

Destacados:

Registro de Mediación
Familiar de Andalucía.

P.1

La crisis enferma.

P.2

Mujeres víctimas de
violencia de género.

P.3

El uso de cigarrillos
electrónicos.

P.4

Asociación de Personas Mediadoras de Jaén.

El Día Europeo de la Mediación fue el día elegido para la presentación en sociedad de la Asociación Profesional de Personas Mediadoras de Jaén. El coordinador general de la Asociación, Javier Ureña, recalcó que la Mediación en España es aún incipiente, aunque está consolidada en ámbitos como el del consumo o el laboral, y paulatinamente se va asentando la mediación familiar ante la necesidad de resolución de conflictos como separaciones o divorcios entre parejas, o conflictos intergeneracionales, por ejemplo. El colectivo de trabajadores se ha unido en esta Asociación para ofrecer una "garantía de calidad" y profesionalizar la Mediación, a la vez que para crear una herramienta de trabajo para estos profesionales. "Nuestra Asociación apuesta por la profesionalización de la persona mediadora, que garantizará la ética del proceso de Mediación; y la interdisciplinariedad que lo enriquecerá", valoró Ureña. En breve organizará cursos formativos, ponencias y congresos a nivel profesional, además de grupos de trabajo.

CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Delegación Territorial en Jaén



JUNTA DE ANDALUCÍA

Paseo de la Estación, 19, 3ª. 23008 – JAÉN
Tel. : 953 01 31 92 Fax: 953 01 35 63



<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadsaludypoliticassociales.html>

Registro de Mediación Familiar de Andalucía.

El Registro de Mediación Familiar de Andalucía, en el que están inscritos hasta el momento 1.324 profesionales acercará este mecanismo alternativo de resolución de conflictos familiares a todos los andaluces, independientemente del lugar donde residan, con esta configuración de la red profesional.

La mediación consiste en que un tercero ayuda a dos o más partes, con el consentimiento de éstas, a prevenir, gestionar o resolver un conflicto, y que estos puedan alcanzar acuerdos en el entorno de la familia. El número de personas inscritas en el Registro Público de Mediación en la provincia de Jaén son 80. Este listado, al que se accede desde la página web de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, ofrece garantías a la mediación en cuanto a la cualificación de los profesionales. Los mediadores son profesionales de titulación universitaria o de grado en las disciplinas de Derecho, Psicología, Psicopedagogía, Sociología, Pedagogía, Trabajo Social o Educación Social que han acreditado una formación específica o experiencia en este campo.

Cualquier persona interesada en acudir a la mediación familiar puede dirigirse al Registro de Mediación, en el que encontrará el listado de profesionales disponibles por provincias. El proceso comienza con la firma de un contrato de mediación entre las partes que establece que se comprometen a participar. Tras esto se realiza la recogida de información, la creación de un plan para abordar los temas, la negociación y, por último, el acuerdo final que, en algunas ocasiones, puede llegar a registrarse como documento público. El proceso completo suele durar una media de tres meses.

Entre los conflictos que se pueden resolver a través de la mediación destacan el establecimiento de las medidas patrimoniales tras una separación (antes de presentar la demanda de mutuo acuerdo); la ejecución del régimen convivencia, el régimen de visitas con los hijos e hijas, abuelos y abuelas, la pensión de alimentos, o la vivienda tras un proceso de separación; la modificación un convenio regulador o para resolver un conflicto entre parientes por el cuidado de una persona dependiente. También puede afrontar problemas de convivencia entre padres y madres e hijos o hijas o las relaciones de los menores con sus parientes, así como los casos de acogimiento familiar o adopción. Pueden acogerse voluntariamente a la figura de la mediación familiar personas casadas, parejas de hecho, parejas sin vínculo conyugal pero con hijos e hijas comunes y familiares hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad. El procedimiento también está abierto a personas adoptadas o acogidas y sus familias biológicas, adoptivas o acogedoras, así como a aquellas que ejercen la tutela sobre menores o sobre personas en situación de dependencia.

Las personas más vulnerables y las que estén en peor situación económica, accederán gratuitamente, a través de un turno de oficio, a estos servicios. Los profesionales inscritos en el Registro pueden voluntariamente solicitar su inclusión en el turno de oficio.

La crisis enferma.

Antía Castedo El País 26/01/14. Extracto,

“La peor epidemia para la salud pública son las desigualdades sociales”. Joan Benach.

La virulencia de la crisis económica provoca un impacto negativo sobre las condiciones de vida y el bienestar de la población. Las elevadas tasas de paro, las dificultades asociadas a la vivienda y, en general, las penurias materiales han colocado a un grupo creciente de ciudadanos en situación de desprotección. Seis años después del inicio de la recesión, varios estudios realizados en España describen un empeoramiento de la salud mental y autopercibida e incluso un aumento de los suicidios.

“Los más perjudicados son los grupos que ya eran más pobres antes de la crisis”, explica José S. Martínez, profesor de Sociología de la Universidad de La Laguna y experto en desigualdades. “España figura entre los países de la OCDE donde los pobres se han empobrecido más y los ricos han notado menos la crisis”, añade el experto. Estas desigualdades se reflejan también en la salud.

Los primeros estudios realizados en España apuntan a un claro impacto de la crisis sobre la salud. Por ejemplo, uno de los últimos, publicado en el *European Journal of Public Health*, describió un aumento de la prevalencia de mala salud mental.

Varios investigadores de la Universidad de las Islas Baleares encontraron un aumento “sustancial y significativo” en la proporción de pacientes con depresión (19,4% más), ansiedad (del 8,4%) o desórdenes relacionados con el abuso del alcohol (del 4,6%) entre el año 2006 y el 2011. Tras estudiar el contexto socioeconómico de los pacientes, concluyeron que el desempleo y las dificultades para hacer frente a la hipoteca explican una parte importante del aumento del riesgo de sufrir problemas de salud mental. El aumento de la pobreza, del desempleo, de los problemas de vivienda o los recortes en servicios públicos inciden sobre el bienestar.

Además, en los países del sur de Europa las cargas familiares y laborales están asociadas con mala salud en ambos sexos, aunque de forma más notable en las mujeres.

Isabel Fernández Morales. Envejecimiento en red. Departamento de Población. CSIC.

Hace poco la BBC se hacía eco de un análisis publicado en el *British Medical Journal*, sobre las consecuencias del envejecimiento de la población, en el que se negaban las advertencias apocalípticas ante el supuesto e insostenible aumento de personas mayores demográficamente dependientes. Jeroen Spijker y John MacInnes, investigadores de la School of Social and Political Science de la Universidad de Edinburgo, defienden que las medidas actuales frente al envejecimiento de la población son engañosas y que el número de personas mayores dependientes en el Reino Unido y otros países están cayendo en los últimos años. Afirman que tanto los efectos pronosticados como el alcance y la velocidad del envejecimiento de la población han sido exagerados. Según ellos, el error está en asumir que todos los pensionistas son dependientes y que todos los adultos en edad de trabajar son trabajadores.

El envejecimiento de la población es una preocupación en todos los países desarrollados ya que por cada trabajador que paga impuestos y seguros hay más ciudadanos mayores con más demandas en seguridad social, salud y sistemas de bienestar y con mayor aumento de la morbilidad y la discapacidad.

El indicador estándar del nivel de envejecimiento de la población es la tasa de dependencia (relación entre la población en edades no activas y la población en edad activa). Se toma el número de personas que han alcanzado la edad de jubilación y lo divide por el número de adultos en edad de trabajar (16-64 años), con el fin de estimar la proporción de personas mayores en relación con los que pagan por ellos.

Sin embargo, para los autores de este análisis, titulado “Population ageing: the timebomb that isn't?”, la tasa de dependencia demográfica es una medida deficiente para valorar la carga de una población que envejece. No cuenta ni el número de personas mayores dependientes, ni el número de los que los sustentan. Simplemente toma un punto de corte (la edad de jubilación) y asigna los adultos a los dos lados de la relación.

Esta medida no tiene en cuenta las mejoras en la situación económica, social y física de las personas mayores. El aumento de la esperanza de vida hace a las personas mayores “más jóvenes” y más saludables, dicen los autores. En términos agregados, en comparación con la de hace 100 años, la población actual es mayor en términos de años vividos pero más joven en términos de años por delante. También señalan que, a causa del desempleo, en la actualidad hay más personas dependientes en edad de trabajar que personas mayores que no trabajan.

Este artículo propone una medida alternativa que da una imagen más precisa y muy diferente y que considera las implicaciones de sus resultados para la política sanitaria.

Su medida alternativa utiliza la “esperanza de vida restante” (en lugar de medir cuánto de mayor es alguien), que dicen es un mejor indicador de la aparición de la dependencia. Así, su propuesta de una “tasa de dependencia real de las personas mayores” registra la proporción de personas con una esperanza de vida residual de hasta 15 años y la divide por el número de personas que en la actualidad trabajan, independientemente de la edad.

Cuando se mide utilizando la esperanza de vida restante, la dependencia de los mayores disminuye considerablemente en el Reino Unido (la dependencia de la tercera edad se redujo en un tercio) y en otros lugares durante las últimas décadas y es probable que se estabilice en el Reino Unido cerca de su nivel actual.

Según los investigadores, la capacidad de los sistemas sanitarios para hacer frente al aumento de la longevidad dependerá de la relación cambiante entre la morbilidad y la esperanza de vida restante y, en particular, el efecto de la educación. El artículo del BMJ sugiere que los factores clave para decidir el impacto en los presupuestos de atención serán los conocimientos médicos y la tecnología.

Las medidas de austeridad debilitan la protección de los derechos humanos.

"Los recortes efectuados en los presupuestos sociales, educativos y de salud han conducido al preocupante incremento de la pobreza de las familias en España. Esto ha tenido repercusiones particularmente desfavorables en el goce de los derechos humanos por los niños y las personas con discapacidad. Las autoridades españolas deberían redoblar esfuerzos para garantizar que se respeten debidamente los derechos humanos de las personas vulnerables en el contexto de las medidas de austeridad", ha declarado Nils Muižnieks, Comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa, publicando un informe sobre su visita a España, llevada a cabo del 3 al 7 de junio de 2013.

"El incremento de la pobreza infantil, la malnutrición y la vivienda inadecuada son cuestiones que suscitan una gran preocupación, debido a sus efectos potencialmente devastadores a largo plazo tanto en los niños como en el país. Incumbe a las autoridades españolas implantar estrategias eficaces para solucionar los problemas relacionados con la pobreza y aumentar la protección de los derechos socioeconómicos". El Comisario subraya que, a tal efecto, reviste particular importancia evaluar de manera sistemática las consecuencias de las medidas de austeridad en los niños y otros grupos sociales vulnerables, en estrecha cooperación con la sociedad civil.

El Comisario Muižnieks advierte asimismo que los considerables recortes efectuados en los presupuestos educativos en los tres últimos años están socavando la igualdad de oportunidades de los niños, al hacer más difícil que aquéllos que tienen una desventaja o dificultades específicas puedan acceder a una educación de calidad en un entorno incluyente. Además, las medidas de austeridad están empeorando las condiciones de vida y disminuyendo las oportunidades de inclusión social de las personas con discapacidad. "Las autoridades españolas deberían evaluar los efectos de los recortes presupuestarios en las personas con discapacidad y ajustar las políticas, con el fin de garantizar la existencia de recursos adecuados".

La consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales ha hecho balance de las políticas contra la violencia de género y, en concreto, del Servicio Integral de Atención y Acogida a Mujeres Víctimas, que en 2013 atendió a 2.103 personas víctimas, 1.027 mujeres y 1.074 menores. Desde su creación en 1998 se ha ocupado de prestar atención a 18.022 mujeres víctimas y a 22.917 menores, lo que suman 40.939 personas.

Se cuenta con 471 plazas, distribuidas entre los centros de emergencias, casas de acogida y pisos tutelados, que suponen 78 centros de acogida repartidos por toda la geografía andaluza para atender a estas mujeres y a sus hijos, víctimas de la violencia machista.

Los nueve centros de emergencia (8 provinciales y uno de Algeciras) son centros que dan cobertura inmediata a las necesidades de protección y seguridad de las víctimas de violencia de género las 24 horas del día los 365 días del año. En 2013, fueron atendidas 1.441 personas entre mujeres y personas dependientes de ellas. El período medio de estancia es de unos diez días.

Las ocho casas de acogida con las que cuenta la red, compuestas por 52 pisos, proporcionan las herramientas, en cuento a la acogida y los servicios de atención jurídica, psicológica y social, para salir de su situación, recuperando la autoestima y una vida normalizada. En 2013, se atendieron a 606 personas, que suelen pasar en estas casas alrededor de tres meses.

Los pisos tutelados, por su parte, son viviendas independientes para uso familiar a las que acceden una vez que han pasado por los centros de emergencia y las casas de acogida. En 2013 accedieron a uno de estos 17 pisos 54 personas.

El acceso a estos centros se activa a través de los centros provinciales del Instituto Andaluz de la Mujer, el teléfono de información gratuita 900 200 999 que atiende las demandas solicitadas en cualquier momento y de manera urgente durante las 24 horas los 365 días del año, el teléfono 016, así como las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, los Servicios Sociales y Sanitarios, los Juzgados, los Centros Municipales de Información a la Mujer (CMIM), los Puntos de Información a la Mujer (PIM) o cualquier otra institución que trabaje de manera directa o indirecta con mujeres víctimas de violencia de género pueden derivar los casos de los que tengan conocimiento.

Las ayudas económicas para mujeres que estén acogidas al Sistema Integral de Atención y Acogida a Víctimas de Violencia de Género que carezcan de ingresos económicos o que éstos sean inferiores al salario mínimo interprofesional son ayudas que contribuyen a facilitar el inicio de una vida independiente a estas mujeres. Por un lado, se proporciona apoyo para gastos generales, como transporte, alojamiento y manutención. Durante 2013 el presupuesto destinado a estas ayudas fue de 123.889 euros. Y en 2014 se mantendrán estos recursos. Por otro, existe un sistema de ayudas económicas directas para mujeres que no tengan ingresos, dirigidas a facilitar la integración social de las mujeres víctimas de violencia de género con especiales dificultades para obtener un empleo y que debido a su edad, falta de formación general o especializada u otras circunstancias personales que hacen que su incorporación al mundo laboral presente muchas dificultades. Durante 2013 se han concedido 63 ayudas que suponen 18 meses de subsidio por desempleo por una cuantía de 460.080 euros.

El programa destinado a menores hijos de mujeres víctimas, puesto en marcha en el 2009 tiene como objetivo prioritario mejorar el bienestar psicosocial y atender las necesidades socioeducativas de los menores, de entre 6 y 17 años. El total de menores atendidos en 2013 fue de 842, que se ha traducido en 5.749 sesiones de terapia individual. Asimismo, reseñar que aunque el servicio está dirigido específicamente a menores, trabaja y asesora también a las madres. Indicar en este sentido que se han atendido y asesorado en 2013 a 604 madres, de las que 371 son nuevas usuarias. Esta atención a las madres se ha complementado con un total de 700 intervenciones familiares que se traducen en 2.222 sesiones de asesoramiento a las madres.

Escaleras es Salud.

Centros de salud, hospitales, centros de participación activa para personas mayores, ayuntamientos, empresas, institutos de educación secundaria y comunidades de vecinos de Andalucía y de fuera de la comunidad son algunas de las 128 entidades que se han sumado ya a este proyecto de promoción de hábitos de vida saludable.

En este sentido, a las 128 entidades, centros e instituciones andaluzas que ya forman parte de 'Escaleras es Salud', se han sumado ahora dos de fuera de Andalucía. Se trata del Ilustre Colegio Oficial de Licenciados en Educación Física y Ciencias de la Actividad Física de la Comunidad de Madrid, y la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares.

La iniciativa Escaleras es Salud está promovida por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en el marco del Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada. El objetivo de la misma es animar a las personas a que, en su vida diaria, utilicen las escaleras en lugar del ascensor, para lo que se promueve el establecimiento de sinergias para promocionar el ejercicio entre la población. Dirigida a entidades públicas y privadas, así como a la población general, busca compartir, proponer, difundir y promover los beneficios que tienen actos tan cotidianos como subir y bajar escaleras, actividad con la que se queman cinco veces más calorías que al utilizar el ascensor o ayuda a prevenir enfermedades como la diabetes tipo 2, por ejemplo.

El blog del proyecto 'Escaleras es Salud' recibe mensualmente, desde su puesta en marcha en julio de 2012, más de 600 visitas. Hasta la fecha, ha registrado un total de 32.000 entradas no sólo desde España, sino también desde países latinoamericanos y otros de habla no hispana.

'Escaleras es Salud' también cuenta con una página en Facebook y un perfil en Twitter (@EscaleraEsSalud). Las redes sociales se presentan, por tanto, como canales idóneos para acercar y hacer participativa esta iniciativa entre la población. En esta línea, se enmarca el foro abierto para conocer ideas y proyectos curiosos de los visitantes al blog sobre decoración de escaleras para invitar a su uso, rimas curiosas para animar al uso de las escaleras y carteles con mensajes que animan a realizar esta actividad.

El uso de cigarrillos electrónicos no está permitido desde principios de este año en centros sanitarios, sociales y educativos dependientes de la Junta de Andalucía. Asimismo, tampoco se puede utilizar este dispositivo en ningún centro donde se desarrolle actividad con menores.

La consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales ha recordado que Andalucía ha querido establecer un control sobre el uso de este producto hasta tanto se produzca una regulación de ámbito estatal, cuestión que se acordó, a propuesta de Andalucía, en el último Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Para ello, desde la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales se han remitido instrucciones a los distintos centros de su ámbito de competencia, no permitiendo el uso de este dispositivo en ningún centro dependiente de la Consejería. Además, a los centros sanitarios y sociales que no son de titularidad de la Junta de Andalucía también se les ha enviado una recomendación para incorporar esta instrucción a las normas de funcionamiento de sus respectivas instalaciones.

En los centros donde se desarrolla atención con menores, el uso de este dispositivo electrónico tampoco se permite, en cumplimiento del art. 3 de la Ley 28 de Medidas Sanitarias ante el Tabaquismo y Reguladora de la Venta, Suministro, el consumo y la publicidad del producto del tabaco.

Por su parte, la Consejería de Educación, Cultura y Deportes ha enviado instrucciones en la misma línea a los centros educativos, en ninguno de los cuales se permite el cigarrillo electrónico al tratarse de instalaciones en las que hay menores.

Sánchez Rubio también se ha referido al estudio que se está realizando de manera compartida - entre la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y la de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural - para determinar la seguridad para la salud del contenido de los dispositivos electrónicos vaporizadores. Así, este estudio pretende comprobar, entre otras cosas, la existencia de posibles sustancias no declaradas y su impacto sobre la salud de las personas.

En este sentido, la consejera ha concretado que comienza la fase de toma de muestras, que se realizará según un sondeo aleatorio en establecimientos donde se venden estos productos: estancos, centros comerciales, tiendas especializadas, stands, comercios mayoristas y minoristas. A medida que se vayan recogiendo, las muestras se irán remitiendo al Laboratorio Agroalimentario de Sevilla, de la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural, que irá analizándolas con una capacidad máxima de 20 muestras por semana.

El criterio de recogida de las muestras es que si el establecimiento cuenta con una sola marca y distintas presentaciones se recogerá el bote de recarga o cartucho de cada marca y tipo. Si el establecimiento vende diversas marcas, se tomará una muestra de cada marca y presentación aunque, si son muchas (por ejemplo, en el caso de recargas aromáticas de más de diferentes sabores), se tomará una muestra aleatoria que cubra al menos un 25% del total disponible.

En este mismo estudio se realizará un análisis del etiquetado con el fin de determinar si la información, o publicidad que se incluye, puede ocultar datos o contener otros que inducen a pensar que este producto puede ayudar a dejar de fumar o que produce beneficios en la salud, en línea con la OMS, que ha prohibido utilizar eslóganes sobre posibles beneficios para ayudar a las personas a dejar de fumar ligados a los cigarrillos electrónicos, ya que actualmente no existe evidencia científica sobre esta relación.

En este sentido, también se está realizando un protocolo por parte de los inspectores de salud para vigilar que en los establecimientos en los que se venden estos productos no se utilicen este tipo de mensajes.

Los responsables de la edición de esta Hoja Informativa no se identifican necesariamente con las informaciones y opiniones que aparezcan en la misma.