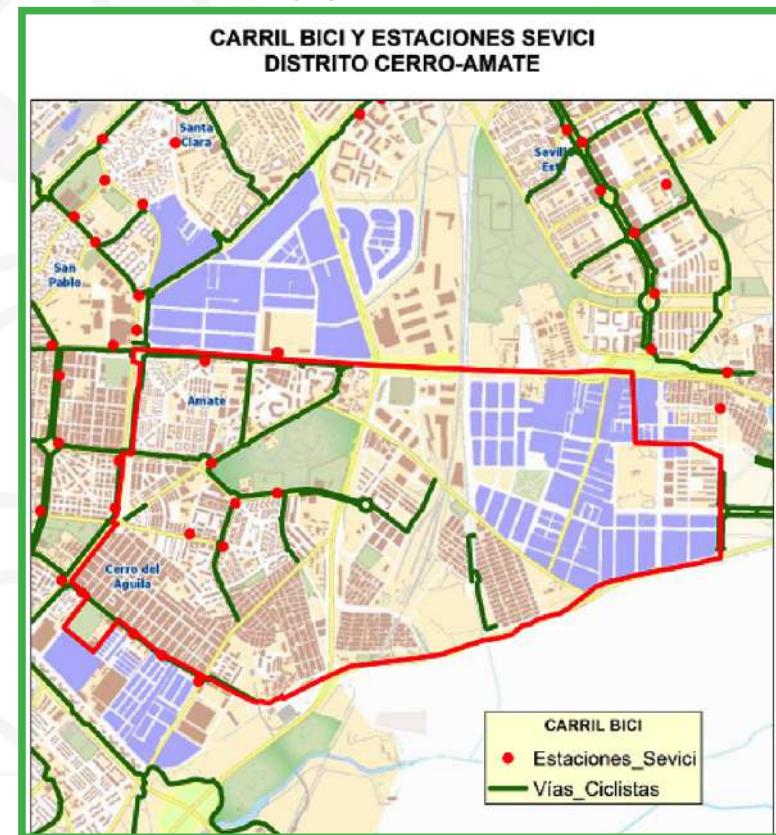
Fuente: Servicio de Parques y Jardines, Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

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: En el caso del distrito Cerro - Amate, el carril bici de la ciudad no llega a la mayor parte de los barrios, ni siquiera en sus calles principales.

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



Zonas acústicamente saturadas: En relación al ruido, no se ha registrado en el distrito ninguna zona acústicamente saturada, tal y como podemos ver en el siguiente mapa del conjunto de la ciudad.

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

Ilustración 21: Distribución geográfica de las zonas acústicamente saturadas.

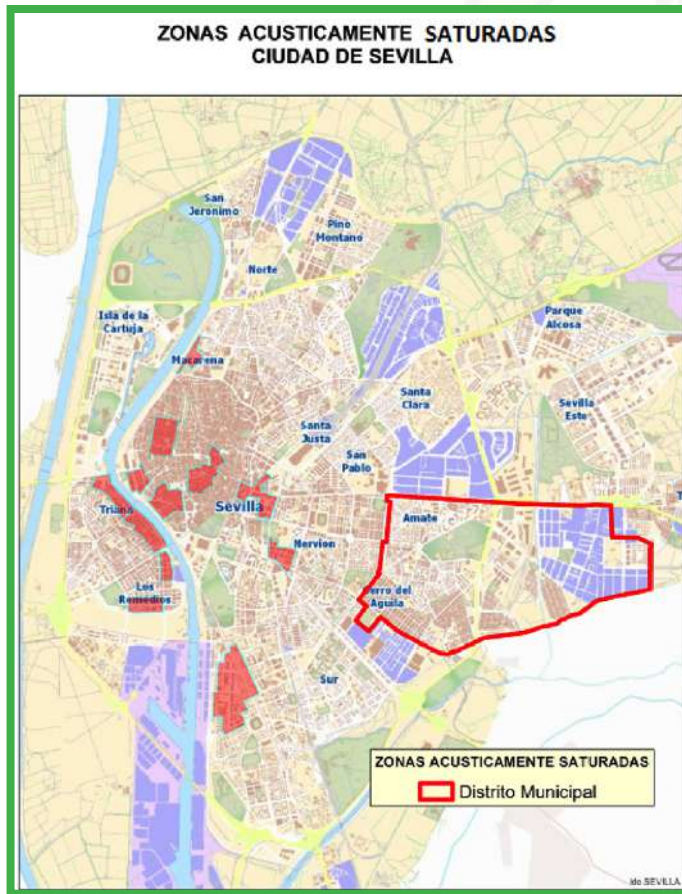
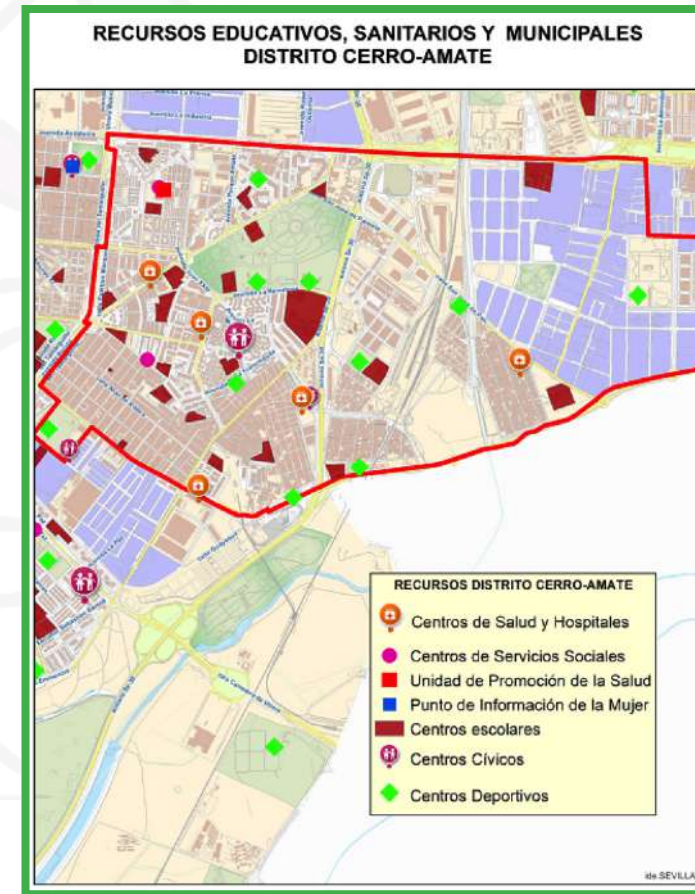


Ilustración 22: Distribución geográfica de los recursos existentes en el Distrito.



G. Estilo de vida

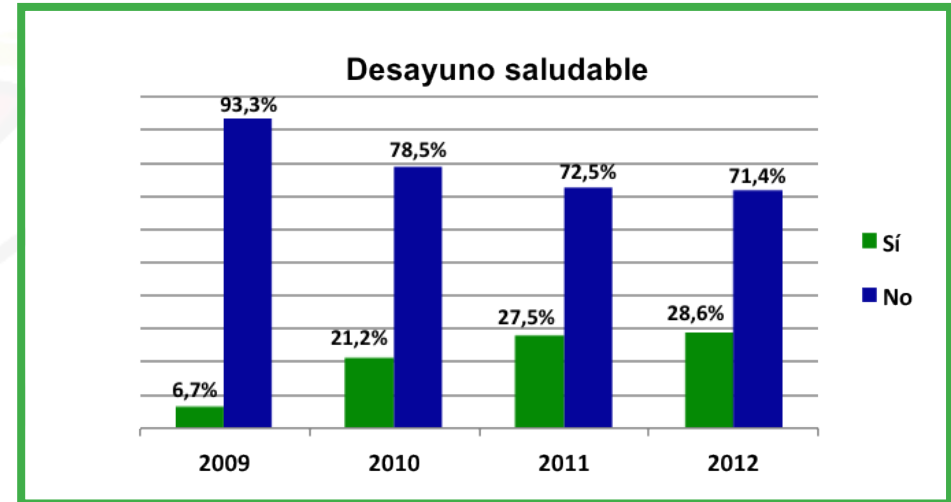
No disponemos de esta información desagregada por barrios, por lo que los datos que aquí aportamos corresponden a toda la ciudad y en algunos casos a la provincia de Sevilla.

La alimentación

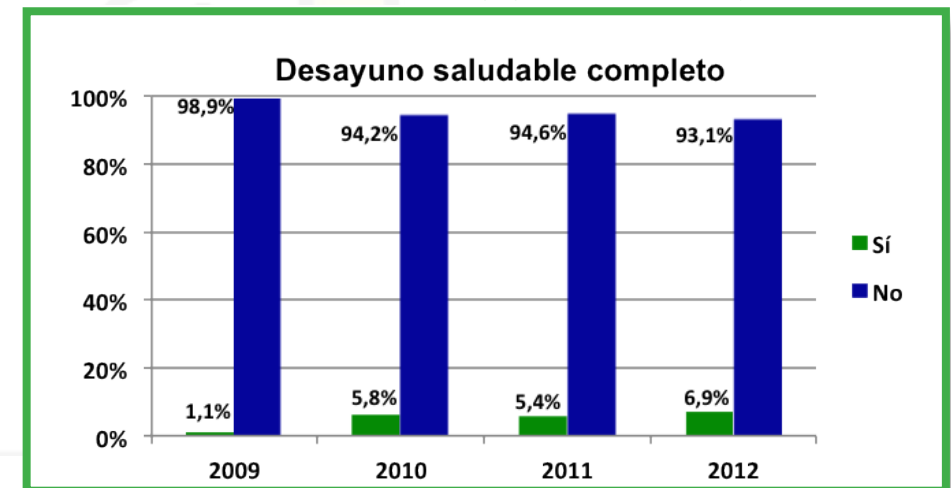
En la ciudad de Sevilla, disponemos de datos sobre hábitos de alimentación de escolares de Educación Primaria procedentes de estudios propios (Servicio de Salud, Ayto. de Sevilla, 2009 a 2012):

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

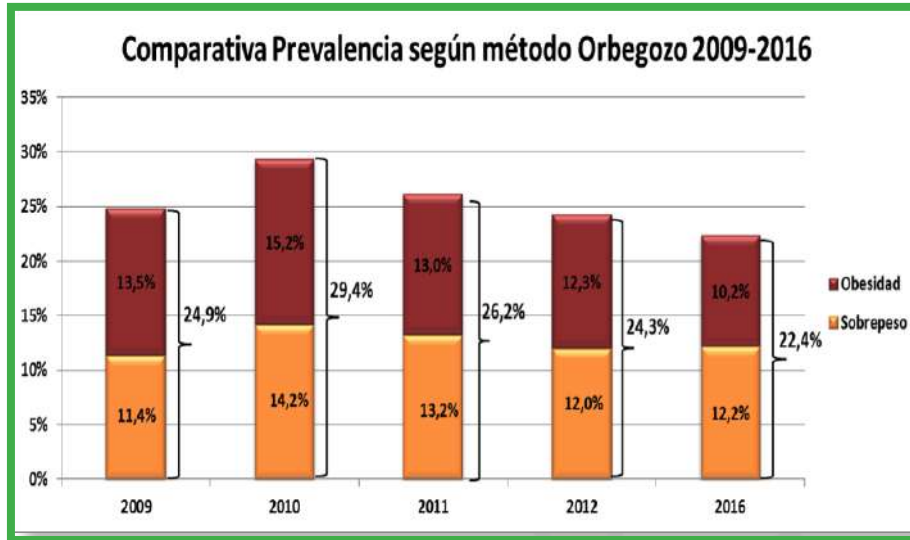
Fuente: Estudio propio. Servicio de Salud. Ayuntamiento de Sevilla.



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



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



Sobrepeso y obesidad infantil

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

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

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

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

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



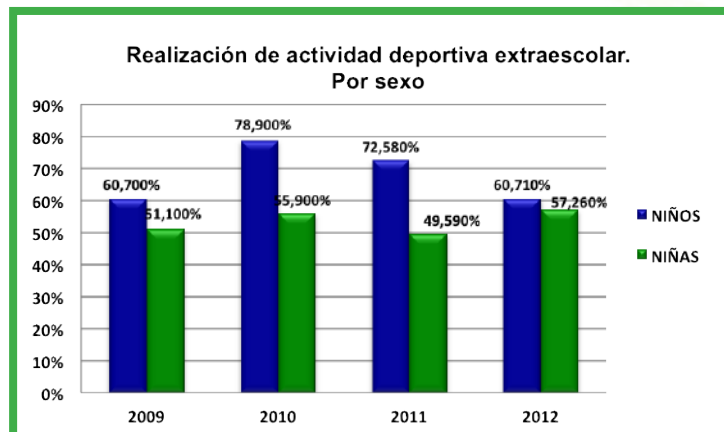
Actividad física

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

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

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

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



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

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

Aumento de caries en la población infanto-juvenil y adulta.

Falta de una conciencia deportiva en pro de la formativa: Talleres de robótica.

Consumo de drogas.

Malos hábitos alimenticios.

Alto porcentaje de pacientes con patología mental dual.

Falta de higiene personal.

Entorno Social

Soledad en las personas mayores y dependientes.

Relaciones de parejas en desigualdad (Violencia de género).

Problemas de conductas derivados de una convivencia familiar desestructurada.

Tráfico (afluencia) de drogas.

Aumento de familias monomarentales con escasos ingresos económicos, desempleo y problemas laborales.

Absentismo escolar.

Entorno Social

Baja implicación de las familias en la educación de los hijos e hijas.

Cultura endogámica.

Aislamiento de las personas mayores y dependientes.

Delincuencia y drogadicción.

Poco tejido asociativo ubicado en la zona. Las entidades están ubicadas fuera del barrio.

Inseguridad ciudadana.

Violencia intrafamiliar.

Los recursos sociales están ubicados en Torreblanca.

Entorno Medioambiental

Falta de adecuación y limpieza en zona de Nuevo Parque Amate.

Soledad y aislamiento por el tipo de viviendas.

Falta de espacios deportivos.

Ausencia de zonas verdes y de parques infantiles.

Salubridad en las calles.

Salubridad y chabolismo vertical.

Entorno Medioambiental

Viviendas antiguas.

Viviendas con barreras arquitectónicas para las personas mayores y dependientes.

Falta de comunicación del transporte público para acudir al centro de salud de la zona.

Aislamiento urbano por falta de líneas de autobuses a otros barrios.

Falta de parques públicos.

Servicios Sanitarios

Abusos de recursos sanitarios y gastos excesivos de recursos.

Carencia de recursos humanos y materiales para poder promocionar la salud desde los servicios sanitarios.

Desigualdades Socioeconómicas

Asistencia a nuevas familias como consecuencia de la crisis económica que necesitan recursos sociales de la Unidad de Trabajo Social.

Dificultad de alimentación en menores.

Hacinamiento familiar en viviendas por falta de recursos económicos.

Aumento de población inmigrante y otras etnias minoritarias.

Envejecimiento de la población.

Desigualdades Socioeconómicas

Desempleo.

Economía sumergida.

Bajo nivel económico.

Ausencia de tejido empresarial. Escasos comercios.

Falta de alimentos para niños y niñas.

Mala nutrición como consecuencia de los escasos recursos.

Nivel económico, educativo bajo.



2.2. Fortalezas y activos

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

Orden	Fortalezas
1	Programas de promoción de salud desde UPS, Centros de Salud, Centro de Servicios Sociales.
2	Existencia de varios centros de salud.
3	Un gran parque: Amate.
4	Existencia de centros educativos desde infantil hasta bachillerato.
5	Presencia y atención de diferentes asociaciones que atienden diversas problemáticas familiares ubicados dentro de los centros educativos.
6	Una oferta variada de talleres del distrito para todas las edades.
7	Centro de Servicios Sociales con sus distintos profesionales y programas para la atención de las necesidades de la población.
8	Coordinación entre los diferentes profesionales que trabajan para la comunidad.

Orden	Fortalezas
9	Gran número de centros educativos que pueden utilizarse en fines de semana (experiencia piloto en Adriano del Valle).
10	Profesionales implicados.
11	Existencia de dos cocinas solidarias.
12	La vacunación del alumnado en centros escolares.
13	Trabajo en red del tejido asociativo.
14	Unas buenas instalaciones deportivas.
15	Buenas comunicaciones en los servicios públicos de transportes: metro.
16	Dos centros cívicos.
17	Contamos con tres unidades de estancia diurna y dos Residencias de mayores.
18	Actividades ofrecidas a la población de mayores desde centro participación activa.
19	Movimiento asociativo con iniciativas sociales y culturales.
20	Mesa de salud como punto de encuentro de asociaciones y entidades de la zona (Centros de Salud, UPS, Servicios Sociales).
21	Presencia de entidades que colaboran contra el absentismo escolar.

Orden	Fortalezas
22	Presencia de asociaciones culturales y recreativas tanto para personas mayores como para jóvenes.
23	Implicación de los y las profesionales en la elaboración del PLS.
24	Programa de forma joven en centros educativos.
25	Buena respuesta del ayuntamiento a la demanda vecinal: un aumento de la limpieza vial por parte del ayuntamiento.
26	Existencia de diferentes instituciones públicas y privadas con presencia muy cercana a la población.
27	Existencia de numerosos pequeños espacios de zonas verdes.
28	Existencia de la red de carriles bici.
29	Dos mercados municipales para poder potenciar la economía.
30	Voluntariado entre la vecindad para ayudarse.
31	Existencia de huertos urbanos y escolares.
32	Impulso desde la administración local de los planes integrales de barrio.
33	Compromiso de construcción de un centro de salud en Cerro del Águila.

Orden	Fortalezas
34	Una historia y conciencia de barrio valorada por la vecindad.
35	Zona con gran potencial para uso empresarial en HYTASA.
36	Presencia de contenedores por materiales.
37	Señas de identidad conocida por el resto de la ciudad: HYTASA, Candelaria, Amate, Carretera de Su Eminencia.



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	Suciedad en las calles y espacios públicos.
2º	Faltas de puntos de recogida de basura en el barrio.
3º	Vandalismo y destrozo de mobiliario público.
4º	Consumo de alcohol y consecuencias.
5º	Delincuencia y robos.
6º	Falta de aparcamiento.
7º	No se respetan normas de tráfico.
8º	Alto consumo de tabaco y productos relacionados como cachimbas.
9º	Contaminación acústica en horario nocturno.
10º	Plagas de animales como ratas, cucarachas, etc.

Necesidades Sentidas Grupo de Jóvenes	
1º	Necesidad de eliminar el tráfico y consumo de drogas.
2º	Inseguridad en los parques y lugares de ocio.
3º	Pocos sitios de ocio para la juventud.
4º	Mejorar el acceso a los medicamentos.
5º	Ausencia policial cuando es requerida.
6º	Mejorar el mantenimiento de la vía pública.
7º	Venta de alcohol y tabaco a menores.
8º	Expulsión de los ocupas problemáticos.
9º	No permitir que las personas drogadictas consuman delante de menores.
10º	Falta de viviendas.

Necesidades Sentidas Grupo de Personas Adultas		Necesidades Sentidas Grupo de Personas Mayores	
1º	Falta de ascensores en viviendas sociales con diversidad funcional.	1º	Desempleo.
2º	Carencia de servicio de urgencias nocturnos y fines de semana en UGC.	2º	Suciedad en las calles.
3º	Falta de UGC en zona la Negrilla y Padre Pío La Doctora.	3º	Relaciones afectivas poco adecuadas entre vecinos.
4º	Alta tasa desempleo en el distrito.	4º	Contaminación acústica.
5º	Poco control y mucho absentismo escolar.	5º	Pocos semáforos en el distrito.
6º	Inseguridad y peligrosidad por falta de vigilancia en general.	6º	Actividades de ocio gratuitas para los niños y las niñas.
7º	Falta de comisaría de Policía Nacional.	7º	Exceso de bares y ruidos nocturnos.
8º	Difícil acceso a la vivienda.	8º	Aumento de zonas verdes.
9º	Existencia de barreras arquitectónicas en todas las calles del distrito.	9º	Acceso demasiado fácil a la comida basura.
10º	Deterioro de zonas verdes y parques infantiles.	10º	Malos hábitos de higiene en la población en general.

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. Malos hábitos de alimentación en población general.
	2. Alto porcentaje de sedentarismo entre la población escolar.
	3. Alta tasa de sobrepeso y obesidad entre la población escolar.
Entorno Social	1. Desigualdades de género (violencia machista).
	2. Población con un bajo nivel educativo y cultural.
	3. Alto porcentaje de personas mayores en situación de soledad no deseada.
Entorno Ambiental	1. Problemas de suciedad en la vía pública.
	2. Problemas de accesibilidad a las viviendas en ciertos barrios/edificios del distrito (Pisos-cárcel).
	3. Situaciones de hacinamiento en algunos puntos del Distrito.
Desigualdades Socioeconómicas	1. Nivel socioeconómico bajo y muy bajo en ciertos barrios del distrito ² .
	2. Insuficientes recursos en los servicios sociales.

2. Este problema se repite en la priorización, formulado de dos formas diferentes pero refiriéndose a la misma realidad, por eso se contabiliza como uno.

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 desarrolla. Abarca, por lo tanto, una gran diversidad de aspectos como: alimentación, actividad física, sueño, relaciones afectivo-sexuales, consumo de sustancias nocivas, etc.

Cuando se mantienen hábitos de vida perjudiciales para la salud, aparece un alto riesgo de padecer problemas físicos y/o psíquicos, así como el incremento de la tasa de enfermedades crónicas.

En la adolescencia las dificultades más comunes están relacionadas con la alimentación y el ejercicio físico. Se trata de una etapa de mayor vulnerabilidad ante los problemas de autoimagen y autoestima, incrementando la posibilidad de sufrir aislamiento e inseguridad.

El sedentarismo genera una mayor torpeza en la movilidad en todas las etapas de la vida, por lo que puede verse afectado el desarrollo psicomotriz (tanto la psicomotricidad gruesa como fina) y la probabilidad de accidentes por caídas.

Objetivo Estratégico 1 - Promover hábitos de vida saludable

Con la promoción de un estilo de vida saludable se reduce la aparición de enfermedades metabólicas y cardiocirculatorias, favorece la autoestima, las relaciones interpersonales, mejorando la salud emocional y en consecuencia se reduce el número de depresiones. En general, aumenta la salud y la calidad de vida y disminuye el gasto médico sanitario.

Malos hábitos de alimentación en la población general

La población del distrito mantiene hábitos de alimentación poco saludables desde hace muchos años. Se consume mucha comida preparada y ultra procesada, debido a la falta de tiempo y a la poca conciencia del efecto que tiene sobre la salud.

Existe un desinterés y desconocimiento generalizado en la relación entre alimentación y salud. Se observa por parte de los y las profesionales del distrito, la existencia de falsos mitos, como que esta comida es más barata que la elaborada en casa, o que con alimentarse es suficiente.

A ello se une, la escasa participación de la población en los talleres de hábitos de vida saludable que se desarrollan y ofertan desde las distintas administraciones públicas.

Objetivo General 1.1 – Promover hábitos de alimentación saludable entre la población del distrito

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo de medidas de fomento de hábitos de alimentación saludable que beneficien al menos al 50% de la población del distrito para 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias} / \text{Total de personas censadas en el distrito}) \times 100$.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud desde la infancia con toda la comunidad educativa, implicando a las familias. • Establecer medidas sancionadoras para implicar a las familias no colaboradoras. • Trabajar con los abuelos y las abuelas, que en este distrito son muy jóvenes. • Crear el requisito de asistencia a talleres de hábitos saludables para las personas beneficiarias de ayudas sociales. • Desarrollar actividades formativas y de sensibilización dirigidas a toda la población.

Alto porcentaje de sedentarismo y alta tasa de sobrepeso y obesidad entre la población escolar

Ambos problemas afectan a la misma población, la escolar, y además están íntimamente ligados entre sí. Por lo que se abordan de forma conjunta.

En el distrito hay una alta tasa de población con obesidad, debida a diversos factores entre ellos los genéticos. Además, en muchos casos, estas familias no ven que esta enfermedad sea un problema de salud para el futuro, relacionando un mayor peso con una mejor salud. Por tanto, se dificulta la implicación de las familias que más lo necesitan, en las formaciones y talleres sobre hábitos de vida saludable.

Esta ausencia de conciencia y conocimiento sobre la importancia que tiene la alimentación para la salud es lo que genera mensajes contradictorios en el contexto escolar y familiar. El control de los alimentos poco saludables para la población infantil solo se realiza en momentos puntuales, ya que, el resto del tiempo reciben mensajes benevolentes con el consumo de alimentos dañinos. En la alimentación influyen mucho los familiares cuidadores, que toman una actitud de poco control dándoles a la población menor ‘lo que quieran’.

Respecto al sedentarismo, un factor importante es la falta de ejercicio físico. Existen pocos espacios públicos que estén acondicionados. Por ejemplo, en la zona del Cerro hay un solo parque infantil, unido a la única zona que hay para jugar al fútbol. Las áreas deportivas disponibles están destruidas y mal cuidadas. Y los espacios públicos, como plazas y parques, están en malas condiciones y sucios, en general.

Si se suma, que el entorno no es seguro y por otro, el aumento de la delincuencia, las familias, no dejan a la población menor jugar en la calle, ni realizar actividad física en la vida cotidiana. Por ejemplo, ir al centro educativo andando. En su lugar, las familias fomentan el ocio en el hogar, generando muchas horas frente a ‘las pantallas’ (ordenador, tabletas, televisión).

Otro factor es el abuso de las nuevas tecnologías, las redes sociales y las pantallas en general por parte de menores y mayores. Las familias invierten más dinero en comprar tecnologías o pagar internet, que en actividades deportivas para el colectivo menor.

Estas situaciones se agudizan en las familias que están en situaciones de exclusión socioeconómicas.

Objetivo General 1.2 - Promover la prevención del sobrepeso y el sedentarismo entre escolares

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollar anualmente medidas para la promoción de la actividad física y la alimentación saludable 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"> • Aumentar la oferta y la difusión entre la población de actividades físicas. • Fomentar el uso de los carriles bici. • Oferta abierta de las escuelas deportivas durante todo el año. • Ofrecer gratuidad o abaratamiento de las actividades deportivas.

3. 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. Cuando no es positivo o favorecedor, las consecuencias son generales para toda la población.

Las relaciones sociales en la comunidad son problemáticas y tienen varias facetas, una de las más asentadas en nuestro contexto es la desigualdad de género, incluyendo la violencia machista. En su expresión más extrema conlleva el asesinato de mujeres, dejando huérfana a la población menor.

Otra consecuencia es el aislamiento que produce en muchas personas, que sienten desprotección social, aumentando el peligro de desarrollar enfermedades y vivir con peor calidad de vida.

Por último, una circunstancia que favorece la aparición de conflictos sociales es, el aumento de las desigualdades económicas. Esto genera economía sumergida y pobreza, propiciando el descontento ciudadano.

Objetivo Estratégico 2 - Fomentar un entorno social positivo

La comunidad que desarrolla un entorno social positivo fortalece las relaciones interpersonales y el tejido social. Crea más redes de ayuda con mayor implicación ciudadana, empoderando a las personas y los grupos sociales. En general, un buen entorno social hace que disminuya la soledad y mejore la calidad de vida.

Desigualdades de género (violencia machista)

En nuestra sociedad existe una cultura patriarcal, donde la figura del hombre está en el centro del control y es muy marcada. Este escenario no se compensa ni se aborda de forma adecuada.

Desde la prevención falta una asignatura obligatoria sobre la diversidad y el respeto. Cuando se produce una denuncia de violencia machista faltan (y fallan) los recursos de respuesta que se establecen desde las administraciones.

Objetivo 2.1 - Fomentar la igualdad de género

Indicador	Razón anual del sexo de las personas beneficiarias.
Definición	La razón de hombres y mujeres receptoras de las medidas realizadas tiende al 1.
Cálculo	Nº de mujeres beneficiarias / Nº de hombres beneficiarios.
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Dar mayor rapidez y dotación de recursos en las respuestas a las denuncias machistas. • Ofrecer una educación más integral - todos los niveles y todas las edades - en igualdad de género y violencia en general. • Mainstreaming en todos los estamentos e instituciones. • Aplicar la igualdad de género, en todas las políticas. • Formar y sensibilizar a los agentes implicados en la respuesta a la violencia de género.

Bajo nivel educativo y cultural

Existe un sector de población que tiene carencias educativas y culturales. Una variable que influye es el sistema educativo actual, que permite el avance del colectivo menor dentro del sistema educativo, aunque no haya adquirido los conocimientos ni desarrollado las capacidades necesarias. Esto conlleva un fracaso crónico. Las familias no tienen un nivel educativo que permita transmitir la importancia de la educación, formación y estimulación cultural. Además, las expectativas de la inserción laboral de este colectivo son muy bajas, por lo que la motivación para esforzarse en un recorrido formativo es débil.

En el distrito se produce un fenómeno de endogamia de los barrios, que implica que las personas de algunas zonas no salen de la misma. Este fenómeno en grado extremo se conoce como ‘campanilismo’ (las personas sólo se alejan hasta donde se oyen las campanas). El escenario refuerza las creencias y valores sociales y culturales propios, por lo que no se produce un enriquecimiento.

Objetivo General 2.2 - Fomentar la formación reglada a lo largo de todo el ciclo vital

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollar al menos una medida intersectorial al año para fomentar la formación posobligatoria 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"> • Cambiar el sistema educativo para prevenir al colectivo menor de pasar de curso de forma casi automática. • Dotar de recursos para vigilar y apoyar el fracaso escolar desde el inicio de la escolaridad.

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



Alto porcentaje de personas mayores en situación de soledad no deseada

En el distrito hay un alto porcentaje de población de mayores, entre esta hay muchos casos de personas, mayoritariamente mujeres, que viven solas sin que sea una situación buscada, ni deseada.

Una de las causas se ha situado en la baja corresponsabilidad del cuidado de las familias, que recae sobre las mujeres. Esto supone un problema cuando el sector femenino de la familia no puede realizar este cuidado. Ya sea por falta de políticas para la conciliación familiar en el cuidado de estas personas, o por falta de interés en hacerlo; no hay una solución real desde las administraciones. Éstas dedican escasos recursos, y las respuestas son lentas.

El escenario se agrava cuando el colectivo sufre problemas económicos, ya que, no puede permitirse ningún servicio que compense esta soledad, estando en una situación de gran vulnerabilidad. Por ejemplo, a veces las personas mayores no asisten a los centros de estancia diurna porque tienen que hacer una aportación económica de la que carecen.

Objetivo General 2.3 - 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"> • Formar a la población mayor en las nuevas tecnologías y mejorar la accesibilidad a las mismas. • Conseguir que los recursos de socialización existentes lleguen a todo el colectivo mayor que los necesitan. • Aumentar el número de plazas en estancia diurna con una dotación económica.

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, los aspectos físicos que los componen. Cuando no es de calidad, se producen consecuencias negativas para la sociedad que los habita.

El diseño del entorno físico y sus características, son uno de los factores más influyentes en la salud mental y física de la comunidad. Por un lado, cuando el escenario donde realizamos nuestras actividades cotidianas está mal diseñado, dificulta el uso de los espacios públicos y obstaculiza las relaciones sociales y vecinales. Por otro lado, cuando está mal cuidado, con problemas de basuras, por ejemplo, se producen consecuencias desagradables, como los malos olores. Aunque también puede llegar a tener efectos peligrosos para la salud pública, como la aparición de plagas. Además, si el mobiliario urbano se cuida poco y se vandaliza, se termina deteriorando y desapareciendo, ya que no se repone.

Estos factores hacen que la comunidad salga menos a la calle y sea escaso el uso de los espacios públicos de forma cotidiana. Todo ello favorece el sedentarismo y disminuye la actividad física: pasear por las calles, jugar en las plazas, etc.

Objetivo Estratégico 3 - Promocionar un entorno medioambiental de calidad

Un entorno bien diseñado es un factor para mejorar la salud física y mental, favoreciendo que las personas estén más tiempo en la calle, impulsando las relaciones interpersonales y motivando la realización de actividad y ejercicio físico.

Problemas de suciedad en la vía pública

La existencia de suciedad y basuras en las vías públicas del distrito se debe a las conductas incívicas, no sólo ensucian, sino que tampoco usan el servicio de limpieza adecuadamente. No hay conciencia ciudadana sobre la importancia del cuidado del entorno, ni sobre los valores del bien común. El mobiliario, papeleras y contenedores, se vandaliza, lo que hace que falten porque no se reponen, o se tarde en hacerlo.

También se observa un servicio desigual entre los distintos barrios del distrito, siendo más efectivo y frecuente en las zonas más ‘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"> • Formar y sensibilizar a la ciudadanía sobre la gestión de las basuras. • Aumentar los recursos de limpieza, y realizar una organización de los mismos más equitativas, que no se centren solo en las zonas ‘más visibles’. • Educar en los centros educativos en el respeto al bien común.

**Problemas de accesibilidad a las viviendas en ciertos barrios/
edificios del distrito (Pisos-cárcel)**

Los ‘Pisos-cárcel’ son viviendas que no son accesibles para personas con limitaciones de movilidad. En concreto, suelen ser pisos en edificios sin ascensor, lo que impide la salida a la calle de este colectivo. El drama empeora cuando quienes los habitan no cuentan con una red de apoyo social sufriendo un aislamiento extremo. En este distrito, los edificios son de edificación antigua, por lo que la colocación de ascensores es complicada.

Existen subvenciones a la accesibilidad de la Junta de Andalucía, pero requiere que la comunidad de vecinos aporte una parte económica de la inversión. En este distrito esto supone un problema, ya que adolece de una falta de recursos económicos. Muchos de quienes viven ahí son personas mayores con pocos recursos, y no pagan las tasas de la comunidad.

**Objetivo General 3.2 - Promocionar la habilitación de la
accesibilidad en las viviendas que carecen de ellas**

Indicador	Porcentaje de viviendas habilitadas.
Definición	El número de viviendas en las que se habilita la accesibilidad es de al menos el 50% para el 2023.
Cálculo	$(\text{N}^\circ \text{ de viviendas habilitadas} / \text{N}^\circ \text{ de viviendas registradas como inaccesibles}) \times 100$.
Fuente	Registro de EMVISESA.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar los recursos en las zonas desfavorecidas, al objeto que las ayudas a la accesibilidad no supongan ningún gasto para la comunidad, o este sea más bajo.

Situaciones de hacinamiento en algunos puntos del distrito

Se han identificado situaciones de hacinamiento en algunas viviendas. Son pisos pequeños y antiguos, en los que conviven familias extensas con pocos recursos, o pisos compartidos por muchas personas que se encuentran en diferentes circunstancias de inmigración y con una situación económica precaria.

No hay una respuesta real por parte de las administraciones, ya que, en el Plan Integral diseñado para la zona, ‘Tres barrios’, no tiene dotación económica.

Objetivo General 3.3 - Promocionar la mejora de las condiciones habitacionales de la población con situaciones de hacinamiento

Indicador	Tasa de familias en situación de hacinamiento.
Definición	La tasa de familias en situación de hacinamiento identificadas desde las administraciones muestra una tendencia decreciente para el 2023.
Cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ anual de familias en situación de hacinamiento}}{\text{N}^\circ \text{ de familias en situación de hacinamiento identificadas en 2019.}}$
Fuente	Registro de EMVISESA – Registro de servicios sociales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Crear e implantar un plan integral de zona que aborde todos los factores que inciden en este problema.

Línea de Acción 4: Desigualdades Socioeconómicas

Existen 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 de esta situación está el consumo de productos baratos y de peor calidad, que conlleva que los estilos de vida sean menos saludables. Entre otras cuestiones porque hay menos acceso al ocio, al deporte, a la cultura, etc. Cuando los productos de peor calidad son alimentos, el efecto inmediato es el aumento de la morbilidad asociada a la misma (diabetes, obesidad, etc.). En un grado extremo, las familias llegan a buscar en contenedores alimentos que ya han sido desechados, lo que conlleva un alto peligro de intoxicaciones y enfermedades.

El esfuerzo por conseguir cubrir las necesidades básicas del día a día, termina forzando a las personas a la delincuencia y favorece la proliferación de un mercado sin control. La dificultad que afronta esta población para cubrir las necesidades básicas tiene diversidad de implicaciones. Entre otras, el estrés crónico mantenido genera un clima intrafamiliar negativo, perjudicando las relaciones intrafamiliares, llegando incluso a la desestructuración familiar.

El estrés y los conflictos familiares derivados de estas situaciones socioeconómicas terminan causando en ocasiones el abuso de drogas como el alcohol y el tabaco, o los ansiolíticos y antidepresivos. Llegando a producirse casos de adicciones a otras sustancias y pluriconsumos. Agravándose las situaciones de partida dentro de las relaciones sociales y familiares.

Objetivo estratégico 4 - Favorecer la equidad socioeconómica

Cuando toda la sociedad tiene las necesidades básicas cubiertas, se produce una mejora en la salud y en las relaciones sociales. El incremento del poder adquisitivo favorece la calidad de vida, permitiendo el consumo de productos de calidad, lo que también ayuda a la actividad empresarial.

Nivel socioeconómico bajo y muy bajo en ciertos barrios del distrito y alta tasa de desempleo

Existe en general, una oferta de empleo insuficiente para las necesidades actuales. La que hay es con condiciones laborales precarias, lo que fuerza la búsqueda de soluciones en la economía sumergida.

Según el Índice Sintético de Nivel socioeconómico, elaborado por el Observatorio de Salud, en este distrito se establece un nivel muy bajo para los barrios de: “La Plata”, “Los Pájaros - Amate” y “Palmete”, “Santa Aurelia - Cantábrico - Atlántico - La Romería” y “Rochelambert - Juan XXIII”. La situación se originó antes de la crisis, cuando en algunos puestos laborales, como la construcción, se ganaba mucho dinero sin necesidad de tener ninguna cualificación. Esto propició que un gran número personas abandonaran los estudios. Con la crisis, esta población cae en unos contratos laborales muy precarios, por no tener ninguna formación superior, ni específica. Lo que lleva al colectivo a perder su poder adquisitivo y adquirir grandes deudas. Las políticas laborales no han sido capaces de compensar este fenómeno, agravándose por la pérdida de derechos laborales. Muchas de estas personas han terminado optando por economía sumergida, favoreciendo el mercado negro y la falta de control.

También se identifican otros factores que inciden en algunos de estos casos. Por un lado, el consumo de sustancias y los problemas de drogadicción de algún miembro de la familia. Por otro, las desigualdades de género en el acceso al empleo, ya que la situación de precariedad ha sido, y es, peor para las mujeres. La tasa de paro es mayor entre el colectivo femenino por la falta de medidas de conciliación familiar. Dificultándose el acceso ha mujeres que sustentan el rol de cuidadoras de menores y mayores de la familia.

Objetivo General 4.1 - Favorecer la inserción socio-laboral de la población en riesgo de exclusión del distrito

Indicador	Cobertura anual de las medidas desarrolladas.
Definición	Desarrollo anual de medidas para la mejora de la inserción socio-laboral, que beneficien al menos al 50% de la población registrada por los servicios sociales del distrito como demandantes de algún tipo de recurso y/o ayuda social para el 2023.
Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de personas beneficiarias de las medidas desarrolladas al año} / \text{Total de personas registradas por los servicios sociales del distrito al año}) \times 100.$
Fuente	Fichas de medidas - Agendas anuales.
Propuestas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Renta activa de inserción social con un compromiso tanto de formación como de empleo. • Control de la economía sumergida. • Desarrollar programas de formación profesional desde el final del ciclo educativo, por ejemplo, programas de las escuelas taller, casa de oficios o experiencias mixtas. • Crear medidas de conciliación familiar. • Mejorar las condiciones de trabajo.



Insuficientes recursos en los servicios sociales

Los recursos económicos con los que cuentan los servicios sociales del distrito para responder a las demandas y necesidades de la ciudadanía son escasos e insuficientes. Esto se debe en gran medida a la crisis económica que sufre el país. Pero también existe un cambio de prioridades en los presupuestos, dependiendo del grupo político en el poder, lo que ha llevado a una reducción de la dotación económica para las ayudas sociales, la dependencia y los desahucios.

La actual ‘Ley de Dependencia’ ha hecho que las ayudas sociales sean un derecho de la ciudadanía. Sin embargo, ha paralizado su adjudicación porque los servicios sociales han perdido efectividad por las largas tramitaciones que exigen. Hay muchos casos de dependencia que ya están valoradas y que no están teniendo respuesta de ningún tipo.

Objetivo General 4.2 - Favorecer el aumento de los recursos sociales en el distrito

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"> • Aumentar los presupuestos en desempleo, servicios sociales, desahucios, dependencia, etc.

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.

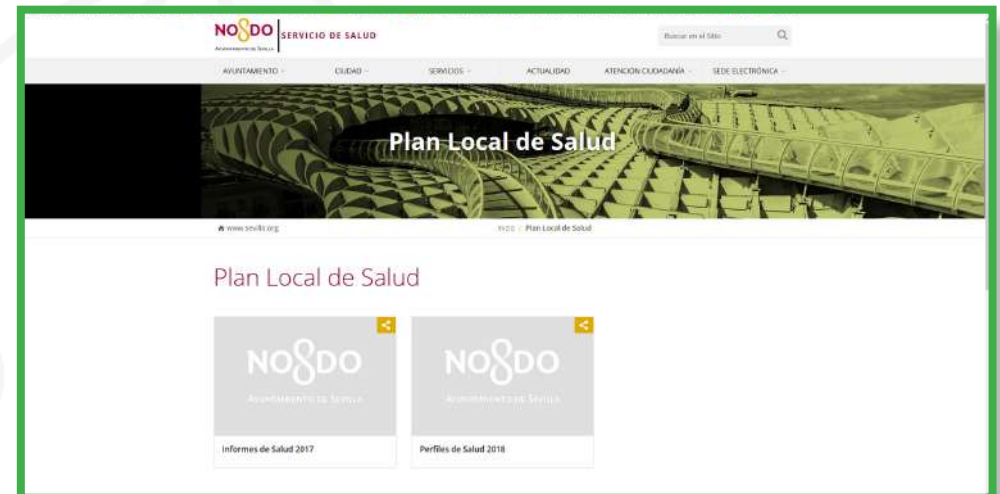
Logotipo: El PLS de Sevilla cuenta con su propio logotipo. El Árbol RELAS con el nombre en su base. Este distintivo se incluye en todas las actuaciones y documentación se realicen en relación al PLS.

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

Ilustración 23: Logotipo del PLS de Sevilla.



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



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

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

**BASADO EN
LOS DETERMINANTES
DE LA SALUD**

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

Por lo tanto...

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

MICHAEL MARMOT

INTERSECTORIAL

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

PARTICIPATIVO

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

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



DELEGACIÓN DE BIENESTAR SOCIAL Y EMPLEO

Dirección General de Salud Pública y Protección Animal

Servicio de Salud

Hogar Virgen de los Reyes
C/ Fray Isidoro de Sevilla, 1
CP: 41009 - Sevilla
+34 - 955.47.29.03
WWW.SEVILLA.ORG

RED ACCIÓN LOCAL DE SALUD

PLAN LOCAL DE SALUD

2019 - 2023



NO&DO

AYUNTAMIENTO DE SEVILLA
Bienestar Social y Empleo



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

PLAN LOCAL DE SALUD DE SEVILLA

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

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

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

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

WWW.REDLOCALSALUD.ES

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

Esto significa...



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



Cuidar nuestro entorno. Creando espacios públicos agradables, que favorezcan el ejercicio físico y las relaciones sociales, y promoviendo el buen uso de los 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

