

AULAS	A1.3
09:30-11:30	<p>G14: 7 comunicaciones + debate</p> <p>Esther Diez Simon y José Maria Calzada Arroyo: <i>Evolución de la distribución poblacional y ocupacional en la España del siglo XXI</i></p> <p>Álvaro Villar Baile: <i>Cáncer e identidad: La aparición de esta enfermedad en la vida de las personas afectadas</i></p> <p>Ana Aliende Urtasun y Joseba García Martín: <i>La compasión como elemento productor de vínculos sociales y lógicas de cuidados: las comunidades compasivas colaborativas</i></p> <p>Cristina Blanco Fernández de Valderrama: <i>El suicidio: un problema de salud pública sin abordar</i></p> <p>Irune Ruiz Ciarreta, Maite Morteruel Arizcuren y Unai Martín Roncero: <i>La Participación como una Herramienta para una Política Municipal Saludable</i></p> <p>Iratxe Regidor Fuentes: <i>La experiencia de los equipos de atención primaria sociosanitaria en la Organización Integrada Sanitaria Barrualde-Galdakao</i></p>

Cáncer e identidad: La aparición de esta enfermedad en la vida de las personas Afectadas

Álvaro Villar Baile

Lan Taldea:
Grupo de
Trabajo:

Población y salud

A través de este trabajo trato de analizar la aparición del diagnóstico de cáncer dentro del entorno social de la persona afectada, valiéndome para ello de tres puntales teóricos principales: (1) La *irrupción de la enfermedad como acontecimiento* dentro de la vida de la persona afectada, siendo la ilusión biográfica el modo de situar dicha vida en forma de linealidad interrumpida por el diagnóstico, generando nuevos significados a través de la participación de los agentes presentes en cada contexto y forzando una valoración crítica de la nueva situación. (2) El desarrollo de *un proceso de identificación posterior*, entendiendo a la persona afectada como un individuo reflexivo capaz de hacer frente a la quiebra de viejos referentes. Centrando aquí mi enfoque en pensar la apertura de un nuevo estado en el cual la personalidad debe hacer frente a la desaparición de anteriores funciones y utilizando la experiencia social como dimensión de estudio. Finalmente, (3) *el ideal de persona sana como unidad de análisis derivada* de todo lo anterior, entendiendo como tal a un individuo normativo y autónomo respecto al cual la persona diagnosticada asimila su nueva posición. La articulación de estos tres elementos, junto a otros componentes desarrollados en torno mi situación como persona familiarizada con el proceso estudiado, han sido factores determinantes en el desarrollo de la metodología llevada a cabo durante el trabajo de campo, recurriendo a dos técnicas de investigación diferentes: una primera labor auto-etnográfica desarrollada durante y después de mi propia vivencia, acompañada por la ulterior realización de entrevistas en profundidad en base a la idea de relato biográfico. Teniendo en cuenta tres escalas sociales: la esfera íntima, el grupo de socialización primario y la institución hospitalaria.

Through this work I try to analyse the appearance of the diagnosis of cancer in the social context of the affected person, using for this three theoretical points: (1) The *irruption of the disease as a critical event* within the life of the affected person. Being the biographical illusion a way of situating this life in the form of linearity interrupted by the diagnosis, generating new meanings through the participation of the agents present in each context and forcing the critical assessment of the new situation. (2) The *development of a process of identification*, understanding the affected person as a reflective individual capable of facing the bankruptcy of old referents. Focusing my point of view on analyzing the social experience as the main dimension of study and understanding as such the opening of a new state in which the personality must face the breaking off of previously attributed functions. And, finally, (3) the *ideal of a healthy person as a unit of analysis derived* from all the above, understanding as such a normative and autonomous individual with respect to whom the diagnosed person assimilates his new position. The articulation of these three elements, together with other components developed around my situation as a person familiar with the process I try to analyze, have been determining factors in the development of the methodology carried out during the fieldwork. Resorting to two different research techniques: a first self-ethnographic work developed during and after my own experience, accompanied by the subsequent realization of in-depth interviews based on the idea of a biographical story. Taking into account three main analysis scales: the intimate sphere, the primary socialization group and the hospital institution.

3 hitz gako:

3 palabras claves:

cáncer, identidad, acontecimiento, biography, cultura, illness

La compasión como elemento productor de vínculos sociales y lógicas de cuidados: las comunidades compasivas colaborativas

1. Ana Aliende Urtasun
2. Joseba García Martín

Lan Taldea:
Grupo de
Trabajo:

Población y salud

Resumen: El término 'compasión', en el pasado, e incluso en la actualidad, capitalizado/secuestrado en muchos lugares del mundo por religiones monoteístas, se ha convertido en un valor significativo que vehicula una racionalidad atenta hacia lo humano secular, los cuidados –particularmente los cuidados al final de la vida- y la atención al individuo. La articulación secularizada del término se está reconstruyendo de la mano de las filosofías y espiritualidades orientales, que han adquirido una relevancia importante en la religiosidad de las sociedades modernas, tecnificadas y socialmente diferenciadas. No hay duda de que el fundamento eminentemente científico de la espiritualidad oriental ayuda a legitimar su práctica y difusión en los espacios que articulan lo social. Si bien, además de comprender y percibir el sufrimiento que el otro experimenta y el deseo de aliviar o eliminarlo, es la pulsión relacional lo que nos interesa para posibilitar el deslizamiento de la mera observación a los lugares donde emergen estrategias compasivas relacionadas con nuevos vínculos y, fundamentalmente, con el final de la vida.

Para ello planteamos las comunidades compasivas del siglo XXI como comunidades saludables, donde se crean espacios que permiten desarrollar colaborativamente capacidades y habilidades para identificar el dolor, allí donde se encuentre y generar un estilo de relaciones más acogedoras. Es decir, ciudades y pueblos más vivibles y cálidos. En primer lugar, rastreamos y observaremos cómo y en qué sentidos se ha articulado el término compasión y su relevancia para reflexionar sobre los vínculos. A continuación, presentaremos experiencias de comunidades compasivas actuales, preguntándonos por su carácter colaborativo. Finalizamos, abordando el bienestar y la calidad de vida desde la pluralidad ética, el cambio y la colaboración. Para comprender esta realidad hemos realizado: a) 4 entrevistas en profundidad con personas con diferentes cargos, edades y nivel de compromiso dentro de este espacio social; b) una observación no participante en el acto de inauguración de la comunidad de cuidados "Getxo Zurekin"; y c) una revisión virtual de los plataformas, agentes y colectivos más destacados en el ámbito de los cuidados al final de la vida en el Estado español, profundizando especialmente en uno de los nodos centrales, la "New Health Foundation".

Abstract: The term "compassion", in the past, or even nowadays, capitalized/kidnapped in many places of the world by monotheistic religions, has turned into a significant value vehiculating an attentive rationality towards the secular human, palliative care (mostly the one given at the end of life) and attention to the individual. The secularized articulation of the term is being rebuilt by oriental philosophies and spiritualities that have acquired an important relevance in modern societies with technical and social differences. There is no doubt that the eminently scientific foundation of the oriental spirituality helps to legitimate its practice and diffusion in those spaces articulating the social. While, apart from understanding and perceiving the suffering of others and the desire of alleviating it, it is actually the rational drive that interests us enough to enable the sliding of mere

observation towards places where compassionate strategies related to new links and mostly with the end of life, emerge.

Thus, we pose compassionate communities in the XXI century as healthy communities where there are spaces enabling the development of collaborative capacities and abilities to spot pain wherever it resides and generate a cosier relationship style. That is to say, warmer cities or towns where it is easier to live. Firstly, we will track and observe how the term compassion is being articulated and its relevance in reflecting upon links. Then, we will present different experiences of actual compassionate communities to formulate questions about their collaborative nature. Finally, we reflect upon wellness and quality of life from an ethic plurality, change and collaboration point of view. In order to understand this reality, we count on: a) 4 in-depth interviews to people with different charges, ages and level of compromise within this social space; b) A non-participant observation of the inauguration act of the care community "Getxo Zurekin"; and c) a virtual revision of the most outstanding platforms, agents and collectives in Spain around end of life palliative care, deepening in one of the central nodes, the "New Health Foundation".

3 hitz gako:

3 palabras claves:

Cuidados; Compasión; Atención plena

Care; Compassion; Full attention

El suicidio: un problema de salud pública sin abordar Suicide: a public health problem without addressing

Cristina Blanco Fernández de Valderrama

Lan Taldea:
Grupo de
Trabajo:

Población y salud

Estigma, incomodidad, silencio, abandono...; tales son las circunstancias sociales que rodean al suicidio, pese a que la OMS lo considera, desde hace décadas, un gran problema de salud pública. Cada 40 segundos muere en el mundo una persona por suicidio; anualmente hay más muertes en el mundo por suicidio que por guerras y homicidios juntos; en España mueren 10 personas al día por suicidio, el doble que por accidentes de tráfico, 80 veces más que por violencia de género...Y, sin embargo, no existe un plan nacional de prevención del suicidio. Apenas hay iniciativas orientadas a disminuir el número de muertes, y menos aún a mitigar al duelo de los supervivientes; y las que hay son muy locales y sin coordinación entre sectores implicados. Se puede caer en el error de pensar que el suicidio es una muerte voluntaria y que, por lo tanto, ni puede ni debe ser prevenida.

La comunicación ofrecerá el panorama actual del suicidio: epidemiología, características de la conducta suicida y su voluntariedad, así como las respuestas institucionales y sociales; todo ello en un entorno de estigmatización social que obstaculiza gravemente el abordaje de este gran problema de salud pública.

Stigma, nuisance, silence, abandonment ...; such are the social circumstances surrounding suicide, even though the WHO considers it, for decades, a great Public Health Problem. Every 40 seconds a person dies in the world by suicide; annually there are more deaths in the world by suicide than by wars and homicides together; in Spain, 10 people at day die by suicide, twice as many deaths as those caused by traffic accidents, 80 times more than by gender violence ... And yet, there is no National Suicide Prevention Plan. There are hardly any initiatives aimed at reducing the number of deaths, and even less at mitigating the survivors' bereavement; and those that exist are very local and without coordination between the sectors involved. One may fall into the error of thinking that suicide is a voluntary death and that, therefore, neither can nor should be prevented.

This communication will offer the current picture of suicide: epidemiology, characteristics of suicidal behaviour and its voluntariness, as well as institutional and social responses; all this in an environment of social stigmatization that seriously hinders the approach of this great Public Health Problem.

3 hitz gako:

SUICIDIO - SALUD PUBLICA - POLITICAS SANITARIAS

3 palabras claves:

SUICIDE - PUBLIC HEALTH - SANITARY POLICIES

Evolución de la distribución poblacional y ocupacional en la España del siglo XXI

ESTHER DIEZ SIMON
JOSE MARIA CALZADA ARROYO

Lan Taldea:
Grupo de Trabajo: Población y salud

España ha vivido a lo largo de este siglo XXI, una de las etapas más dinámicas en la evolución de la población, pero esta evolución no ha sido homogénea en todo el territorio nacional.

Evolución poblacional cuyo ritmo está teniendo muchos paralelismos con la evolución de la ocupación y el empleo. En el breve periodo de tiempo transcurrido durante el siglo XXI se han sucedido tres coyunturas económicas de signo distinto e intensidad inusitada en la historia económica de este país: fuerte expansión económica (2000-2007), profunda recesión (2008-2013) y paulatina recuperación económica (2014-2017). Coyunturas que se han reflejado en bruscas variaciones en la evolución de la ocupación y la población durante dicho periodo.

En este trabajo se presenta un análisis descriptivo de la evolución del empleo y de la población en las distintas comunidades autónomas y provincias de España durante los primeros años del siglo XXI. Se considera dicha evolución durante las distintas coyunturas económicas vividas por el país durante estos años. El objetivo es analizar en qué medida los movimientos poblacionales vividos han contribuido al desequilibrio o reequilibrio poblacional en los distintos ámbitos territoriales definidos por las divisiones administrativas del territorio nacional y en qué medida están correlacionados con la evolución del empleo en los mismos.

Para su análisis se utilizan distintas estadísticas publicadas por el INE y otros organismos públicos para analizar la evolución de la coyuntura económica (contabilidad nacional y regional de España), el empleo (encuesta de población activa y cotizantes en alta laboral a la Seguridad Social) y la población (cifras de población).

Spain has lived throughout this 21st century, one of the most dynamic phases of demographic evolution, but this evolution has not been homogeneous in the entire nation.

Demographic evolution is having many parallels with the evolution of occupation and employment. In the brief period spent during the 21st century three economic situation of different sign and unusual intensity have occurred in the economic history of this country: strong economic growth (2000-2007), deep recession (2008-2013) and a progressive economic recovery (2014-2017). Situations that have been reflected in abrupt changes in the evolution of occupation and population.

This paper shows a descriptive analysis of the evolution of employment and population by Spanish

autonomous communities and provinces during the first years of the 21st century. Such evolution is considered during the different economical situations lived by the country during these years. The goal is to analyze whether the demographical movements have contributed to the imbalance and rebalancing of population in the different areas defined by the administrative divisions of the nation and INE to what extent they are correlated with the evolution of employment in those areas.

Various statistics from the Spanish National Institute of Statistics (INE) and other public agencies are used in this paper: the evolution of the economical situation (Spanish National and Regional Accounts), of employment (Labour Force Survey, Social Security contributors) and population (population data).

3 hitz gako:

3 palabras claves:

Población, empleo, desequilibrio territorial

Population, employment, territorial imbalance.

La experiencia de los equipos de atención primaria sociosanitaria en la Organización Integrada Sanitaria Barrualde-Galdakao

Iratxe Regidor

Lan Taldea:
Grupo de Trabajo:

Población y salud

Una experiencia de coordinación sociosanitaria entre el sistema sanitario y el sistema social narrada por la coordinadora sociosanitaria de la Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao.

El objetivo prioritario de la atención socio-sanitaria es dar respuesta a situaciones de necesidad compleja. Existen determinados grupos de población para quienes, por las características de sus necesidades sociales y sanitarias y por el componente simultáneo de ambas, la coordinación entre ambos sectores es indispensable: personas en riesgo de exclusión social, dependientes y personas con condiciones crónicas (enfermedades, graves discapacidades, trastornos mentales...).

En 2015 firmamos el protocolo de coordinación para equipos de atención primaria socio-sanitaria y éstos comenzaron a trabajar con el objetivo prioritario de realizar una valoración proactiva de todos los y las pacientes crónicos complejos y las personas mayores de 75 años, para facilitar su permanencia en el hogar con los cuidados adecuados tanto sociales como sanitarios. Los equipos también actúan ante la detección de una necesidad; y así tenemos contabilizadas 101 interconsultas en 2016, 159 interconsultas en 2017, y 99 interconsultas en el primer cuatrimestre de 2018. La interconsulta supone una invitación a intervenir al profesional social, tras lo que debe haber un plan conjunto y un seguimiento por parte del profesional sanitario, que se registra en el evolutivo.

Barrualde-Galdakao Erakunde Sanitario Integratuko koordinatzaile soziosanitarioak kontatutako esperientzia, osasun sistemaren eta sistema sozialaren arteko koordinazio soziosanitarioarena, hain justu.

Arreta soziosanitarioaren helburu behinena da beharizan konplexudun egoerei erantzuna ematea. Zenbait biztanle-taldetan daukaten beharizan sozialengatik eta sanitarioengatik, eta bion aldi bereko osagaiarengatik bi sektore horien arteko koordinazioa ezinbestekoa da: gizarte bazterketa arriskuan dauden pertsonak, mendekotasuna daukatenak, eta baldintza kronikoak daukatenak (gaixotasunak, desgaitasun larriak, buru-nahasmenduak...).

2015ean, lehen mailako arretako talde sozio-sanitarioentzako protokoloa sinatu genuen, eta horiek lanean hasi ziren helburu hau erdiesteko: paziente kroniko konplexuen eta 75 urtetik gorako pertsonen balorazio proaktiboa egitea; zainketa sozial eta sanitario egokiak emanaz, etxean egon ahal izatea mesedetuko duena. Bestalde, taldeok, beharizana antzematen dutenean ere, jarduten dute. Hala, 2016an 101 interkonsulta zenbatu ziren, 2017an, berriz, 159, eta 2018ko lehenengo hiruhilekoan 99. Interkonsultak gizarte langileari dei egiten dio esku-hartu dezan, eta, zelan ez, profesional sanitarioarekiko baterako plana, eta berorren jarraipena behar da; ebolutiboan erregistratuko dena.

An experience of sociosanitary coordination between the health system and the social system narrated by the sociosanitary coordinator of the Integrated Health Organization Barrualde-Galdakao.

The priority objective of socio-health care is to respond to situations of complex need. There are certain population groups for whom, because of the characteristics of their social and health needs and the simultaneous component of both, coordination between both sectors is essential: people at risk of social exclusion, dependents and people with chronic conditions (diseases, serious disabilities, mental disorders ...).

In 2015 we signed the coordination protocol for primary health care teams and they began to work with the priority objective of making a proactive assessment of all complex chronic patients and people older than 75 years, to facilitate their stay in the home with the appropriate care. Teams also act with the detection of a need. We have counted 101 interconsultations in 2016, 159 interconsultations in 2017, and 99 interconsultations in the first four months of 2018. The interconsultation is an invitation for the social professional to intervene, after which there must be a joint plan, which is recorded in the health evolutionary.

<p>3 hitz gako: 3 palabras claves:</p>	<p>envejecimiento, coordinación sociosanitaria, cronicidad</p> <hr/> <p>zahartzea, koordinazio soziosanitarioa, kronikotasuna</p> <hr/> <p>aging, socio-health coordination, chronicity</p>
--	---

La participación como Herramienta para una Política Municipal Saludable/Participation as a Tool for a Healthy Municipal Policy

Irune Ruiz Ciarreta

Lan Taldea:
Grupo de Trabajo:

Población y salud

Resumen

La salud de la población está determinada por factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo de las personas, conocidos como los determinantes sociales de la salud. En las ciudades, estos factores se distribuyen

de manera desigual, dando lugar a desigualdades sociales en salud a nivel urbano.

La política municipal saludable se orienta a promover entornos generadores de salud y de equidad en salud, reconociendo el derecho de la ciudadanía a participar en el diseño, implementación y evaluación de la actuación

municipal. Los procesos participativos constituyen una herramienta imprescindible para la consecución de este

objetivo.

Desde el Ayuntamiento de Bilbao se propone un proceso participativo para elaborar el I Plan de Salud de la ciudad.

Utilizando distintas técnicas participativas se celebraron diversas sesiones de trabajo con residentes de barrios de

diferente nivel socio-económico, durante las cuales se identificaron, por un lado, las problemáticas y necesidades

relacionadas con la salud, y por otro, los activos o aspectos positivos relevantes. La información obtenida se utilizó

para formular las Áreas de actuación del futuro Plan Local de Salud y sus principales objetivos.

Con el fin de validar dichas áreas y objetivos, se desarrollaron tres dinámicas con asociaciones vecinales, profesionales del ámbito de la Salud Pública y profesionales del área de Salud y Consumo del Ayuntamiento.

En conclusión, el proceso participativo contribuyó de manera relevante a definir un Plan que pueda dar respuesta

efectiva a las necesidades de salud y a reducir las desigualdades en salud en la ciudad de Bilbao.

Abstract

The health of the population is determined by factors related to the living and working conditions of people, known

as the social determinants of health. In cities, these factors are distributed unequally, leading to social inequalities

in health at the urban level.

Healthy municipal policy is aimed at promoting environments that generate health and equity in health, recognizing

the right of citizens to participate in the design, implementation and evaluation of municipal action.

Participatory

processes are an essential tool for achieving this objective. From the City Council of Bilbao a participatory

process is proposed to elaborate the I Health Plan of the city. Using different participatory techniques, various work sessions were held with residents of neighborhoods of different socio-economic levels, during which they identified, on the one hand, the problems and needs related to health, and on the other, the assets or relevant positive aspects. The information obtained was used to formulate the Action Areas of the future Local Health Plan and its main objectives. In order to validate these areas and objectives, three dynamics were developed with neighborhood associations, professionals in the field of Public Health and professionals in the area of Health and Consumer Affairs of the City Council. In conclusion, the participatory process contributed significantly to define a Plan that can provide an effective response to health needs and reduce health inequalities in the city of Bilbao.

<p>3 hitz gako: 3 palabras claves:</p>	<p>Participación, Salud Urbana, Determinantes Sociales de la Salud Participation, Urban Health, Social Determinants of Health</p>
--	---