



Misión, visión y valores

Misión

La misión de una organización es la razón de ser de la entidad, la esencia de su existencia.

La Fundación Atenea es una entidad generalista, con vocación internacional. Su misión es garantizar los derechos y mejorar la calidad de vida de las personas en situación o riesgo de grave exclusión, prevenir los factores que la causan e impulsar la transformación social y económica a través de la innovación, la intervención, la formación y la investigación social.



Valores

Los valores que rigen e inspiran el desempeño de nuestra tarea son:

- dignidad
- calidad de vida
- innovación
- transparencia
- integralidad
- profesionalidad
- calidad y mejora continua
- adaptación al cambio y versatilidad
- fomento de la autonomía y participación
- perspectiva de género e igualdad sexual
- trabajo en red



Un nuevo enfoque

trabajar los factores que
potencian la inclusión

En la Fundación Atenea queremos trabajar con y para las personas desde el análisis de los factores que potencian la inclusión social y la prioridad en la intervención con aquellas personas expuestas a más riesgos, fomentando la creación de oportunidades e incidiendo en el factor género y en el fenómeno de la feminización de la pobreza.



Para lograrlo, Fundación Atenea trabaja centrándose en las personas y en sus derechos, no tanto en su asignación a una categoría o colectivo cuanto a sujetos con potencial en situación de vulnerabilidad por factores estructurales.

Mientras la denominación “colectivo” o “grupo” resulta, a la larga, estigmatizadora, además de estática, centrarnos en potenciar los factores que permiten y favorecen la inclusión social, cuya ausencia condiciona la vida de las personas mientras la padecen, nos permite adoptar una mirada más estructural, más dinámica y menos penalizadora, porque el factor social siempre es el resultado de un conjunto de fuerzas que no se limitan al individuo y que sí incluyen el concurso de los agentes sociales: medios de comunicación, administraciones públicas, empresas privadas, ciudadanía y ciudadanos/as.



Fundación Atenea dirige fundamentalmente sus acciones a: personas consumidoras de drogas, personas con VIH/sida, personas que ejercen la prostitución, personas en situación de desempleo, menores, jóvenes y familias en riesgo, personas inmigrantes, personas reclusas y ex reclusas, profesionales y técnicos/as de entidades públicas y privadas (formación), organizaciones públicas y privadas (formación, investigación, evaluación,

Las intervenciones de la Fundación llegan anualmente a alrededor de 101.000 personas, y su trabajo se desarrolla, fundamentalmente en las comunidades autónomas de Andalucía, Castilla La Mancha, Extremadura, Madrid y Valencia. Cuenta con más de 160 trabajadores/as.



PRD's EN LA FUNDACIÓN ATENEA

- × MENOS RIESGOS, MÁS SALUD, con personas drogodependientes en medio abierto.
- × PROGRAMA ARIADNA, de apoyo psicosocial a personas drogodependientes en prisión.
- × ANTÓN USÓ CONDÓN, con parejas drogodependientes serodiscordantes, para la prevención de la infección por VIH.
- × BOLA DE NIEVE, programa de sensibilización e información con diversos colectivos.
- × MEDIACIÓN EN SALUD Y DROGAS EN CENTROS PENITENCIARIOS, sensibilización e información con población reclusa y funcionarios/as de prisiones.
- × SERVICIO MÓVIL DE REDUCCIÓN DEL DAÑO (UTE con FSyC) de la Agencia Antidroga de la CM.



MRMS: Fundamentos y Descripción I

Es un **Programa integral de Reducción de Daños y Riesgos y de Educación para la Salud centrado en lo sociosanitario a través de la Educación de Calle**, dirigido a usuarios/as de drogas y de programas de metadona de la Fundación Atenea.

- × **TERRITORIOS DE ACTUACIÓN:** Torrejón de Ardoz (1996-2010), Alcalá de Henares (2000), Albacete (2001), Sevilla (2006) y Vallecas-Barranquillas-Madrid (desde 2010)
- × Aceptamos que las personas **seguirán consumiendo**, que hay personas que no están en condiciones y/o **no desean la abstinencia**. Se reconoce el derecho a la libertad individual, incluso el **derecho a consumir**.
- × Se interviene en el **propio entorno** de las personas beneficiarias (estrategias outreach –buscar ser el acercamiento máximo trabajando sobre el terreno-), complementando estas intervenciones con otras en los **locales del programa. CENTRÍFUGAS vs. CENTRÍPETAS.**



MRMS: Fundamentos y Descripción II

El objeto es mejorar la calidad de vida y la promoción de la salud entre personas en riesgo o en situación de exclusión social.

- × Partimos de la premisa de que el perfil de las personas drogodependientes es heterogéneo y la oferta asistencial debe ser adaptada. Por eso nos centramos en:
 - × Personas consumidoras de drogas en activo.
 - × Personas usuarias de metadona.
 - × Quienes están en situación de gran vulnerabilidad en lo relativo a su salud, a lo social, etc.
 - × Quienes necesitan apoyos específicos.
 - × Quienes se inician en el consumo.
 - × Familias y/o parejas de los/as anteriores.



MRMS: Fundamentos y Descripción III

Fundamentos teóricos y metodología:

- × Integra experiencias de la **Reducción de Daños y Riesgos**.
- × Busca la **complementariedad** con los **recursos comunitarios** y su implicación en el programa y su filosofía.
- × Se inspira en conceptos de la **Mediación Social**, **Intervención Comunitaria** y **Educación para la Salud**.
- × **Trabajo en el propio medio** del colectivo diana y capacidad de contacto con el mismo.
- × Se fomenta la **participación de los/as usuarios/as** y la filosofía del **apoyo entre iguales** en todos los niveles del programa.
- × Formación de usuarios/as como **Agentes de Salud**.
- × Atención al desarrollo de **herramientas de evaluación**.



MRMS: Áreas de Actuación I

Área de Contacto y Derivación:

- × Trabajo de **Educación de Calle**.
- × Servicio de **Información, Asesoramiento y Orientación** en local y calle.
- × **Contacto y Captación** a través de **usuarios/as**.
- × **Contacto y Derivaciones** desde otros **recursos**.

Área de Conocimiento sobre la Realidad del Consumo de Drogas:

- × Recogida de **datos** durante el trabajo de educación de **calle**.
- × Operaciones Bola de Nieve.
- × Información proporcionada por los/as propios/as **usuarios/as**.
- × Información aportada desde otros **recursos**.



MRMS: Áreas de Actuación II

Área de Educación para la Salud:

- × **Servicio de Educación para la Salud** (entrenamiento en conductas preventivas, PIJ y otros materiales, preservativos y promoción del sexo seguro).
- × **Información socio-sanitaria** en local y calle (sanitaria, social y drogas).
- × **Ocio** y Tiempo Libre.
- × Formación y Capacitación de **Agentes de Salud**.
- × **Servicio de Intervención Grupal y Talleres Socio-sanitarios.**

Área de Colaboración con otros Recursos y Sensibilización Comunitaria:

- × **Colaboración** con otros recursos.
- × **Coordinación y Sensibilización Comunitaria.**
- × Integración y participación en **mesas y foros** a nivel comunitario.



¿qué está pasando ahora?

cambios,

posibles

respuestas

nuevas demandas

... **algunos ejemplos y casos concretos**



En Alcalá de Henares

- × Aumenta la **demanda de recursos asistenciales** (alojamiento, prestaciones, etc.). Hemos encontrado casos que pretenden conseguir una valoración de discapacidad, con informes de todo tipo, incluso cuando no tienen dificultades graves realmente (**actuaciones a la desesperada**).
- × **Aumento de personas que tenían trabajo y se han quedado en el paro, o han sido desahuciadas**, etc. Retoman un contacto mayor con el programa.
- × ¿Mayores **índices de delincuencia**?... Está por ver, pero nuestra percepción es que cada vez tienen más asuntos judiciales por robo.
- × **Menos recursos disponibles**, y lo que hay tienen **requisitos y perfiles mucho más exigentes** que dejan a las personas más desestructuradas y vulnerables sin alternativas.



En Madrid

- × Aumento muy significativo del **número de personas** que se acercan al programa e inician un proceso de intervención.
- × **Cambio en los perfiles:** han aumentado las familias, personas sin hogar, madres con hijos, etc.
- × **Cambio en las demandas:** aumentan las peticiones de comedores sociales, duchas públicas, albergues; es decir, todo lo relativo a la cobertura de las necesidades básicas de las personas. Estamos atendiendo a gente que realmente no tiene para comer.
- × **Mayor solicitud de prestaciones sociales de todo tipo.**
- × Al mismo tiempo hay **menor número de respuestas positivas a las solicitudes de prestaciones sociales.**
- × Cierre de recursos... **hay menos recursos sociales a los que derivar**, o ha disminuido el número de plazas disponibles. Los recursos que cierran contactan con el programa para que asumamos sus usuarios/as y retomemos su proceso de intervención (más personas).



- × **Alimentos:** disminución progresiva de la cantidad de comida anual, así como a la variedad de los alimentos; a la vez que aumenta la población que acude al servicio con esta demanda. Ejemplo: 1) en 2007 el FEGA aportaba una media de 1.100 kg de alimentos básicos trimestralmente para unos 100 beneficiarios/as y en 2011 un **prometido** 430 kg cuatrimestralmente para unos 400 beneficiarios/as; 2) Fundación Banco de Alimentos de Sevilla: en 2012 se recoge 1/3 de lo que aportaban en 2007 mensualmente, ahora son casi todo refrescos o lácteos de caducidad inmediata.
- × **Jeringuillas:** aumento lento y progresivo del nº de inyectores y de la demanda de material estéril (claro aumento en 2011 y 2012). Muchas personas han retomado esta vía tras años de consumo fumado. Refieren que se debe a la baja calidad de la droga y las dificultades para conseguir dinero. Esta situación constata en otras entidades.
- × **Actitud usuarios/as:** mayor susceptibilidad, más situaciones de conflicto y agresividad entre usuarios/as y hacia profesionales, quejas continuas... Razones: baja calidad de la droga y más sustancias de corte afectan a nivel psicológico; dificultades para conseguir dinero; y limitaciones en la oferta de servicios desde el programa (alimentos, recursos materiales...).
- × **Empleo:** poco empleo y recortes en programas de formación que afectan más a perfiles de baja empleabilidad... repercute en un mayor nº de usuarios/as en el programa.



En Albacete

- × **Aumento del consumo inyectado de heroína y cocaína:** en Albacete se consume “*lo que hay*”, no “*lo que se quiere*”, la situación actual se caracteriza por menor calidad de la droga disponible, además de menos dinero, de modo que personas que consumían vía fumada-inhalada, se ven abocadas a consumir vía inyectada para alcanzar los mismos efectos. Estamos volviendo a intervenir en picaderos/fumaderos (usados por más de 30 personas –riesgo salud pública-) después de ser abandonados durante años.
- × **Jeringuillas y material estéril:** se han repartido más kits de inyección en lo que llevamos de 2012 que en todo 2009-2010-2011 juntos. Los picaderos están llenos de jeringuillas, no existe disponibilidad de contenedores para su recogida, ni opciones para retirar los llenos que ya tenemos (no son proporcionados desde la administración), de manera que si queremos dar una respuesta ha de ser con nuestros recursos propios.
- × **Cierre de recursos:** esta situación nos obliga a dar respuesta a demandas que anteriormente se derivaban a otras entidades o recursos, aumentando la versatilidad de nuestros/as profesionales (sobre todo recursos para inmigrantes).



En **Definitiva**, la **situación actual** **Se caracteriza** por...

- × **Cierre** de recursos públicos y privados.
- × **Colapso** de entidades y/o requisitos más rígidos y exigentes que dejan fuera a las personas más vulnerables.
- × Aumento significativo del **número de personas** atendidas.
- × A esto se añade la **reducción de apoyo** de las **administraciones**: recortes, disminución del dinero destinado a subvenciones, desaparecen otras, etc.



pero además...

... **Arrastramos** otros retos que no son nuevos y se agravan en esta situación:

× **Venimos observando** un repunte de ciertas prácticas de riesgo, entre otras cosas causada por la eficacia de los antirretrovirales que hace que se relajen las medidas preventivas y se de un retraso diagnóstico del VIH; aumenta el consumo inyectado y tenemos resultados “regulares” en el uso del preservativo... ¿Cómo encajo esto con la situación actual de personas de gran precariedad? ¿Cómo insisto en usar condón cuando, por ejemplo, alguien no tiene para comer?

× ¿Queda lejos la **asociación** directa entre **consumo y heroína, marginalidad, delincuencia e inseguridad ciudadana**?... Hace unos años hacía esta afirmación, ahora lo convierto en un interrogante. **Está por ver**. Lo cierto es que persiste en el imaginario social y en el discurso sobre drogas, aunque la cultura de consumo haya cambiado (¿volvemos a situaciones de los 80-90? Encuestas nacionales indican que la droga no es de los primeros problemas percibidos por la ciudadanía, además de una diferencia amplia con el resto –empleo-).



pero además...

× Todavía **sigue habiendo** personas que no llevan un buen seguimiento del VIH/sida y/o no toman tratamientos. El reto es mantener en un estado óptimo a las personas seropositivas, evitar reinfecciones, priorizar la detección precoz, evitar que se relajen las medidas preventivas... Pero, **¿cómo hacerlo si ahora parece que el sida no existe? ¿Es que vamos a pensar, como algunos quizás les gustaría, que ya no existe el sida?...** No podemos dejar atrás tantos logros, es evidente que hay que seguir luchando para detener la enfermedad; es crucial seguir comunicando para convencer de la importancia de usar el condón en las relaciones sexuales con penetración, y usar las jeringuillas una sola vez; es fundamental seguir dando la cara por los derechos de personas afectadas e infectadas y que no se les trate como culpables, que no se les excluya ni margine, y puedan vivir más tiempo y con mejor calidad de vida (física, emocional y social).

× Y, finalmente, los **problemas de salud mental y la patología dual...** es la “*patata caliente*” que justifica la “*no intervención*”, ¿dónde los situamos? Ahora, más que nunca, es difícil contestar, pues si faltan recursos, los destinados a esta problemática son cada vez más escasos.



¿**qué** **hacemos**?

¿**qué** **podemos**,
hacer?

...**Soluciones**



- × **Estudio e investigación** de nuestros equipos de recursos sociales y sanitarios que trabajen con las dificultades de nuestros/as usuarios/as.
- × **Reforzar la coordinación** con otros recursos y las derivaciones entre entidades.
- × Más apoyo psicológico y **soporte emocional**.
- × Establecer **acuerdos** con grandes superficies alimentarias para donación de alimentos, **búsqueda de financiación** para cubrir necesidades básicas (webs de microdonaciones, subvenciones...), etc.
- × **Iniciativas internas** de colaboración del propio tejido social de las organizaciones (operación kilo en Madrid).
- × **Conclusión:**
 - × El **trabajo desde la persona**, el **aprendizaje** constante, la **búsqueda** permanente sin conformarnos con lo que nos ha servido hasta ahora.
 - × “**Estar donde se tiene que estar**”, donde se necesita, donde están las demandas reales de personas reales.
 - × Ser profesionales **técnicamente** competentes en salud y aspectos biopsicosociales + **habilidades sociales y empatía**.

Un único corazón:

mejorar la vida de las personas



Fundación Atenea

Fundación Atenea en Madrid:

Sede Central

Email: fundacion@atene-agrupogid.org

Tlf.: 91 447 99 97

Fundación Atenea en Andalucía:

C/Perafán de Rivera, s/n

41009 Sevilla

Tlf.: 954 90 02 93

Plaza Juan XXIII, 10

41006 Sevilla

Tlf.: 954 63 71 92

C/Estrella de la Mañana,
local 7-8

41013 Sevilla

Tlf.: 954 29 68 50

Email: margamoreno@ateneagrupogid.org

C/Martínez Montañés
Conjunto 6 Bloque 2.
Bajos.
41013 Sevilla.

Fundación Atenea en Extremadura:

Avda. Lusitania nº84,

Esquina C/ Marco Sainio
Ctón s/n (local)

06800 Mérida (Badajoz)

Tlf.: 924 318 330

Email: salv@ateneagrupogid.org

Fundación Atenea en Castilla La Mancha:

C/San Pedro, s/n

02002 Albacete

Tlf.: 967 24 09 09

Email: coordinacionab@ateneagrupogid.org

Fundación Atenea

Tel: 91 4479997

E-mail: fundacion@ateneagrupogid.org

<http://fundacionatenea.org>

