



**MEMORIA DE ACTIVIDADES –PROGRAMA  
DE SEGUIMIENTO IEMAKAIE.**

**AÑO 2016**



## Índice

1. Presentación.....	Pág. 3
2. Programa de atención a personas en riesgo de exclusión social.....	Pág. 5-20
1.1. Justificación.....	Pág. 5
1.2. Destinatarios.....	Pág. 6
2.3. Localización.....	Pág. 6
2.4. Objetivos.....	Pág. 6
2.5. Descripción del proyecto.....	Pág. 7
2.6. Indicadores de seguimiento y resultados.....	Pág. 12
2.7. Conclusión.....	Pág. 17
3. Programa de prevención en de VIH y otras ITS.....	Pág. 21-40
2.1. Justificación.....	Pág. 21
2.2. Destinatarios.....	Pág. 22
3.3. Localización .....	Pág. 25
3.4. Objetivos.....	Pág. 25
3.5. Descripción del proyecto y actividades.....	Pág. 26
3.6. Indicadores de seguimiento y resultados.....	Pág. 26
4. Programa a personas en contexto de prostitución.....	Pág. 40-50
3.1. Justificación.....	Pág. 40
3.2. Destinatarios y localización.....	Pág. 42
4.3. Objetivos.....	Pág. 45
4.4. Descripción del proyecto.....	Pág. 46
4.5. Indicadores de seguimiento y evaluación .....	Pág. 49



## 1. Presentación de la entidad

La Asociación IEMAKAIE, es una ONG sin ánimo de lucro de carácter nacional, fundada el 26 de Mayo de 1999 e inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones con el número 531.587. Está declarada de Utilidad Pública el 7 de Diciembre de 2004.

Iemakaie surge ante la inquietud de un grupo de personas convencidas de la necesidad de una atención integral a personas enfermas de SIDA, con graves problemas de drogas y en situación de marginación social, económica y afectiva.

De esta forma los principales objetivos de la Asociación son:

- Atención a colectivos con riesgo de exclusión social.
- Atender a cualquier persona que por circunstancias personales, sociales o familiares, los Servicios Sociales consideren oportuna la intervención de Iemakaie, de ahí que la Asociación se planteó otros ámbitos de actuación como el que nos ocupa; en este caso, la discapacidad intelectual.
- Atención integral a las personas con discapacidad intelectual y graves trastornos de la conducta.
- Realizar programas adaptados a las necesidades que se presenten.

En primer lugar venimos desarrollando un ***Plan Integral de Apoyo a personas en riesgo de exclusión, con problemas de drogodependencia y/o afectadas por el VIH/SIDA*** a través del ***programa de seguimiento***.

Seguidamente nuestros esfuerzos se han encaminado por otro lado (a partir del año 2006) a la atención de ***personas con psicodeficiencias*** y graves alteraciones de conducta, mejorando su calidad de vida, y procurándoles una reinserción en sus familias y en la sociedad para ello IEMAKAIE tiene abierta una Casa-Hogar de Acogida en el término municipal de Guadalcazar que cuenta con 26 plazas.

Y por último, además de continuar con los anteriores (a partir del año 2007) IEMAKAIE trabaja en el desarrollo de un ***Centro de atención temprana para niños/as con trastornos del desarrollo en la localidad de Montoro***.

En la actualidad continúan vigentes y en desarrollo sendos programas en sus respectivas áreas de actuación.

Apostamos por una organización eficaz con un equipo de trabajo de manifiesta calidad humana y cualificación profesional contrastada, capaces de responder a las necesidades actuales y futuras de personas en grave exclusión social, des-estructuración familiar, enfermas de VIH/SIDA, personas con drogodependencia, población reclusa, personas sin hogar y otros colectivos desfavorecidos como lo son las personas con psicodeficiencia y la atención a niños en edad temprana con trastornos en el desarrollo.

***A continuación y en ésta MEMORIA nos centraremos en el desarrollo y resultados del trabajo realizado en el Programa de Seguimiento durante al año 2016. Este programa tiene tres líneas de intervención muy delimitadas, que se exponen a continuación a dividiéndolo en diferentes áreas de intervención.***



### **Líneas de intervención:**

#### **❖ INTERVENCIÓN CON PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL**

##### **DESTINATARIOS/AS**

El programa se dirige a personas en riesgo de exclusión social (drogodependientes, afectadas por VIH-SIDA, ex-reclusos y otras personas sin recursos sociales o personales). Son destinatarias indirectas las personas del entorno social en el que se encuentran las primeras.

##### **LOCALIZACIÓN**

El programa se desarrolla en la ciudad de Córdoba. Se presta atención especial a familias de Zonas Necesitadas de Intervención Social de Moreras, Polígono Guadalquivir-Sector Sur o Palmeras.

##### **Objetivo General**

Mejorar la calidad de vida de los usuarios, minimizando los riesgos para su salud, facilitando su acceso a los recursos sanitarios y sociales y favoreciendo su integración socio-laboral.

#### **❖ INTERVENCIÓN CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN**

##### **DESTINATARIOS/AS**

El programa se dirige a personas que se encuentran en situación de prostitución. Mujeres y hombres que la ejercen en casas y pisos de citas o en la calle.

##### **LOCALIZACIÓN**

El programa se desarrolla en la ciudad de Córdoba. Los pisos y casas de citas se reparten por toda la ciudad. Los lugares donde se ejerce la prostitución en la calle son polígonos industriales.

##### **Objetivo general**

Mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en situación de prostitución, minimizando los riesgos para su salud y facilitando su acceso a los recursos sanitarios y sociales.

#### **❖ PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y REALIZACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH EN SALIVA**

##### **DESTINATARIOS/AS**

El programa se dirige a toda la población para garantizar el acceso a información completa sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) y a la prueba rápida de diagnóstico de VIH en saliva. Se presta atención especial a colectivos diana, especialmente HSH.

##### **LOCALIZACIÓN**

El programa se desarrolla en la ciudad de Córdoba. En la sede de IEMAKAIE se atienden diariamente consultas relacionadas con VIH y otras ITS. Además se ofrece la posibilidad de realizar pruebas rápidas de VIH en saliva, a las que se accede mediante cita previa.

También se desarrollan acciones de sensibilización con las personas en situación de prostitución. Durante las visitas que periódicamente se realizan a los lugares donde la ejercen se ofrece a estas personas información sobre ITS, y en particular sobre VIH, así como la posibilidad de realizar la prueba rápida de detección de VIH en saliva.

##### **Objetivo general**

Prevenir la transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual, proporcionando información y educación sexual a los colectivos más vulnerables.



## 1. Programa de atención a personas en riesgo de exclusión social

### 1.2. Justificación

En Córdoba existen espacios urbanos claramente delimitados, en cuya población se dan una serie de características determinadas, acusadas por situaciones de pobreza grave y marginación social. Entre ellos están el Polígono Guadalquivir, Sector Sur, Moreras, Palmeras, zonas localizadas de Fuensanta y Levante Sur.

En ellos nos encontramos con familias con:

- Escasez de recursos económicos o mala gestión de los mismos.
- Consumo de drogas.
- Desestructuración familiar: conviven en la misma vivienda de varias generaciones, a lo que ayuda la proliferación de embarazos a edades tempranas, cambios de parejas constantes, muertes de progenitores a edades tempranas, etc...
- Dificultades para la inserción laboral, escolar y social.

Con carácter específico destacamos las siguientes problemáticas:

En el ámbito educativo: existe un marcado *absentismo escolar*, siendo mayor cuanto más se aproximan a la educación secundaria, fomentando por la propia familia para que se incorporen a un precario mercado laboral.

En el ámbito de Salud e Higiene: existe una elevada desinformación sobre temas de salud, bien sea en hábitos de higiene, alimentación, consumo de drogas, embarazos no deseados, automedicación, contagio de VIH-SIDA, etc.

Legal: en esta zona existe un número elevado de reclusos/as, exreclusas/as y personas con antecedentes o causas pendientes.

Drogas: las adicciones son habituales, ya se trate de drogas o alcohol.

La mayoría de las familias con las que trabajamos son de etnia gitana, con la problemática tanto interna como externa que esto implica. Son personas que ya parten de una situación de exclusión por su pertenencia a un colectivo, a lo que debemos sumar las trabas que implican la ideología tradicional o más bien inmovilista que rodea sus tradiciones, donde la mujer queda marginada a un rol maternal, sin capacidad de decisión y donde los temas de sexualidad son tabú, entre otros. Entendemos que la educación y la formación son las herramientas más eficaces para el desarrollo personal y colectivo de esta etnia.

Nuestra intervención principalmente se centra en **familias de la Barriada de Moreras, Guadalquivir y Fuensanta, de la ciudad de Córdoba**, pues la experiencia nos dice que además del trabajo individual con los usuarios, es necesario trabajar con sus familias, para que los resultados sean eficaces.

Las madres son el núcleo familiar, encargadas del cuidado de la casa, el cuidado de los hijos y de las personas mayores, ellas perpetúan el rol de género tradicional como madres y cuidadoras. Por esa razón la intervención en las familias se centra fundamentalmente en las madres.



Nuestro objetivo es favorecer el uso racional de los recursos sociales existentes, tanto en las administraciones como en otras asociaciones o entidades que trabajan con estos colectivos.

Con ello se pretende facilitar el proceso de integración social de estas personas, minimizando los riesgos socio-sanitarios, así como intervenir con sus familias para favorecer la adaptación social, laboral y sanitaria de nuestros usuarios.

## 1.2. Destinatarios/as

El programa se dirige a personas en riesgo de exclusión social (drogodependientes, afectadas por VIH-SIDA, ex-reclusos y otras personas sin recursos sociales o personales).

La mayoría de las familias con las que trabajamos son de etnia gitana, con la problemática tanto interna como externa que esto implica. Son personas que ya parten de una situación de exclusión por su pertenencia a un colectivo, a lo que debemos sumar las trabas que implican la ideología tradicional o más bien inmovilista que rodea sus tradiciones, donde la mujer queda marginada a un rol maternal, sin capacidad de decisión y donde los temas de sexualidad son tabú, entre otros. Entendemos que la educación y la formación son las herramientas más eficaces para el desarrollo personal y colectivo de esta etnia.

Nuestra intervención principalmente se centra en **familias de la Barriada de Moreras, Guadalquivir y Fuensanta, de la ciudad de Córdoba**, pues la experiencia nos dice que además del trabajo individual con los usuarios, es necesario trabajar con sus familias, para que los resultados sean eficaces.

Las madres son el núcleo familiar, encargadas del cuidado de la casa, el cuidado de los hijos y de las personas mayores, ellas perpetúan el rol de género tradicional como madres y cuidadoras. Por esa razón la intervención en las familias se centra fundamentalmente en las madres.

Destinatarias directas son personas en exclusión social, sin familia o con grave desarraigo familiar, con problemas en drogodependencias, afectadas por VIH/SIDA .

Las destinatarias indirectas son las personas del entorno social en el que se encuentran y la sociedad cordobesa en general.

Son destinatarias indirectas las personas del entorno social en el que se encuentran las primeras.

## 1.3. Localización

El programa se desarrolla en la ciudad de Córdoba. Se presta atención especial a familias de Zonas Necesitadas de Intervención Social de Moreras, Polígono Guadalquivir-Sector Sur o Palmeras.

## 1.4. Objetivos

### 1.1. . Objetivo General

Mejorar la calidad de vida de los usuarios, minimizando los riesgos para su salud, facilitando su acceso a los recursos sanitarios y sociales y favoreciendo su integración socio-laboral.

### 1.2. Objetivos específicos

- 1.2.1. Entrar en contacto con personas en riesgo de exclusión social.
- 1.2.2. Favorecer una buena adhesión a los tratamientos.
- 1.2.3. Informar sobre vías de transmisión de enfermedades infecciosas.
- 1.2.4. Favorecer la reinserción laboral a través de itinerarios individualizados.



- 1.2.5. Dar respuesta a otras demandas de carácter social, laboral o educativo.
- 1.2.6. Restablecer y fortalecer las relaciones entre los miembros de la familia, fomentando las habilidades sociales de sus miembros.
- 1.2.7. Educar y fomentar en las familias hábitos saludables, de economía doméstica y de convivencia.
- 1.2.8. Facilitar el acceso a recursos básicos como la alimentación. Para ello IEMAKAIE participa como OAR (organización autorizada para el reparto) en el Programa de ayuda alimentaria a las personas más desfavorecidas 2015-2016.
- 1.2.9. Incorporar el enfoque de género en todas las actividades que se desarrollen.

### **1.5. Descripción del proyecto. Actividades.**

Podemos dividir las actividades en diferentes fases, aunque su desarrollo no se produzca de manera lineal en el tiempo (todas nuestras actividades se han desarrollado durante el año 2016):

#### **1- Localización y toma de contacto con los posibles usuarios/as:**

-Colectivo de personas en riesgo de exclusión social y afectada por VIH/SIDA: realizamos visitas en los barrios que intervenimos, principalmente en moreras. Las visitas se realizan al barrio y en el domicilio de las personas atendidas. También nos trasladamos al Hospital para llevar seguimiento, control y visitas de enfermos de VIH/SIDA. Las visitas tienen carácter periódico. Trabajamos tanto por captación como por derivación por parte del resto de recursos sociales implicados en este área, como pueden ser los CPDs, Centros Cívicos y Comunitarios, Centros de Salud, Albergues, CIS (centro de inserción social del centro penitenciario) u otras entidades.

Con esta actividad hemos pretendido lograr el objetivo específico:

##### **1. 2.1. Entrar en contacto con personas en riesgo de exclusión social**

Indicadores para evaluar esta actividad: Nº de contactos realizados, Nº de personas atendidas, Nº de visitas realizadas

**2- Apoyo social y jurídico:** Esta es una actividad básica y necesaria para casi todos nuestros usuarios. Se han realizado actuaciones encaminadas a informar y acercar dichos recursos a nuestros usuarios en pro de su inclusión social.

- Tramitación de ayudas;

-Gestión de documentación;

-Orientación y derivación hacia otros recursos;

Se les presta apoyo y asesoramiento jurídico para todo tipo de causas pendientes, así como acompañamiento a dependencias judiciales, cuando puedan suponer un obstáculo para desarrollar su proceso de normalización o inserción social, prestando atención especializada en causas de violencia de género.

Con estas actividades hemos pretendido alcanzar los objetivos:



1.1 Mejorar la calidad de vida de los usuarios

1.2.5. Dar respuesta a otras demandas de carácter social, laboral o educativo.

1.2.8 Facilitar el acceso a recursos básicos como la alimentación

Los indicadores utilizados para evaluar esta actividad:

- Grado de Participación en actividades formativas
- Grado de participación Grupos de apoyo
- N° de reuniones centro cívico trabajadora social
- N° de actividades formativas en la comunidad
- Número de reuniones de coordinación.
- Número de acompañamientos.
- Número de personas asesoradas.
- Número ayudas tramitadas.
- Número de trámites realizados.
- Número de itinerarios elaborados
- Número de tarjetas sanitarias gestionadas

**3- Apoyo sanitario:** acompañamiento, seguimiento y control de citas y pruebas médicas en Centros de Salud, y/o Hospital Reina Sofía. Así como control de adhesión al tratamiento, asesoramiento en información sobre buenas prácticas en alimentación, vida saludable e higiene básica.

Con estas actividades se pretendía alcanzar los objetivos específicos:

1.1.2. Facilitar la adhesión a los tratamientos farmacológicos.

1.2.3. Fomentar la prevención de infecciones de transmisión sexual

Los indicadores que se utilizan para evaluar esta actividad:

- Número de reuniones de coordinación.
- Número de acompañamientos a consulta médicas.
- Número de acciones de coordinación realizadas.
- Número de acciones realizadas para facilitar la adhesión.
- Número de pruebas rápidas realizadas
- Número de personas a las que se proporciona información.





- Número de folletos informativos repartidos.
- Número de consultas telefónicas atendidas.
- Número de veces que se reparte material preventivo.

**4- Apoyo laboral:** nuestro técnico en inserción laboral desarrolla las labores básicas para procurar la inserción laboral de los usuarios/as que así lo demanden. Estas tareas abarcan desde la realización de asesoramiento personal para el desarrollo de itinerarios de inserción, redacción de currículum, asesoramiento sobre sistema educativo y formación complementaria, preparación de entrevistas de trabajo, acompañamiento a ETT, a los servicios estatales y autonómicos de empleo... Nos centramos en nuestros usuarios/as, pero también procuramos realizar estas tareas con sus familiares para mejorar la situación global de las familias.

Con estas actividades hemos pretendido alcanzar los objetivos específicos:

1.2.4. Favorecer la reinserción laboral a través de itinerarios individualizados.

1.2.5. Dar respuesta a otras demandas de carácter social, laboral o educativo.

Los indicadores utilizados para evaluar esta actividad han sido:

- Grado de Participación en actividades formativas
- Grado de participación Grupos de apoyo
- Nº de reuniones centro cívico trabajadora social
- Nº de actividades formativas en la comunidad
- Número de personas atendidas.
- Número de itinerarios realizados.
- Número de currículums realizados.
- Número de consultas resueltas.
- Número de búsquedas de recursos formativos realizadas.
- Número de acompañamientos al SAE, SEPE, etc.

**5- Talleres y charlas:** Se realizan habitualmente este tipo de actividades relacionadas con cuestiones de salud sexual y reproductiva, prevención de la violencia de género, prevención del VIH/SIDA, prevención en la iniciación y consumo de drogas (medicamentos)...

Con estas actividades hemos alcanzado los objetivos específicos:

1.2.7. Educar, orientar y fomentar en hábitos saludables y vida sexual sana para evitar reinfecciones.

Los indicadores utilizados para evaluar esta actividad han sido:



- Número de personas informadas.
- Número de materiales realizados.
- Número de materiales repartidos.
- Número de charlas
- Número de entrevistas
- Reparto de material sobre derechos de personas con VIH/SIDA.
- Número de consultas sobre derechos humanos atendidas.
- Número de derivaciones realizadas

**6- Apoyo familiar:** este se lleva a cabo fundamentalmente a través de visitas domiciliarias a nuestros usuarios. En su entorno familiar se trabajan cuestiones relacionadas con la resolución de conflictos, inteligencia emocional, educación y respeto dentro del ámbito familiar...

Con esta actividad se ha pretendido alcanzar los objetivos específicos:

1.2.6. Restablecer y fortalecer las relaciones entre los miembros de la familia, fomentando habilidades sociales entre sus miembros.

Los indicadores que se utilizan para evaluar esta actividad:

- Número de visitas realizadas.
- Reparto de material sobre derechos de personas con VIH/SIDA.
- Número de consultas sobre derechos humanos atendidas.
- Número de derivaciones realizadas
- Porcentaje de disminución del conflicto entre usuarios.
- Porcentaje de aumento de la autoestima en los usuarios.

**7- Acompañamiento y derivación a otros recursos del sistema:** el acompañamiento es el rasgo distintivo de nuestra asociación. No resolvemos problemas de manera ajena a nuestros usuarios, pues pensamos que estos deben ser dueños de sus vidas, aprender a resolver las cuestiones por sí mismos de modo que puedan ser cada vez más autónomos e independientes. Con estas actividades pretendemos alcanzar todos los objetivos específicos que se plantean, siempre persiguiendo que adquieran grado de autonomía.

Los indicadores utilizados para evaluar esta actividad: nº de acompañamientos que se realizan.

**8- Coordinación, contacto y colaboración con organismos, entidades e instituciones tanto públicas como privadas:** en todo el proceso pretendemos realizar un trabajo en red con el resto de los recur-



del sistema, manteniendo de forma continuada la coordinación y colaboración con estos para, optimizar por un lado los recursos existentes y por otro, educar en un uso responsable de los mismos.

Para alcanzar esta coordinación hemos mantenido contactos y reuniones de manera periódica, tanto con trabajadores sociales de Centros Cívicos, de Centros de Salud, con personal de la Unidad de Gestión Clínica de Infecciosos del Reina Sofía, personal del CPD, personal de otras asociaciones y federaciones... Esta actividad es un instrumento para alcanzar todos los objetivos específicos. Los indicadores que se utilizan para evaluar esta actividad: nº de reuniones de coordinación. En todas nuestras actividades se incorpora el enfoque de género.



## 1.6. Indicadores de seguimiento y resultados

Objetivos	Actividades	Indicadores	Resultado previsto	Resultados obtenidos y desviaciones
1.2.1	a. Visitas regulares a las zonas necesitadas de intervención social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de visitas realizadas.</li> <li>Número de usuarios atendidos en el programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>15 visitas a zonas necesitadas de intervención social.</li> <li>Atención a 100 personas.</li> </ul>	Se han realizado 10 visitas Atención a 81 personas.
1.2.2.	b. Reuniones de coordinación con los profesionales del Centro Provincial de Drogodependencias (CPD). c. Acompañar a los usuarios en sus visitas al CPD. d. Información y asesoramiento sobre consumo de sustancias adictivas. e. Coordinación con el equipo médico del Servicio de Infecciosos. f. Acompañar a los usuarios en sus consultas médicas. g. Talleres y entrevistas individuales para favorecer la adhesión al tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de reuniones de coordinación.</li> <li>Número de acompañamientos al CPD.</li> <li>Número de folletos informativos sobre sustancias adictivas repartidos.</li> <li>Número de acciones de coordinación realizadas.</li> <li>Número de acciones realizadas para facilitar la adhesión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tener reuniones de coordinación trimestralmente.</li> <li>Acompañar al CPD al 100% de las personas que lo soliciten.</li> <li>Repartir 100 folletos.</li> <li>Realizar tres reuniones de coordinación.</li> <li>Acompañar al 100% de los usuarios/as que lo soliciten a sus consultas médicas.</li> <li>Lograr que un 75% de las personas que asistan a las acciones organizadas tengan una buena adhesión al tratamiento.</li> </ul>	<p><i>Desviación: Las actividades relacionadas con el consumo de drogas no se han llevado a cabo, ya que este año ha cambiado el perfil de las personas que hemos atendido. De las personas atendidas sólo quedan dos con consumo activo, y han sido derivados hacia otros recursos</i></p> <p>Se han realizado 83 atenciones sanitarias. 100% de las demandas.</p> <p>80% de las personas presentan una buena adhesión al tratamiento.</p> <p>Se han realizado 4 reuniones de coordinación con el equipo de infecciosos.</p>



1.2.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>h. Talleres y entrevistas individuales sobre infecciones de transmisión sexual (ITS).</li> <li>i. Elaboración de material informativo.</li> <li>j. Reparto de material informativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de personas informadas.</li> <li>▪ Número de materiales realizados.</li> <li>▪ Número de materiales repartidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responder al 100% de las consultas recibidas.</li> <li>▪ Elaboración y actualización de folletos informativos sobre ITS y actualización de la información contenida en la página web.</li> <li>▪ Distribución de 100 folletos sobre prevención de ITS.</li> </ul>	<p>Se ha respondido al 100% de las consultas recibidas. Se ha respondido 64 consultas.</p> <p>Se han realizado 3 materiales específicos de ITS</p> <p>Se han repartido 200 folletos sobre</p>
1.2.4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>k. Elaboración de currículums.</li> <li>l. Realizar itinerarios individualizados de búsqueda de empleo.</li> <li>m. Asesoramiento sobre imagen personal.</li> <li>n. Búsqueda de cursos formativos.</li> <li>o. Orientación educativa.</li> <li>p. Preparación para entrevistas de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de personas atendidas.</li> <li>▪ Número de itinerarios realizados.</li> <li>▪ Número de currículums realizados.</li> <li>▪ Número de consultas resueltas.</li> <li>▪ Número de búsquedas de recursos formativos realizadas.</li> <li>▪ Número de acompañamientos al SAE, SEPE, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar el 100% de currículums solicitados.</li> <li>▪ Que el 50% de los usuarios que comiencen un itinerario lo concluyan satisfactoriamente.</li> <li>▪ Atender al 100% de los usuarios que soliciten asesoramiento sobre imagen personal.</li> <li>▪ Atender al 100% de los usuarios que soliciten recursos formativos.</li> <li>▪ Atender al 100% de los usuarios que soliciten recursos educativos.</li> <li>▪ Realizar el 100% de los acompañamientos solicitados.</li> </ul>	<p>Se han realizado 100% de los currículos. Se Han hecho 45 currículos.</p> <p>El 70% esta entro de un itineroario. 25 personas inscritas en el programa de garantía Juvenil. 19 solicitudes para convocatoria de empleo ayuntamiento de Córdoba para personas con dificultades.</p> <p>Se ha atendido el 100% de usuarios que han solicitado recursos educativos, formativos o de acompañamiento derivado de estos.</p>



1.2.5	<p>q. Mantener actualizada la información sobre los recursos sociales existentes, tanto públicos como privados.</p> <p>r. Reuniones de coordinación con trabajadores sociales de recursos públicos y privados.</p> <p>s. Acompañamiento para la solicitud de recursos.</p> <p>t. Preparar la solicitud de distintas ayudas para los usuarios: salario social, RAI, pensiones no contributivas.</p> <p>u. Detectar y prevenir problemas de absentismo escolar.</p> <p>v. Solicitud asistencia de justicia gratuita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de reuniones de coordinación.</li> <li>▪ Número de acompañamientos.</li> <li>▪ Número de personas asesoradas.</li> <li>▪ Número ayudas tramitadas.</li> <li>▪ Número de actuaciones relacionadas con el absentismo escolar.</li> <li>▪ Número de solicitudes de justicia gratuita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tener reuniones de coordinación trimestralmente.</li> <li>▪ Acompañar al 100% de las personas que lo soliciten.</li> <li>▪ Responder al 100% de las consultas recibidas.</li> <li>▪ Preparar y presentar toda la documentación de los usuarios que lo soliciten.</li> <li>▪ Comprobar y actuar en cinco posibles casos de absentismos escolar.</li> <li>▪ Tramitar 10 solicitudes de justicia gratuita.</li> </ul>	<p>Se mantiene coordinación y contacto directo con personal de servicios sociales de la junta de Andalucía, Ayuntamiento y otras ONG. Reuniones: 5. Acciones de coordinación : 10</p> <p>Se han atendido el 100% de las demandas.</p> <p>Ningún caso de absentismo escolar.</p> <p>Se han tramitado 7 solicitudes de justicia gratuita.</p>
-------	--	---	---	---



1.2.6	<p>w. Realizar visitas de manera periódica al domicilio de los usuarios.</p> <p>x. Mediación entre los miembros de la familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de visitas realizadas.</li> <li>▪ Número de derivaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar 25 visitas a domicilios.</li> <li>▪ Realizar 30 derivaciones a otros servicios.</li> </ul>	<p>Se ha realizado 15 visitas a domicilios.</p> <p>De ha realizado 27 derivaciones.</p>
1.2.7	<p>y. Desarrollar estrategias sobre hábitos de vida saludable y alimentación equilibrada.</p> <p>z. Acompañamiento y asesoramiento a las familias en las tareas cotidianas.</p> <p>aa. Asesorar e informar sobre hábitos saludables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de familias con las que se desarrollan estrategias sobre hábitos de vida saludable y alimentación equilibrada.</li> <li>▪ Número de actividades presenciales y acompañamientos realizados.</li> <li>▪ Número de folletos informativos repartidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que el 50% de las familias destinatarias de este programa participen.</li> <li>▪ Realizar 25 actividades o acompañamientos con las familias.</li> <li>▪ Repartir 50 folletos.</li> </ul>	<p>Se han atendido 13 familias. Un total de 48 personas han recibido alimentos. Se han repartido 2.101,31 kilos de alimento.</p> <p>Han participado el 90% de estas familias.</p> <p>Se han repartido 30 folletos.</p>
1.2.8	<p>bb. Informe actualizado de las familias beneficiarias del programa.</p> <p>cc. Seguimiento de las familias.</p> <p>dd. Retirada de alimentos del banco de alimentos, distribución y reparto a las familias.</p> <p>ee. Información sobre otros recursos y reparto de guías de servicios sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de informes realizados.</li> <li>▪ Número de entrevistas.</li> <li>▪ Número de guías repartidas</li> <li>▪ Número de fichas de reparto de alimentos debidamente firmadas por los usuarios/as.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realización de informes a todas las familias participantes del programa.</li> <li>▪ Realización de entrevistas mensualmente con todas las familias.</li> <li>▪ Reparto de guías e información actualizadas a todas las familias.</li> <li>▪ Que todas las familias participantes reciban la comida correspondiente en los plazos establecidos.</li> </ul>	<p>Se han realizado el informe de todas las familias que han participado. 16 informes.</p> <p>Se han realizado entrevistas mensuales con todas las familias.</p> <p>Se han repartido las guías actualizadas a todas las familias.</p> <p>Todas las familias han recibido la comida en los plazos establecidos.</p>



1.2.9	<p>ff. Realizar actividades que fomenten la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.</p> <p>gg. Realizar acciones con las usuarias para fomentar su incorporación al mundo laboral.</p> <p>hh. Trabajar las adicciones desde la perspectiva de género.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de actividades realizadas.</li> <li>▪ Número de acciones realizadas para la incorporación de las usuarias al mundo laboral.</li> <li>▪ Número de acciones realizadas en relación con las adicciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que todas las actividades que se realicen incorporen la perspectiva de género.</li> <li>▪ Que todas las actividades con mujeres faciliten su incorporación al mundo laboral.</li> <li>▪ Que todas las actividades sobre adicciones que se realicen, incorporen la perspectiva de género.</li> </ul>	<p>Todas las actividades se han realizado desde la perspectiva de género.</p> <p>Se han realizado actividades para fomentar el acceso de las mujeres al mercado laboral.</p> <p>No se han realizado este año actividades sobre adicciones.</p>
-------	--	---	--	--





## 1.7. Conclusion

Tras un proceso de revisión y reflexión de nuestro trabajo tras la finalización de las actividades realizadas durante la ejecución del proyecto, valoramos de manera positiva y esperanzadora el nivel de consecución de los objetivos marcados, teniendo en cuenta las múltiples dificultades a las que nos enfrentamos.

Estas vienen motivadas en parte por la propia idiosincrasia de la tarea afrontada, pero también en buena medida por factores externos de todo tipo, particularmente el estancamiento de la crisis económica general, que ha agudizado si cabe los problemas sociales a los que nos enfrentamos.

El número de atenciones y personas atendidas se mantiene en la línea de otros años, por lo que podemos concluir que el servicio mantiene su calidad, a pesar de las dificultades.

El grueso de las personas atendidas siguen perteneciendo a las Zonas Necesitadas de Transformación Social, por lo que podemos hablar de la aparición de auténticas bolsas de pobreza o incluso “guetos de marginalidad” dentro de la propia ciudad.

Las características socio-económicas de estas zonas se pueden sintetizar en: población empobrecida, con preeminencia de inmigrantes y personas de etnia gitana, tasas de abandono escolar temprano muy elevadas, tasas de maternidad más elevadas que en el resto de la población, altos porcentajes de población reclusa y exreclusa, convivencia de varias generaciones en el mismo hogar, problemas nutricionales en menores, falta de servicios básicos (muchas viviendas no cuentan con agua corriente o luz eléctrica...), problemas de malos tratos, prostitución, delincuencia, desestructuración familiar, etc

Por este motivo consideramos fundamental las labores de información, orientación y educación que desde la Asociación y sus técnicos se viene desarrollando con las personas de estas zonas. Solo modificando las conductas de base, que afrontamos desde el ámbito familiar y fundamentalmente desde el trabajo con las mujeres de la familia, podemos incidir a largo plazo en estas situaciones.

Podemos concluir sin lugar a dudas que hemos mantenido el nivel de profesionalidad de nuestro trabajo a pesar de las limitaciones con las que nos enfrentamos, entre ellas la reducción del presupuesto general para el desarrollo de estos programas, desaparición progresiva de recursos tanto públicos como privados, limitaciones cada vez mayores para el acceso a las ayudas y subvenciones...

Todos estos problemas no han afectado a la motivación del equipo, que continua un año más realizando un gran esfuerzo por superar los obstáculos tanto internos como externos, consiguiendo llevar a buen fin el trabajo planificado.

Las conclusiones a las que podemos llegar después de nuestra intervención son:

De todos los casos atendidos, el nivel de satisfacción de nuestros usuarios es alto o muy alto en un 98% de las ocasiones.

El 2% restante son aquellos a los que no hemos podido realizar la evaluación por el abandono del programa previamente.

Al 100% de las actividades demandadas por nuestros usuarios se les ha dado respuesta:

- el 80% han requerido labores de acompañamiento
- el 14% han sido exclusivamente labores de asesoramiento
- el 6% otro tipo de actividades

Durante el desarrollo del programa no se han constatado diferencias sustanciales entre nuestra oferta programática y las necesidades detectadas a los usuarios, por lo que no ha sido necesario modificar la ejecución general del proyecto.

Podemos concluir que los mecanismos de feedback han funcionado correctamente gracias a la labor de recopilación de datos y puesta en práctica de una política de absorción de demandas, quejas y sugerencias muy efectiva, desarrollada recientemente por todo el personal de la Asociación.

El proyecto se ha realizado con éxito.

### **Entrega de juguetes en el día de reyes:**









## 2. Programa de sensibilización sobre infecciones de transmisiones sexual (ITS) y realización de la prueba rápida de VIH

### 2.1. Justificación

Actualmente hay una nueva visión de la infección por VIH, que muchas veces se traduce en una menor percepción del riesgo aumentado consideradamente la exposición al virus y otras ITS. Esto requiere un cambio en las líneas de prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

En un mundo donde el acceso a la información vía internet es tan fácil, podemos afirmar al contrario de los que se puede pensar a priori que existe muchísima desinformación en torno al VIH e ITS. Esa facilidad que parece que tenemos a la información puede causar el efecto contrario, estar completamente desinformados o que la información que llegue sea completamente errónea. A nuestra entidad se acercan personas con perfiles muy diferentes con una desinformación completa o errónea. Cuando se trata de personas jóvenes incluso universitarias, afirman que dentro de los planes educativos no se ha contemplado para nada la educación sexual, se ha limitado a días concretos, como el día mundial del SIDA. Hemos podido comprobar que las campañas que se realizan o son insuficientes o no llegan a la población diana. La mayoría de las personas que hemos atendido entre 18 a 30 años afirma que para ellos el VIH es algo del pasado, donde antes la gente se moría pero ahora es algo crónico que si te pasa te tomas una pastilla y todo resuelto, además no cuentan con información sobre otras ITS.

Es cierto que gracias a los avances médicos ha dejado de ser una enfermedad mortal para transformarse en una infección crónica, que con el control adecuado permite tener una vida normalizada, además de reducir su capacidad de transmisión. Esta situación ha hecho que cambie la visión que la población tiene sobre el VIH, «el VIH ya no es una enfermedad mortal», y ha provocado una disminución de la percepción del riesgo de la población, especialmente dentro de algunos grupos, como los HSH y los jóvenes.

Por esto más que nunca es necesario plantearse estrategias para realizar una prevención adecuada, en entornos familiares, de ocio, educativo y prestando especial atención a los colectivos más vulnerables, aquellos en los que se constatan que existen mayores prácticas de riesgo.

La población debe ser consciente de que tanto el VIH como las otras ITS, a pesar de los tratamientos disponibles, continúan siendo un problema importante de salud, por lo que es necesario facilitar el conocimiento de las medidas de prevención frente a estas infecciones y adquirir habilidades para protegerse cuando exista riesgo de transmisión.

Un alto porcentaje de personas con infección por el VIH desconoce su situación, por lo que el riesgo de transmisión es importante si se practican relaciones de riesgo. Es necesario, fomentar el conocimiento para que las personas sean capaces de tomar decisiones meditadas con respecto a su propia salud sexual, para ello hay que adaptar el mensaje dependiendo de la población a la que nos dirijamos. Es primordial tener en cuenta valores, creencias, edad, género, estilos de vida, etc...

El conocimiento no significa que las personas vayan a tener unas prácticas adecuadas, para modificar conductas se requiere de un proceso más complejo, pero sin duda es el primer paso. Un principio básico es la responsabilidad que cada persona tiene sobre su propia salud, que el en caso de las ITS pasa por romper la cadena de transmisión y esto solo es posible mediante la prevención. La incidencia de las ITS está aumentando y sin el tratamiento adecuado estas infecciones pueden producir complicaciones graves. Además las ITS pueden aumentar la susceptibilidad al VIH.

Hoy en día el reto principal en la prevención es que se reduzca el número de personas infectadas que desconocen su estado. Cuando una persona es diagnosticada puede beneficiarse del TAR, con lo que aumenta su calidad y esperanza de vida, además de que con la CV baja es más difícil la transmisión. Desde la perspectiva de salud pública una persona diagnosticada utiliza de manera más frecuente el preservativo, con lo cual el riesgo de transmisión disminuye también.

A pesar de las múltiples campañas que se han realizado para promocionar la prueba del VIH e instar a la

población que haya tenido alguna práctica de riesgo a realizarse la misma, en España en el momento actual los datos epidemiológicos muestran un retraso diagnóstico cercano al 50%. Esto tiene una repercusión muy importante sobre la supervivencia de los pacientes ya que el retraso en el inicio del TAR supone una peor respuesta al mismo con la consiguiente posibilidad de aumento de la morbilidad y de la mortalidad. En el caso de las ITS cuando se sospeche o diagnostique una infección, deberá administrarse rápidamente un tratamiento eficaz para evitar complicaciones y secuelas a largo plazo e interrumpir la cadena de transmisión. El paciente debe recibir información y orientación sobre el tratamiento. Otro aspecto importante es conseguir que en el caso de que se produzca una exposición accidental al VIH, ocupacional o no, las personas afectadas reciban una correcta valoración del riesgo de transmisión del virus y puedan acceder a la profilaxis post-exposición si resulta necesaria, siempre de acuerdo con las recomendaciones recogidas en los protocolos de actuación en estos casos.

En Córdoba no existe un centro específico de ITS como en otras provincias, aquí para realizar una consulta solo es posible en el servicio de infecciosos del hospital reina Sofía o directamente en el médico de familias. Esto impone a muchas personas, que les da apuro desplazarse para una simple consulta, o tiene cierta resistencia a dar sus datos personales, o vergüenza a que sean reconocidos y juzgados. Existen muchas resistencias y miedos todavía para pedir de manera específica la serología del VIH en el médico de familia, ya que en muchos casos lo conocen desde siempre o es el mismo médico que atiende a toda la familia.

No podemos olvidar que la sexualidad es parte de nuestra intimidad que dependiendo de la persona la vivencia de forma diferente, todavía para muchas personas hay ciertos temas que son tabús.

De igual forma queremos destacar porque lo vemos fundamental el trabajo con las personas que viven con el VIH, ya que hay que garantizarle unos derechos fundamentales. Debido a que las PVVIH pueden tener comprometido su sistema inmunológico, son biológicamente más vulnerables que otras a tener ciertas ITS. La adherencia al TAR de las personas con VIH continúa en la actualidad teniendo niveles por debajo de lo que sería deseable. La adherencia al tratamiento es un tema pendiente también dentro de nuestro sistema de salud, ya que se limita a “riñas” del médico /a los/as pacientes, y no se profundiza en la razón por el que estas personas no toman una medicación que en principio les puede dar una calidad de vida como a otras personas que no tengan la infección y que no tomar esta medicación puede tener problemas muy serios para su salud.

Desde nuestra entidad llevamos años trabajando la adherencia al tratamiento intentando que las personas se haga responsable de su propia salud, he intentado realizar cambios conductuales y estructurales que le repercutan de manera positiva en su vida. Como hemos argumentado la prevención e información es necesaria y por eso creemos que es fundamental prestar un servicio y ofertar diferentes maneras de llevar esa información a la población. Desde IEMAKAIE prestamos este servicio en coordinación con la unidad de infecciosos del Hospital Reina Sofía. Atendemos consultas por vía telefónica, internet, WhatsApp y personalmente, siempre garantizando el anonimato. Trabajamos desde una perspectiva no moralista y de respeto a la persona. Se realizan con la colaboración de la consejería de salud que las facilita la prueba rápida en saliva y en dígito punción. A nuestra entidad se acercan muchas personas que no lo harían por lo que antes hemos mencionado a otros centros.

## 2.2. Destinatarios/as

El programa se dirige a toda la población para garantizar el acceso a información completa sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), acceso a prueba rápida de diagnóstico de VIH en saliva y por dígito punción, atención a personas que viven con VIH (PVVIH).

Se presta atención especial a colectivos diana, especialmente HSH, jóvenes-adolescentes, personas sexualmente activas con mayor riesgo de exposición, personas en situación de exclusión (en concreto mujeres) y personas que viven con VIH, para los que se realizan actividades concretas.

**1. Adolescentes y jóvenes:** creemos necesario dar información sobre comportamientos preventivos al inicio de la adolescencia por ser el momento en el que pueden establecerse modelos duraderos de gestión responsable sobre la propia salud, siendo éste un periodo idóneo para sensibilizar sobre la

prevención del VIH y otras ITS, además del momento donde se inicia las relaciones sexuales. Nos referimos a la población entre 16 y 20 años, Se viene observando una disminución del uso de medidas preventivas tanto para el VIH como para otras ITS. Tiene que conseguirse una percepción adecuada del riesgo por parte de los jóvenes, un planteamiento responsable de la edad de inicio de las relaciones sexuales, la comunicación afectiva con la pareja y el uso de medidas preventivas efectivas.

Nos dirigimos a: 1. Jóvenes universitarios, mediante campañas, y puesta de mesas informativas, donde promocionamos la prueba. Hemos comprobado que hay mucha desinformación sobre las vías de infección de VIH y otras ITS. 2. Jóvenes de IES. 3. Jóvenes de centro de menores, donde confluyen personas jóvenes y en riesgo de exclusión social con poca información o muy equivocada.

En general podemos afirmar que los jóvenes no tienen toda la información que creemos que pueden tener por fácil acceso a ella. La mayoría de los casos esta información viene por parte de sus iguales, con lo cual es muchas ocasiones es equivocada, sesgada o llena de mitos. El VIH parece cosa del pasado, ya no existe, y no se realizan programas de educación sexual dentro de los planes educativos. En los centros en los que los chicos /as afirman haber recibido algún tipo de información, esta ha sido por iniciativa propia del centro (profesor/a en concreto) o dentro de días señalados (día mundial 1 de diciembre lucha contra el SIDA). Cada vez es menor la edad de inicio de las relaciones sexuales, y se tiene varias parejas sexuales, sobre todo cuando hablamos de jóvenes en exclusión social.

**2. Mujeres:** aunque en nuestro país las mujeres sólo representaron el 15,5% de los nuevos diagnósticos de VIH en el año 2012, su mayor vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS hace necesaria la intervención preventiva sobre los factores que la determinan. Algunos comportamientos de riesgo, como la aceptación de relaciones sexuales no protegidas, especialmente dentro de algunos grupos más desfavorecidos por motivos socioeconómicos y/o culturales. Hay que tener en cuenta que entre las mujeres son más frecuentes las situaciones de violencia de género, incluyendo las agresiones sexuales.

En las mujeres el diagnóstico y el abordaje de las ITS suele ser más tardío porque con frecuencia estas infecciones son asintomáticas, con el consiguiente riesgo de transmisión. También se conoce que los hombres con una ITS advierten cuatro veces menos que las mujeres a su pareja sexual habitual, para que pueda tomar las medidas preventivas oportunas. Además los hombres continúan manteniendo relaciones sexuales, a pesar de la infección, al contrario de lo que hacen las mujeres. De ahí que para conseguir que las medidas preventivas sean eficaces deba realizarse un abordaje de género, que refuerce la autonomía de las mujeres y contribuya a cambiar los comportamientos de los dos sexos. Para evitar la transmisión vertical del VIH resulta imprescindible que tanto las mujeres embarazadas, como aquellas que planifiquen un embarazo, conozcan su estado serológico con respecto al VIH.

En el caso de las mujeres gitanas, las normas culturales o sociales suelen restringir el acceso de las mujeres a información básica sobre la salud sexual y reproductiva. Aun cuando las mujeres tienen acceso a la información y a los artículos básicos (por ejemplo, preservativos), las normas de género que dictan un papel desigual y más pasivo para las mujeres en la toma de decisiones socavan la autonomía de éstas, exponen a muchas a la coacción sexual y les impide insistir en la abstinencia o en que sus parejas masculinas usen preservativos.

Trabajamos con mujeres gitanas concretamente con mujeres de la barriada de las moreras. Estas mujeres comienzan a tener relaciones sexuales (casarse) a una edad muy temprana y sin ningún tipo de información.

**3. HSH.** Según datos del SINIVIH del año 2012, la transmisión del VIH en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres fue la más frecuente, alcanzando un porcentaje del 51%. Por ello resulta prioritario resaltar el riesgo de sus prácticas sexuales y fomentar el uso del preservativo, entre otras intervenciones preventivas. Es conveniente realizar un trabajo que incorpore actividades de asesoramiento, sexo seguro, promocionar la detección precoz, y fomentar estrategias de reducción de daños.

Consideramos de gran importancia la toma de decisiones de los HSH entorno al cuidado de su salud sexual y en su capacidad de influir en su entorno, es destacable como incide la homofobia en las



conductas de riesgo y la diversidad existente dentro de este colectivo: jóvenes, mayores, inmigrantes, parejas serodiscordantes, los que se identifican o no como gays o bisexuales y los diferentes contextos en que se relacionan, locales, Internet, lugares de encuentro ( cruising) etc.

Muchas de nuestras actividades van dirigidas a este colectivo por considerar de máxima prioridad.

Generalizando podemos destacar como características de este grupo: varias parejas sexuales, baja percepción del riesgo, resistencia al uso del preservativo, utilización de drogas para prácticas sexuales, utilización de redes de contacto y zonas de contacto para encuentros sexuales, retraso diagnóstico. Dentro de este grupo todavía nos encontramos con muchas personas que tienen problemas con su orientación sexual.

#### **4. Personas en exclusión social**

Nos dirigimos a personas en exclusión social concretamente situadas en la barriada de las moreras, pero también en otros barrios de nuestra ciudad. Durante años la infección del VIH ha estado relacionada con el uso de drogas por vía parenteral, IEMAKAIE lleva años trabajando con estas personas. La mayoría de estas personas son de etnia gitana, y fueron usuarias de drogas. Han vivido del menudeo de venta de drogas, y han tenido continuas entradas en el centro penitenciario. Como rasgos comunes tiene: falta de recursos económicos y personales, poca adhesión al tratamiento, sin información veraz, muchos prejuicios y desinformación, prácticas de riesgo.

#### **5. Personas que conviven con el VIH/SIDA (PVIH):**

Existe una dimensión social asociada a valores, prejuicios, imágenes, que han provocado que las personas con VIH hayan tenido que hacer frente a un desafío añadido: el estigma y la discriminación. Esto representa un importante obstáculo en las diferentes facetas de la lucha contra la infección (prevención, asistencia o tratamiento). En los últimos años los avances a nivel médico han sido muy importantes sin embargo asistimos a un aumento de actitudes que vulneran los derechos de las personas con VIH, y que se manifiesta en diferentes ámbitos: social, sanitario, laboral, privado, etc. Dando lugar a acciones, tratos y políticas discriminatorias hacia estas personas y su entorno familiar. Estas situaciones de vulnerabilidad dificultan la inserción social y laboral de la personas con VIH. Estos factores pueden incluir: la falta de los conocimientos para protegerse a sí mismo y a los demás ( dándose casos de nuevas infecciones, reinfecciones, riesgo de transmisión vertical), los factores relativos a la cobertura de los servicios sanitarios, y los factores sociales como violaciones a los derechos humanos o normas sociales y culturales.

Estas normas pueden incluir prácticas y leyes que estigmatizan y restan poder a ciertas poblaciones limitando su capacidad para acceder o usar los servicios de prevención, tratamiento, atención, apoyo y dificulta también la integración laboral de este colectivo. Para participar en un cupo de selección de personas con discapacidad, es necesario adjuntar el informe completo , donde se especifica la infección , produciéndose rechazo en algunas ocasiones por parte del empresario o miedo en la personas solicitante, y por supuesto un atentado a la intimidad, ya que la infección no limita ni incapacita por si sola. Aunque el curso de la infección ha variado en los últimos años, produciéndose infecciones en personas más jóvenes (sexualmente activas), desde nuestra entidad atendemos a nuevos casos pero también a personas que llevan años con la infección, la mayoría de ellas, población gitana, ex reclusa y personas que han tenido problemas de adicciones. A su problemática general se le añade, la infección y la gestión de esta, no tiene adhesión la tratamiento por lo que presenta resistencias a ciertos fármacos, su salud se ve deteriorada, y en la mayoría de los casos son personas con co-infección de hepatitis, hablamos de personas mayores de 45 años, con escasa cualificación académica, con poca o ninguna experiencia laboral y que en muchos casos sus únicos ingresos era la pensión no contributiva por discapacidad debido a la infección. La mejora de los tratamientos y el cambio en la valoración ha hecho que muchas personas reduzcan el grado de reconcomiendo de su discapacidad menos del 65 % por ciento, por lo que también se





han quedado sin ser perceptores de pensión no contributiva, siendo esta la única fuente de ingresos que tenían.

La labor que se viene desarrollando con este colectivo concreto se centra en labores de apoyo y acompañamiento para procurar una buena adhesión al tratamiento, visitas a personas ingresadas en la sexta planta del Hospital Provincial (apoyo emocional), acompañamiento a consultas externas, analíticas, pruebas médicas, recogida de medicación. Información hábitos de vida saludable, prevención primaria y prevención secundaria (parejas serodiscordantes). Reducción de riesgos y daños. Información y asesoramiento integral.

El programa se dirige a toda la población para garantizar el acceso a información completa sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) y a la prueba rápida de diagnóstico de VIH en saliva o digitopunción. Se presta atención especial a colectivos diana, especialmente HSH y a PVVIH.

### **2.3. Localización**

El programa se desarrolla en la ciudad de Córdoba. En la sede de IEMAKAIE se atienden diariamente consultas relacionadas con VIH y otras ITS. Además se ofrece la posibilidad de realizar pruebas rápidas de VIH, a las que se accede mediante cita previa. Se realizan campañas informativas en diferentes centros educativos. Se realizan acompañamiento y siguiente a PVVIH.

### **2.4. Objetivos**

#### **1. Objetivo general**

Prevenir la transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual, proporcionando información y educación sexual, haciendo hincapié en colectivos más vulnerables.

#### **2. Objetivos específicos**

1. Mejorar los conocimientos sobre la infección por VIH e Infecciones de Transmisión Sexual, dando información adecuada.
2. Reforzar la prevención en los grupos de población especialmente vulnerables, incorporando el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (Tics): App de telefonía móvil, redes de contactos, etc..
3. Reducir el retraso diagnóstico del VIH y otras ITS.
4. Facilitar que las personas infectadas por VIH reciban atención sanitaria y accedan a los tratamientos.
5. Promover el desarrollo de habilidades y recursos personales para poder realizar sexo seguro.
6. Facilitar la disminución del estigma y la discriminación social aparejada al VIH.
7. Fomentar actitudes de convivencia normalizada hacia las personas seropositivas.
8. Incorporar el enfoque de género en la prevención y el diagnóstico precoz del VIH.

### **2.5. Descripción del proyecto**



La prevención no solo son medidas destinadas a prevenir la aparición de la infección, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también va dirigida a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez que ya ha aparecido.

La OMS define 3 niveles: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. Estas suponen técnicas y objetivos diferentes. Nuestro proyecto contempla los tres niveles:

**1. Prevención primaria:** el objetivo es evitar que se produzcan nuevas infecciones. Nos dirigimos a la población en general pero hacemos hincapié en grupos diana, o con mayor riesgo.

Se realizan actividades para lograr que llegue la información y las personas estén asesoradas. Esto se hace por varias vías.

- Campañas- Jornadas. Se realizarán jornadas en IES, universidad y con menores tutelados (centros). Nos ponemos en contacto con el centro y dependiendo de la disposición se colocará una mesa informática, o se podrá dar primero una charla –Taller.

La información debe ser actualizada y estar adaptada al uso de las nuevas tecnologías. Creemos útiles intervenciones informativas sobre la relación entre entornos de ocio, el consumo de alcohol y otras drogas y que se asuman mayores riesgos sexuales.

Los centros de menores infractores (medidas privativas de libertad para menores) son un ámbito de actuación importante, al confluir en los mismos adolescentes en situación social de riesgo.

- Atención a consultas por diferentes vías: teléfono, WhatsApp, APP( aplicaciones móviles), correo electrónico. De esta forma hay muchas personas que se sienten libres y más seguras de realizar cualquier tipo de consulta, además de darles la facilidad de que se les responda casi de inmediato.
- Atención de consultas personales, mediante cita previa
- Actualización de contenidos en página web
- Presencia de la Entidad en redes social, APP , páginas de contactos, aplicaciones móviles para contactos. Desde hace más de una año la asociación realiza una labor como ciber educadores a través de estas aplicaciones. Normalmente son aplicaciones de móviles que se utilizan para tener contactos de hombres que tiene relaciones con otros hombres. A través de estas APP, recibimos diferentes consultas relacionadas con el VIH y las ITS.
- Realización y reparto de material actualizado (folletos informativos) sobre VIH e ITS.
- Reparto de material preventivo, preservativo y lubricantes.
- Visitas de manera periódica a lugares donde se encuentran personas en situación de prostitución.

**2. Prevención secundaria:** va encaminada a detectar la infección de marea precoz.

En este nivel nuestro objetivo es acercar la prueba rápida de detección de VIH a las personas más vulnerables, que han tenido prácticas de riesgo.

Se realizan pruebas rápidas de VIH, realizando un servicio de counselling pre y post prueba. Las pruebas se realizan de lunes a jueves en la sede de nuestra entidad previa cita previa. Nunca un viernes ni vísperas de un festivo.

Tenemos coordinación con el equipo de infecciosos del hospital, en caso de un resultado reactivo, se realiza un acompañamiento en las siguientes 24 horas.



3. **Prevención terciaria:** va dirigidas a la atención de personas que ya tiene la infección, en este caso nos referimos a personas seropositivas. Trabajamos la adhesión al tratamiento. Realizamos acompañamiento y apoyo emocional, hasta ahora de manera individual. Desde la entidad se está trabajando para formar un grupo de apoyo para chicos jóvenes seropositivos. Las actividades que se van a desarrollar son las siguientes, en torno a los tres niveles de prevención que se han explicado anteriormente (primaria, secundaria y terciaria):

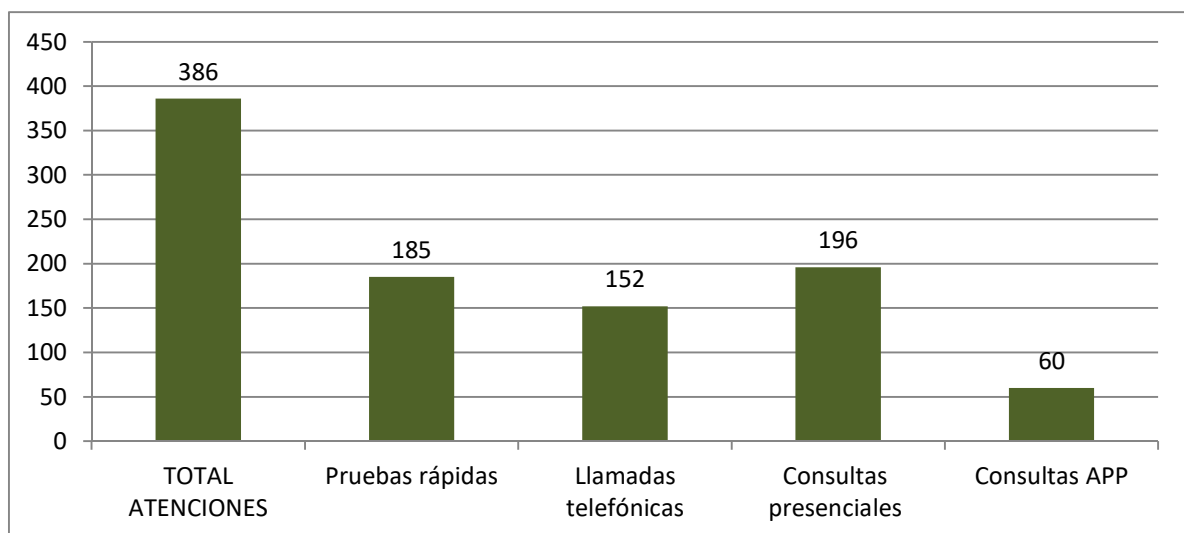
A continuación se expone una tabla donde se indican las actividades, englobándolas cada una en uno de los objetivos específicos que se pretenden alcanzar. También se exponen los indicadores y las fuentes de verificación que se utilizan para evaluar estas actividades.

## 2.6. Actividades y evaluación

Se atendieron un total de 386 personas. A estas personas se les realizaron diferentes atenciones, desde pruebas rápidas de detección de VIH, a responder a consultas sobre ITS o prácticas de riesgo. Se realizaron labores como cibereducadores.

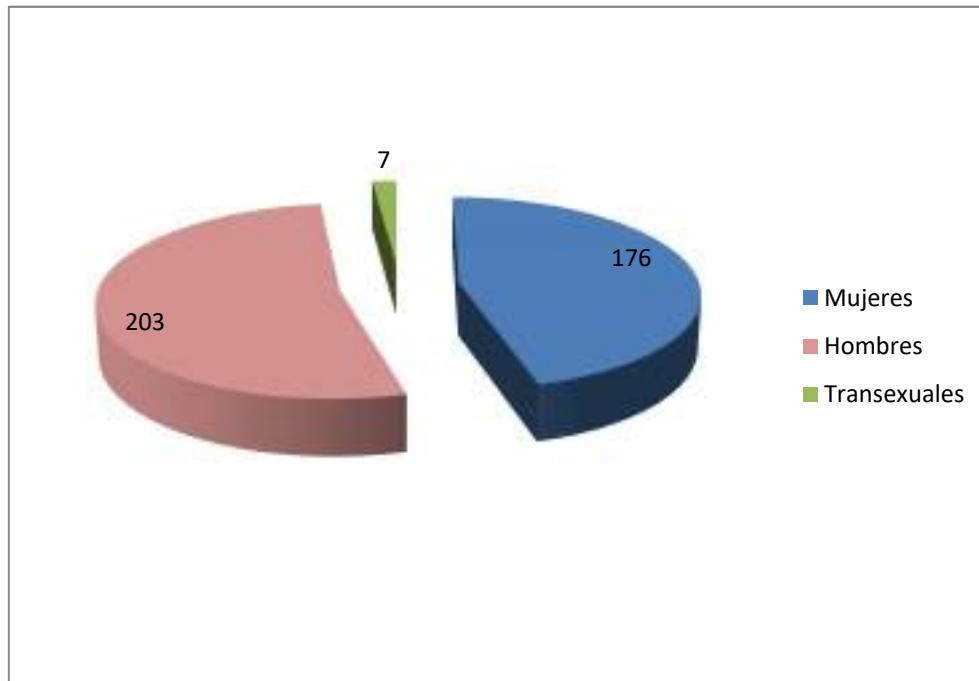
- Total de personas atendidas: 386
- Total de pruebas rápidas realizadas: 185
- Personas atendidas en couselig: 196
- Reparto de 3000 preservativos
- Reparto de 1.100 folletos informativos
- Realización 12 jornadas – campañas.

**Figura 1. Personas atendidas en el programa de prevención de ITS.  
Año 2016**



Fuente: Memoria año 2016.

Figura 2. Género de las personas atendidas. Año 2016.



Fuente: Memoria año 2016.



Objetivos	Actividades	Indicadores	Resultado previsto	Resultado obtenido
Obj.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preparación, actualización de material informativo.</li> <li>▪ Elaboración y difusión de contenidos informativos en la página web de IEMAKAIE.</li> <li>▪ Organización de jornadas –talleres informativos.</li> <li>▪ Reparto de material profiláctico.</li> <li>▪ Reparto de folletos informativos.</li> <li>▪ Atención de consultas por diferentes medios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número y tipo de actualizaciones realizadas en los folletos informativos.</li> <li>▪ Número de folletos repartidos.</li> <li>▪ Número y tipo de recursos editados en nuestra página Web.</li> <li>▪ Número y tipo de jornadas organizadas.</li> <li>▪ Número de preservativos masculinos repartidos.</li> <li>▪ Número de unidades de lubricante repartidos.</li> <li>▪ Número de consultas atendidas por teléfono</li> <li>▪ Número de consultas atendidas por WhatsApp</li> <li>▪ Número de consultas atendidas por e-mail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que todos los folletos repartidos cuenten con información actualizada.</li> <li>▪ Repartir 200 folletos.</li> <li>▪ Que el contenido de la página web esté actualizado.</li> <li>▪ Organización de 5 jornadas( charlas – taller) durante este periodo</li> <li>▪ Repartir 500 preservativos masculinos.</li> <li>▪ Repartir 500 lubricantes.</li> <li>▪ Atención a consultas por diferentes medios</li> </ul>	<p>Todos los folletos repartidos cuentan con información actualizada.</p> <p>Se han repartido 1.100 folletos</p> <p>Se ha actualizado de manera periódica el contenido de la página web esté actualizado.</p> <p>Organización de 12 jornadas( charlas – taller) durante este periodo</p> <p>Se han repartido 3.500 preservativos masculinos.</p> <p>Se han repartido 500 lubricantes.</p> <p>Se han atendido un total de 152 llamadas o consultas por wassp. Se atendieron un total de 386 personas</p>



<p>Obj.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presencia en redes de contactos y aplicaciones de contactos de geocalización para móviles dirigidas a HSH</li> <li>▪ Elaboración de un perfil en la APP, y campañas de promoción de manera periódica</li> <li>▪ Presencia en internet con información actualizada dirigida a población joven</li> <li>▪ Utilización de APP, y WhatsApp para la realización de consultas</li> <li>▪ Presencia en foros de contactos de HSH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de APP móviles en los que tenemos presencia</li> <li>▪ Número de consultas recibidas a través de APP</li> <li>▪ Número de consultas recibidas a través de WhatsApp</li> <li>▪ Número de consultas recibidas a través de la web o vía e-mail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tener presencia en todas la APP de contactos</li> <li>▪ Participar realizando atenciones en foros de contactos( labor ciber educadores)</li> <li>▪ Recibir 75 consultas vía WhatsApp</li> <li>▪ Recibir 75 consultas vía e-mail o web</li> <li>▪ Recibir 100 consultas vía APP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tenemos presencia en todas la APP de contactos</li> <li>Hemos participado realizando atenciones en foros de contactos( labor ciber educadores)</li> <li>▪ Recibir 80 consultas vía WhatsApp</li> <li>▪ Recibir 10 consultas vía e-mail o web</li> <li>▪ Recibir 60 consultas vía APP</li> </ul>
--------------	---	--	--	--



<p>Obj.3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mejorar la formación de los profesionales encargados del programa, particularmente en materia de <i>counselling</i>.</li> <li>▪ Realización de acciones de identificación de prácticas de riesgo a través del <i>counselling</i>.</li> <li>▪ Elaboración de guía sobre infecciones de transmisión sexual e información de la prueba.</li> <li>▪ Dar información acerca de la importancia de la realización de la prueba</li> <li>▪ Realizar acciones en torno a la semana europea de la prueba</li> <li>▪ Elaboración de un perfil en la APP, y campañas de promoción de la prueba de manera periódica</li> <li>▪ Realización de pruebas rápidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de cursos realizados</li> <li>▪ Número y tipo de acciones de identificación de prácticas de riesgo realizadas.</li> <li>▪ Número de guías repartidas.</li> <li>▪ Número de consultas realizadas en torno a la prueba</li> <li>▪ Número de pruebas realizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que cada técnico participe en un mínimo de 2 cursos, talleres o jornadas de formación y que al menos uno suponga formación en <i>counselling</i>.</li> <li>▪ Desarrollar acciones de <i>counselling</i> para la identificación de prácticas de riesgo con todos los usuarios que se realicen la prueba de VIH.</li> <li>▪ Reparto de 250 guías.</li> <li>▪ Realización de 100 consultas en torno a la prueba.</li> <li>▪ Realización de 100 pruebas de detección del VIH.</li> </ul>	<p>Cada técnico participe en 2 cursos, talleres o jornadas de formación y que al menos uno suponga formación en <i>counselling</i>.</p> <p>Desarrollado 196 acciones de <i>counselling</i></p> <p>Reparto de 1.100 guías.</p> <p>Realización de 135 consultas en torno a la prueba.</p> <p>Realización de 185 pruebas de detección del VIH. 2 resultados reactivos.</p>
---------------	--	--	---	---



Obj.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acompañamiento a los servicios de salud en caso de resultado positivo en la prueba de VIH.</li> <li>▪ Acompañamiento a personas indocumentadas para garantizar su acceso al tratamiento del VIH u otras ITS.</li> <li>▪ Información, identificación y acompañamiento al servicio público de salud de personas candidatas a la PrEP.</li> <li>▪ Desarrollo de talleres o actividades para mejorar la adhesión al tratamiento de personas infectadas por VIH.</li> <li>▪ Coordinación con servicios de salud pública para mejorar el acceso de nuestros usuarios a los recursos públicos sanitarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de personas acompañadas al servicio público de salud para confirmación del resultado de la prueba.</li> <li>▪ Número de personas indocumentadas acompañadas.</li> <li>▪ Número de personas propuestas para recibir la PrEP.</li> <li>▪ Número de personas atendidas en los talleres o actividades de mejora de adhesión a los tratamientos.</li> <li>▪ Número de reuniones y entrevistas de coordinación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acompañar a 3 personas usuarias.</li> <li>▪ Acompañar a 5 personas usuarias.</li> <li>▪ Acompañar al 100% de los usuarios que lo requieran.</li> <li>▪ Proponer usuarios para recibir PrEP cuando se estime necesario</li> <li>▪ Trabajar con 10 personas su mejor adhesión al tratamiento del VIH</li> <li>▪ Asistir a 10 reuniones o entrevistas de coordinación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acompañar a 2 personas usuarias.</li> <li>▪ Acompañar a 3 personas usuarias.</li> <li>▪ Acompañar al 100% de los usuarios que lo requieran.</li> <li>▪ Se ha ppropuesto e informado usuarios para recibir PrEP cuando se estime necesario</li> <li>▪ Se ha trabajado con 9 personas su mejor adhesión al tratamiento del VIH</li> <li>▪ Asistencia a 5 reuniones o entrevistas de coordinación</li> </ul>
-------	--	--	--	--



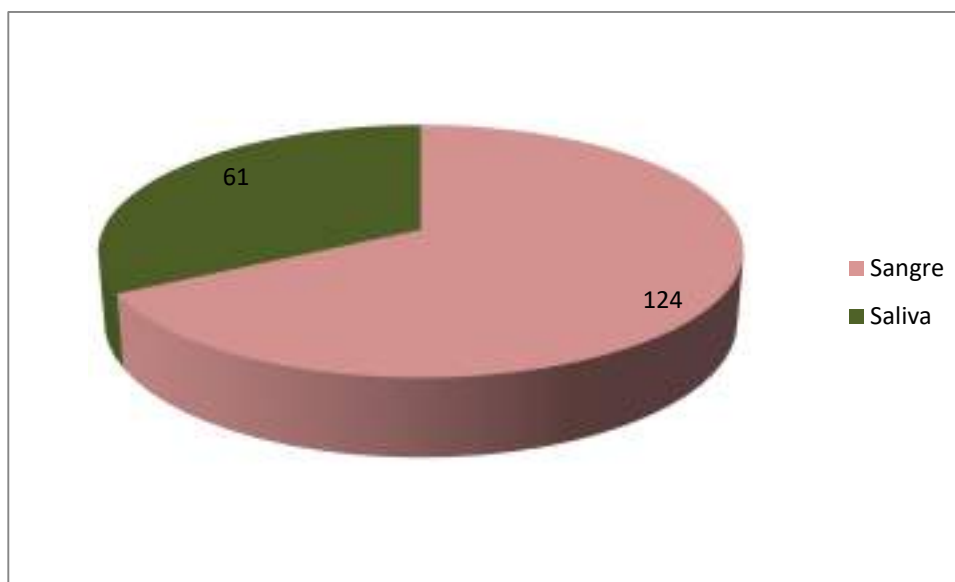
Obj.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboración de guías sobre sexo seguro.</li> <li>▪ Atención de consultas por varios medios</li> <li>▪ Realización charlas-talleres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número y tipo de actualizaciones realizadas en los folletos informativos.</li> <li>▪ Número de folletos repartidos.</li> <li>▪ Número y tipo de recursos editados en nuestra página Web.</li> <li>▪ . Número charlas -taller</li> <li>▪ Número de consultas realizadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Que todos los folletos repartidos cuenten con información actualizada.</li> <li>▪ Repartir 200 folletos.</li> <li>▪ Que el contenido de la página web esté actualizado.</li> <li>▪ Organización de 5 jornadas durante este periodo</li> <li>▪ Repartir 2.000 preservativos masculinos.</li> </ul>	<p>Todos los folletos repartidos cuentan con información actualizada. Se ha realiado material sobre ITS que esta actualizado y colgado en nuestra web. 500 especificos en HSH. 250 de ITS. 350 pruebas rápidas de VIH.</p>
Obj.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incorporación de contenidos sobre estigma y discriminación social de las personas con VIH en todas las actividades realizadas.</li> <li>▪ Informar a nuestros usuarios sobre sus derechos y realización de actuaciones legales para afrontar situaciones de violación de derechos humanos por causa del</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reparto de material sobre derechos de personas con VIH/SIDA.</li> <li>▪ Número de consultas sobre derechos humanos atendidas.</li> <li>▪ Número de derivaciones realizadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Repartir 20 folletos informativos.</li> <li>▪ Informar al 100% de los usuarios.</li> <li>▪ Derivar al 100% de los usuarios que lo requieran.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Repartir 60 folletos informativos.</li> <li>▪ Informar al 100% de los usuarios.</li> <li>▪ Derivado al 100% de los usuarios que lo requieran.</li> </ul>
Obj.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incorporación de contenidos sobre estigma y discriminación social de las personas con VIH en todas las actividades realizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N° de artículos relacionados colgados en página web</li> <li>▪ N° actuaciones ( charlas) encaminadas a erradicar este estigma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todo nuestro programa y acciones estén realizados con esta respectiva, para que se trabaje de manera transversal</li> <li>▪ Realizar al menos una acción concreta</li> <li>▪ Tener actualizados contenidos sobre este tema en nuestra página web</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todo nuestro programa y acciones se han realizado con esta respectiva, para que se trabaje de manera transversal</li> </ul>



Obj.8	<ul style="list-style-type: none"><li>Realización de todas las actividades de prevención de ITS desde la perspectiva de género</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Número de actividades realizadas incorporando la perspectiva de género.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Que todas las actividades que se realicen incorporen la perspectiva de género.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>todas las actividades han incorporado la perspectiva de género.</li></ul>
-------	--	---	--	---

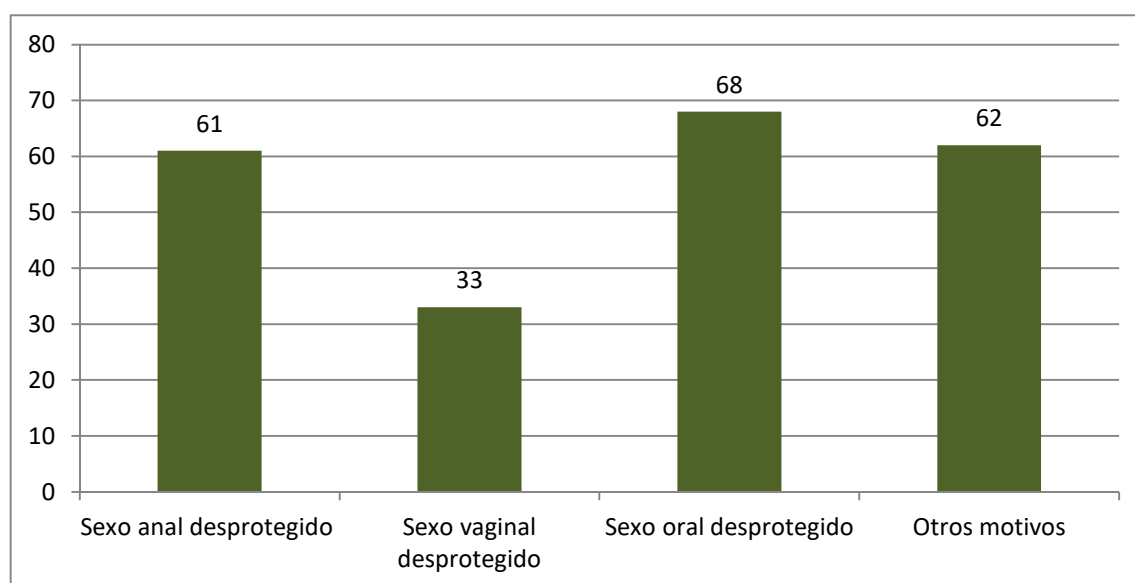
Se realizaron un total de 185 pruebas rápidas. A continuación se muestran gráficos con datos sobre las personas atendidas en este servicio.

**Figura 3. Tipo de pruebas realizadas. Dígito punción (sangre) o saliva.**



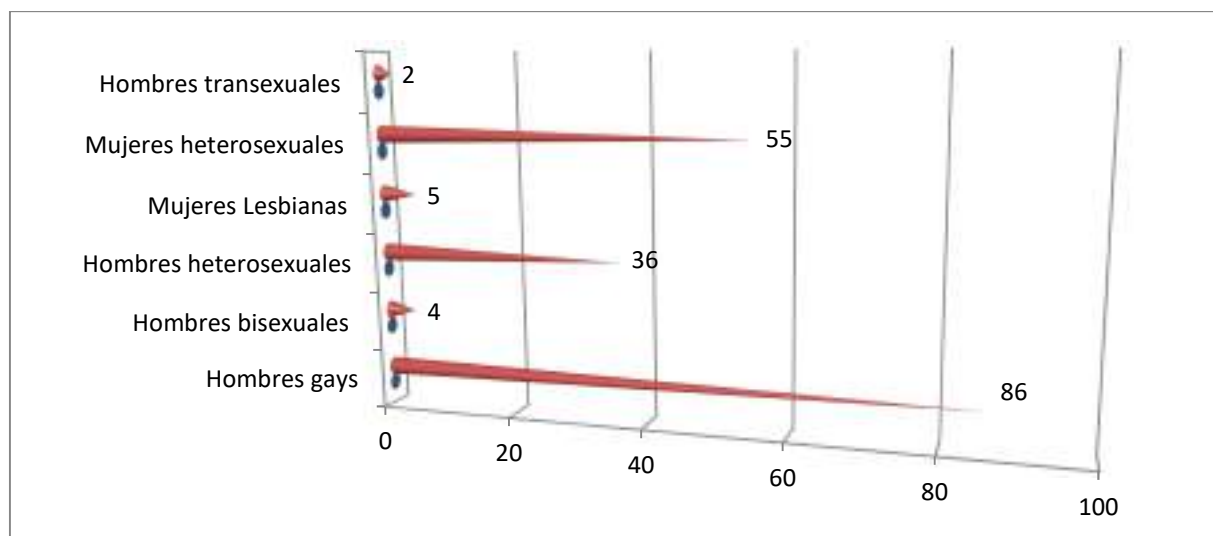
Fuente: Memoria año 2016.

**Figura 4. Prácticas de riesgo que manifestaron las personas que se realizaron la prueba. Año 2016.**



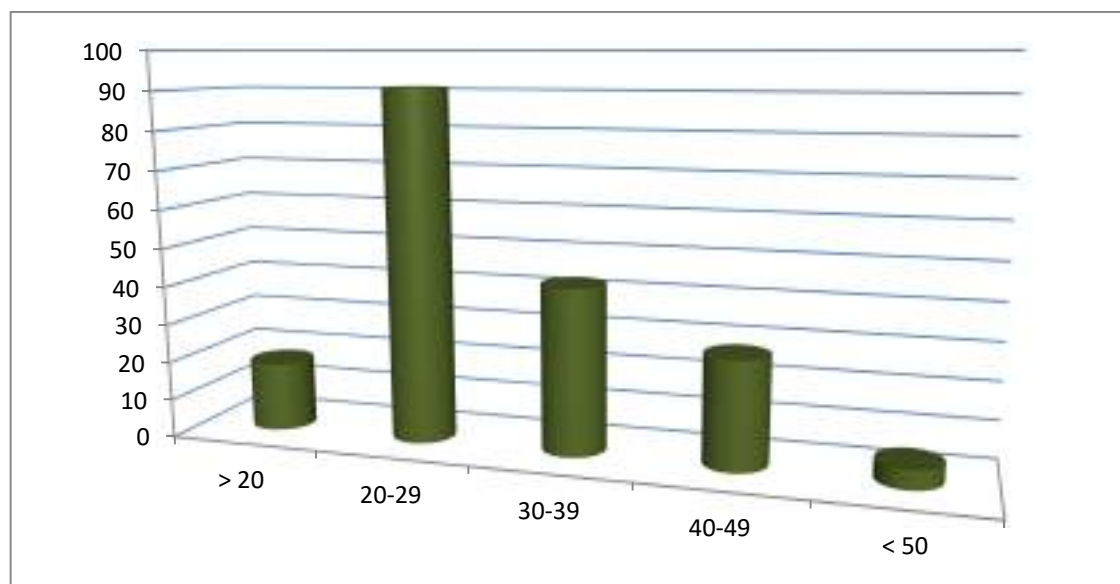
Fuente: Memoria año 2016.

**Figura 5. Orientación sexual de las personas que se realizan la prueba rápida. Año 2016**



Fuente: Memoria año 2016.

**Figura 6. Edad de las personas que se realizan la prueba. Año 2016.**



Fuente: Memoria año 2016.



Stand en Jornadas de puertas abiertas. Centro de salud Polígono Guadalquivir



Acto día 30 de noviembre. Dinamización con chicos/as.







Intervención en radio, jornadas abiertas en la barriada de Palmeras, Córdoba

## 3. Programa de atención a personas en situación de prostitución

### 3.1. Justificación

La trata de personas con fines de explotación es la nueva versión de la esclavitud del siglo XXI, como ha calificado la ONU y constituye una grave violación de los derechos humanos. La trata y el tráfico de personas con fines de explotación sexual es la máxima expresión de vulneración de los Derechos Humanos por razones de género. Las consecuencias del ejercicio de la prostitución para la salud mental, constatadas por los profesionales que las atienden, son las mismas que sufren las personas sometidas a torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes. Según datos de Naciones Unidas, cada año, entre 700.000 y 4 millones de mujeres, niños y niñas son víctimas de la trata internacional de seres humanos con fines de explotación sexual, laboral y otras formas de explotación.

Además, se ha convertido en el tercer negocio clandestino más lucrativo del mundo (mueve 31.000 millones de dólares al año), tras el tráfico de drogas y el de armas.

De igual modo las personas prostituidas son personas con una mayor vulnerabilidad y riesgo de contraer y transmitir el VIH/SIDA, debido en general, a la dificultad para imponer el uso del preservativo, a las agresiones y violaciones, así como a las amenazas que sufren de manera continua.

El sexo es uno de los negocios más lucrativos, con un amplio mercado que incluye clubs, pisos, bares, discotecas de contactos, líneas eróticas, anuncios en prensa, televisión, turismo sexual, líneas eróticas, etc. Sin embargo, no todas las personas que participan en esta industria gozan de las mismas garantías ni derechos. Se da gran diversidad de situaciones dependiendo del lugar de "trabajo", ya se trate de espacios abiertos: plazas, carreteras, polígonos, como de espacios cerrados: pisos, clubs...

Donde con más crudeza se aprecia la brutalidad de la prostitución es en su práctica callejera, que coloca a sus protagonistas en una situación de humillación y desamparo límite y que resulta denigrante, además de ser la más visible, con lo cual es la que más controversia social provoca.

Aunque en todos los países de nuestro entorno hay personas nativas ejerciendo esta actividad, la mayoría, hasta en porcentajes superiores al 85%, son inmigrantes procedentes de Europa del Este, Latinoamérica, países africanos y sudeste asiático, controlados por mafias de proxenetas.

En España, el colectivo de personas prostituidas ha aumentado en estos últimos años, debido a la actual crisis, ha empeorado la situación de muchas de estas personas que estaban al borde de la exclusión y han visto este medio como la única manera para subsistir.

A pesar de ello comprobamos un cambio en el perfil de quienes ejerce la prostitución en la ciudad de Córdoba, observando un aumento de personas nacionales o nacionalizadas, una disminución en su edad y el aumento del consumo de drogas recreativas (cannabis y marihuana, durante esperas entre clientes). El consumo de cocaína va a depender del lugar donde ejerzan las mujeres, pudiendo ser algo habitual si los clientes lo consumen. En este caso es un consumo por motivos laborales, no recreativos. Sin embargo en el colectivo de hombres que ejercen la prostitución es mucho mayor el porcentaje de hombres



extranjeros, muchos de ellos en situación irregular.

La crisis económica de los últimos años en España ha tenido un gran impacto en la sociedad en general y, particularmente, ha transformado de manera notable el ámbito de la prostitución femenina y masculina.

Desde el comienzo de la misma se ha triplicado la presencia de hombres y mujeres autóctonos que la ejerce, así como su vulnerabilidad ante situaciones, en ocasiones, muy duras y conflictivas. La prostitución masculina es un grupo invisible ante los medios de comunicación, que se centran exclusivamente en la prostitución femenina.

La prostitución masculina, presente desde la antigua Grecia hasta nuestros días, ha sobrevivido y continúa haciéndolo a diversos regímenes sociopolíticos, especialmente en sociedades donde el sexo entre hombres está perseguido y condenado, incluso con pena capital.

Esto ha sido posible gracias a la invisibilidad y discreción, algo que contrasta con la prostitución femenina, donde las mujeres que ejercen esta actividad "deben" ser diferenciadas. Todos tenemos más o menos clara como es la imagen, a menudo, estereotipada de cómo es una Trabajadora del Sexo. Puedes situarla en un espacio de calle, en un club o tal vez realizando un servicio a domicilio, sin embargo no la imagen de un hombre.

Nuestra sociedad patriarcal tiene como herramienta diferenciar entre las mujeres "correctas" y aquellas que mantiene conductas desviadas, como es considerada la prostitución. No de la misma manera a los hombres, ante esta situación la realidad que nos encontramos es que los hombres en situación de prostitución son completamente invisibles, encontrándose en situaciones de gran vulnerabilidad tanto a nivel de salud como socialmente. Este tipo de prostitución es mucho más clandestina.

La prostitución en España es alegal, esto significa que no se considera un delito pero que tampoco está regulada, esto se refleja en la ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, por la que se aprueba el código penal. En España no se penaliza el ejercicio de la prostitución por parte del que la ejerce, pero si la explotación, la inducción y el ejercicio de la prostitución, sobre todo si se producen en menores de edad o personas incapacitadas. Centrándonos en nuestra provincia, en general los municipios de Córdoba carecen de ordenanza específica sobre prostitución. Este tipo de regularización nos puede gustar más o menos, pero es evidente que su existencia produce al menos el reconocimiento y visibilización del problema, sí bien es cierto que las regulaciones propuestas suponen su ilegalización al menos en su vertiente callejera, lo que lejos de evitarla, se limita a expulsarla a zonas más alejadas de los núcleos urbanos, aumentando la precarización si cabe, de esta situación.

Dependiendo de la visibilidad e "incomodidad" que se cree para los vecinos de la zona y la importancia que quieran concederle los políticos, así será el grado de actuación. Todo el mundo sabe que existen, pero casi nadie conoce su verdadera situación, ni quieren saberlo, salvo cuando en momentos concretos salta a las páginas de los periódicos locales.

En Córdoba encontramos una gran oferta de prostitución, tanto en los diversos clubes, como en pisos o chalet, en las calles, a través de páginas web de contactos, anuncios en periódicos, en las televisiones locales... además la oferta es de lo más variada, tanto en servicios como precios.

A raíz de cambios urbanísticos acometidos en nuestra ciudad, la prostitución ha dejado de ser visible (nos referimos a la femenina) concentrándose solo en torno a la calle Cabezas o Rey Heredia, y por la noche a polígonos industriales siendo menos visibles para la ciudadanía en general. Ahora bien con las nuevas tecnologías se ha abierto una nueva ventana a este mundo (prostitución femenina y masculina),

es muy sencillo a través de internet, aplicaciones móviles, grupos de Whatsapp, foros, realizar contactos con mujeres y hombres.

Como hemos mencionado antes la prostitución masculina es mucho más clandestina, escondida y no alardeada por consumidores (hombres). La incursión de las nuevas tecnologías ha tenido un gran impacto en la prostitución masculina. Más de 4.000 hombres registrados en telechapero.com, la principal página de escorts masculinos en nuestro país.

Sin embargo existen muchos hombres consumidores de prostitución femenina que no tiene ningún problema en airearlo, símbolo este de su masculinidad, de ahí que podemos ver participar en foros donde es comentado por “clientes sexuales” como son las mujeres, que precios tiene y que servicios realizan. En estos lugares se comenta como ha sido la “experiencia”, se da puntuación al servicio y se recomienda o no ir o visitar a ciertas mujeres. Internet y este tipo de foros ha convertido a las mujeres, más si cabe, en un escaparate desde donde pueden ser contempladas, observadas y juzgadas, quedando aún más expuestas a insultos, vejaciones, agresiones y a mercancía pura y dura. Además no existe ningún tipo de control sobre estos foros, y son de facilísimo acceso. De las mujeres se da todo tipo de detalle como son, que hacen, donde están, los participantes del foro y de este tipo de páginas lo hacen desde el anonimato más absoluto.

También observamos la proliferación de pisos donde se practica la prostitución masculina y femenina de manera clandestina. De esta forma parecen tener una mayor intimidad o protección. Los pisos se mantienen abiertos hasta que la presión vecinal se hace insostenible, momento en que los cierran y abren en otro lugar. La mayoría de las personas siguen siendo inmigrantes, pero observamos un aumento de las españolas, en mujeres incluso cordobesas, que también ejercen en estos lugares. En estos casos suelen ser chicas muy jóvenes, sin estudios y sin cargas familiares. Pensamos que la mayoría de estas tienen deudas, seguramente por el consumo de drogas y acaban pagándolas de esta manera.

Son varias las asociaciones que trabajamos con estos colectivos en Córdoba, como Cruz Roja, Mujeres en Zona de conflicto, la asociación Hiedra... a pesar de lo cual son muchas las mujeres desatendidas, y un gran vacío en la intervención con hombres en situación de prostitución pues los recursos son muy limitados para el volumen de personas que requieren nuestra atención.

Debido a la gran vulnerabilidad de este colectivo vemos necesario la intervención y acercamiento a estas personas, intentando mejorar sus condiciones sociales y sanitarias, ofreciéndoles información, acompañamiento, realizando tareas de prevención de VIH y fomentando el diagnóstico precoz fundamentalmente en el colectivo de hombres que ejercen la prostitución por considerarlo el más vulnerable.

### **3.2. Destinatarios/as**

El proyecto se ha desarrollado en la ciudad de Córdoba. Se intervino en lugares donde se ejerce la prostitución: piso, casa, y clubs. Se tiene presencia en foros de contactos, APP de contactos, páginas de contactos. Se realiza una captación activa, localización e intervención en estos lugares.

Nuestro proyecto se dirige a mujeres y hombres en situación de prostitución o víctimas de trata con fines de explotación sexual.

#### **1. MUJERES EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN**

Nuestras destinatarias son mujeres en situación de prostitución en la ciudad de Córdoba. Intervenimos directamente en pisos-casas de citas, o clubs, etc. Muchas de estas mujeres se anuncian en la sección de contactos de los periódicos locales, páginas Web, líneas eróticas y es, a través de estas vías, como

nos ponemos en contacto con ellas, ofreciéndoles nuestros servicios. Muchas mujeres se acercan a nosotras a través de otras ya que conocen nuestro trabajo a través del boca a boca.

Es difícil establecer un perfil genérico para todas ellas, pues son un grupo muy heterogéneo. En cualquier caso y a efectos meramente descriptivos, vamos a distinguir dos grupos en función de sus características:

- Mujeres de mediana edad en situación de prostitución “ por cuenta propia”.

Son mujeres nacionales, o extranjeras que llevan muchos años en el país. Casi todas tienen su documentación en regla. En sus inicios estuvieron sometidas a mafias o proxenetas, pero ya son mayores y no son rentables.

Actualmente tienen cargas familiares y necesitan seguir trabajando o simplemente no cuentan con otro medio de vida.

No tienen formación ni experiencia laboral demostrable. No han cotizado apenas.

En algunos casos han estado fuera del ámbito de la prostitución durante alguna temporada de su vida, bien porque se casaron con proxenetas o clientes, bien porque tuvieron otros trabajos poco cualificados.

Por distintos avatares se han visto obligadas a volver a la prostitución.

Ejercen en pisos, normalmente las mismas mujeres durante largos periodos de tiempo. Incluso viven en estos.

Tienen familias normalizadas que desconocen su actividad.

Sus jornadas laborales son flexibles, no suelen trabajar por las noches, ni hacer salidas.

Su situación económica es muy precaria y se encuentran totalmente atrapadas en la prostitución, pues no tiene nada cotizado.

- Mujeres en situación de prostitución sometidas a mafias.

Se ejerce sobre todo a través de dos modalidades.

1. La primera modalidad es ejercer en pisos o pequeños clubes, gestionados por una “madame” o encargada del piso. Esta suele llevar a cabo tareas domésticas y cuestiones relacionadas con los problemas que surgen entre las mujeres, además de contralorar el trabajo de las mujeres y el dinero que ingresan.

Las encargadas de los pisos suelen vivir con un nivel de ansiedad muy alto, lo que nos hace pensar que no son autónomas y que existe un entramado por encima de ellas, que ejerce mucha presión sobre las mujeres.

Además cuentan con una estructura que sería imposible que gestionaran ellas solas. Por ejemplo, las mujeres circulan entre distintos pisos o clubes, en provincias diferentes. Siempre van y vienen a los mismos, por lo que hay algún nexo de unión entre ellos.

Se distribuyen por plazas, que las mujeres ocupan por periodos de tiempo limitados, de modo que se garantice “producto nuevo” con frecuencia.

Para conocer cómo funciona el mundo de la prostitución, no hay que ignorar el sistema de plazas, el cual consiste en el “intercambio de mujeres entre diferentes locales en los que se realizan estancias de aproximadamente 21 días, que corresponden con los periodos de la menstruación” (Askavide, 2006, p.16).

Trabajan y viven en el mismo piso, por lo que en muchos casos no pueden salir de él sin permiso de la encargada. Los horarios de trabajo están establecidos de antemano, de manera que hay quienes tienen que estar disponibles 24 horas.

Pagan un fijo por la habitación que ocupan además de un porcentaje del trabajo que realizan, por lo que la encargada controla férreamente los servicios y el tiempo que están con los clientes.

Es la encargada quien pone los anuncios y controla los móviles de contactos. Es ella quien impone las normas de uso o no de preservativo en el lugar de trabajo. Normalmente da libertad

para que cada mujer decida si lo usa o no con los clientes en las penetraciones, pero las felaciones suele anunciarlas sin preservativo.

2. Otro sistema, algo más flexible, son los pisos en los que se alquilan habitaciones, ya sea para un uso puntual o por semanas. En estos casos las mujeres no están sometidas a un control tan estricto. Trabajan cuando quieren y su única obligación es pagar el alquiler de la habitación (precio abusivo), sin aportar porcentaje por cada servicio que realicen. Ponen sus propios anuncios y parece que no dan cuentas de los servicios que realizan, sin embargo alguien las explota, pues trabajan en diferentes pisos, siempre los mismos y suponemos que por tanto, dentro de la misma red de trata.

Las mujeres van ganando autonomía según son más mayores, pues suponemos que generan menos ingresos, de modo que a las mafias no les resultan interesantes.

Las características de las mujeres que trabajan en estas circunstancias son muy heterogéneas, pero podemos observar de manera generalizada las siguientes:

- Se trata de mujeres jóvenes o muy jóvenes. Con cargas familiares y sin apoyo. Sin estudios o con estudios muy básicos.
- Mayormente de nacionalidad extranjera, casi todas sin permiso de residencia, incluso sin tarjeta sanitaria o con la tarjeta caducada. Pero lo cierto es que durante los últimos años, hemos asistido a un incremento espectacular de mujeres de nacionalidad española, y de Córdoba.
- No suelen ejercer en la misma ciudad donde residen habitualmente, pasando temporadas relativamente cortas en Córdoba. En los casos en que sí son residentes no pernoctan en los pisos, sino que acuden por las mañanas o por las tardes y fingen trabajar como asistentes del hogar o cuidadoras de enfermos.
- Los controles médico-sanitarios son mínimos, pues en los casos en los que cuentan con tarjeta, como es el mismo profesional que atiende al resto de su familia, no se atreven a realizarlos. Otro problema que detectamos es que cuando proceden de otras comunidades autónomas, las trabas administrativas para recibir asistencia básica son enormes.
- Existe una enorme desinformación sobre ITS. Además hemos detectado un aumento exponencial de la oferta, por lo que los precios han caído y las prácticas de riesgo han aumentado como reclamo para unos clientes poco o nada concienciados con los riesgos derivados de no usar preservativos en todas las prácticas sexuales. Actualmente se ha extendido la idea entre los clientes (consumidores de prostitución), de que las felaciones sin preservativo no conllevan riesgo de contraer ITS lo cual no es cierto, dejando a las mujeres totalmente expuestas a la transmisión de infecciones.

En general, no se puede hablar de colectivo, sino de un abanico amplio de mujeres, que tienen como rasgo compartido que se encuentran en situación de prostitución o de explotación sexual, que han llegado a este mundo por diferentes circunstancias y que no tienen otra marea de conseguir ingresos máxime en estos momentos de crisis.

## 2. HOMBRES EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN.

La prostitución masculina tiene una demanda casi exclusivamente gay, es decir es consumida por otros hombres, se estima que alrededor del 98% es consumida por otros hombres. Sobre este tipo de prostitución apenas hay estudios descriptos, como hemos mencionado anteriormente es mucho menos

visible que la femenina, en España es casi imposible saber cuántas personas se dedican a ello, no ha sido imposible encontrar datos fehacientes.

Sin embargo sabemos que en la en la página Milanuncios.com, por ejemplo, se publica un nuevo anuncio de "chico de compañía" cada 15 minutos.

En nuestro trabajo con mujeres en situación de prostitución, nos hemos encontrado algún chico de manera puntual compartiendo piso de trabajo con ellas, a partir de aquí hemos tenido contacto con más chico que están en esta situación y hemos visto el vacío de intervención que existe con ellos.

Con este proyecto realizamos una intervención en pisos exclusivos de trabajo de chicos y mujeres transexuales. El perfil de las personas que nos hemos encontrado es:

- Hombre de entre 20 y 35 años
- Compagina con otros trabajos normalizados
- No es víctima de trata, como ocurre frecuentemente en la prostitución femenina.
- Formación académica por lo menos de estudios primarios pero incluso universitarios
- Consumo de drogas dentro de los servicios que prestan( consumo de drogas recreativas con clientes)
- Extranjeros: la mayoría Brasileños, colombianos y venezolanos.
- Tarifas varían en función del servicio, pero menos precariedad que en las mujeres.
- Realizan mayores prácticas de riesgo
- Menos casos de violencia por parte de clientes
- Un porcentaje considerable son personas seropositivas
- Viajan con frecuencia a diferentes ciudades

Uno de los mayores problemas en la prostitución masculina es la abundancia del VIH: "Cada vez hay más tasa. Según datos del Centro Sanitario Sandoval, que es referente en España, casi cerca de un 18% de los trabajadores del sexo dieron positivo a la prueba del VIH, frente a un 0,8% de las mujeres con la misma actividad."

Los factores de vulnerabilidad relacionados con las personas que ejercen la prostitución facilitan la transmisión del VIH y otras ITS y esto se ve elevado en el caso de los hombres al realizar prácticas que conllevan un riesgo mayor.

### **3.3. Objetivos**

#### **Descripción del objetivo general**

- Mejorar la calidad de vida de las personas en situación de prostitución, minimizando los riesgos para su salud y facilitándoles el acceso a los recursos sociales y sanitarios a su alcance.

### Descripción objetivo/s específico/s

- Realizar contactos con personas en situación de prostitución. Captar a las personas usuarias a través de visitas regulares a las zonas y lugares donde ejercen la prostitución, tanto en la calle como en pisos- casas.
- Facilitarles la realización de la prueba rápida de detección de VIH.
- Informar sobre vías de transmisión ITS (Infecciones de transmisión sexual) y estilos de vida saludables.
- Analizar el uso del preservativo y plantear acciones concretas en función de los resultados.
- Fomentar y facilitar revisiones médicas y ginecológicas periódicas.
- Dar respuesta a otras demandas de carácter social, laboral o educativo.
- Concienciar a la sociedad de la problemática de estas personas.
- Denunciar en los casos que sea preciso situaciones que atenten contra sus derechos humanos.

### 3.4. Descripción del proyecto

#### 1ª FASE

**Una primera fase de contacto**, donde se produce un encuentro personal, destacando la importancia de establecer una relación de empatía y el respeto. Solo de este modo podemos establecer vínculos con las mujeres, hombres y transexuales tratando de aumentar su confianza. Pretendemos ser respetuosas y prudentes. Se establece así una rutina de acercamiento mediante el ofrecimiento de material preventivo (preservativos, lubricantes), información básica de la entidad, información de infecciones de transmisión sexual y de las actividades que ofrecemos. Estas visitas se realizan aproximadamente cada 15 días y su duración depende del número de personas que haya en el lugar donde se desarrolla la actividad. En algunos lugares (casas/ pisos) hay mujeres y hombres que permanecen mucho tiempo, sin embargo en otros trabajan por medio de plazas y cambian constantemente de lugar. En este último caso en cada visita es un nuevo comienzo, tenemos que establecer de nuevo una rutina de acercamiento, dándonos a conocer y realizando una actividad informativa y de prevención.

Actividades destacadas en esta fase:

1. Realizar contacto con las personas prostituidas a través de varios medios.
2. Llamadas a los teléfonos de las secciones de contacto de los diarios locales y páginas Web.
3. Seguimiento de estos anuncios, estudio de la realidad de estas personas.
4. Anuncio con nuestras actividades y promoción de la prueba en páginas de contacto.
5. Presencia en APP (aplicaciones móviles de contactos de hombres que tienen sexo con otros hombres) donde se anuncian servicios de hombres.
6. Conocer en qué lugares se ejerce la prostitución en Córdoba y en qué condiciones, incluyendo los pisos destinados a ello que se encuentran más encubiertos.
7. Visitas para establecer vínculos.

8. Reparto de material preventivo.( preservativos y lubricantes)
9. Realización de guías de ITS específicas, unas dirigidas a hombres y otras mujeres
10. Información y asesoramiento personalizado.
11. Información para la prevención de ITS y hábitos de vida saludables.
12. Información para la reducción de riesgos.
13. Elaboración y distribución de material informativo.
14. Promoción de prueba rápida de VIH.

## **2ª FASE**

**Una segunda fase de atención y seguimiento personalizado.** Se realiza de manera individual. Procedemos a la recogida del historial social y el análisis de las demandas de cada persona. Esta es una actuación individual, procurando favorecer la privacidad de cada usuario/a. Desde este momento iniciamos un proceso de acompañamiento integral que englobada tanto temas de salud, como sociales, laborales, afectivos, familiares..., para favorecer la salud integral de estas personas.

Actividades destacadas en esta fase:

1. Realización un itinerario personalizado. Incluye la resolución y acompañamiento necesario para la tramitación del derecho a la asistencia sanitaria.
2. Estudio del uso de medidas de autoprotección frente a ITS. Trabajo personalizado en función da la capacidad para imponer el uso del preservativo en sus relaciones sexuales.
3. Realización de pruebas de detección de VIH. Sí el resultado fuera positivo, se activaría el protocolo de acompañamiento durante el proceso médico, en caso de que la persona así lo solicite. Si es necesario se trabajará con ellas /os para mejorar una adhesión al tratamiento óptima a largo plazo.
4. Acompañamientos (centro de salud, consultas médicas, realización de gestiones administrativas o judiciales...).
5. Gestión de citas y acompañamiento para la realización de analíticas generales y de detección de ITS en la unidad de infecciosos del Hospital Provincial de Córdoba.
6. Información y acompañamiento a controles ginecológicos, en el caso de las mujeres. Para ello contamos con apoyo de profesionales sanitarios de dos centros de salud de Córdoba, el Centro Lucano y del Centro de Salud del Polígono del Guadalquivir, quienes nos facilitan el acceso de estas mujeres
7. Asesoramiento general. Tramitación de todo tipo de ayudas como el Salario Social (ayuda Solidaridad), PNC Invalidez y prestaciones contributivas de Incapacidad, pensiones y prestaciones varias, ayudas económicas y solicitud de complementos, ayudas a través del Banco de Alimentos, etc.





8. Tramitación del empadronamiento en Córdoba.
9. Búsqueda de piso para vivienda. (Cuando se trata de personas inmigrantes tienen mucha dificultad en la búsqueda de vivienda).
10. Asesoramiento laboral: Elaboración del CV y preparación de entrevistas de trabajo, búsqueda de ofertas de empleo, asesoramiento formativo...
11. Contactos, colaboración y coordinación con el personal de los distintos recursos institucionales para alcanzar acuerdos, información y formación.
12. Realización de talleres en función de las necesidades e inquietudes detectadas

### **3ª FASE**

Una tercera fase, que sería la de derivación hacia otros recursos. Se orientaría a otros recursos de acogida, talleres, itinerarios laborales, etc... Con cada persona se realiza un itinerario individualizado, dependiendo de sus necesidades particulares. No se puede generalizar porque además es un colectivo muy heterogéneo y las situaciones de cada una son totalmente específicas. Las actividades se adaptan a cada situación personal.

### **4ª FASE**

Fase de evaluación. Esta se lleva a cabo de manera permanente y al final del mismo, con la elaboración de las conclusiones.



### 3.5. Actividades e indicadores de seguimiento

Objetivos específicos	Indicadores por objetivos	Resultado previsto	Resultado obtenido
Realizar contactos con personas en situación de prostitución.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nº de contactos realizados.</li> <li>2. Nº de web de contactos visitadas</li> <li>3. Nº de anuncios informativos publicados.</li> <li>4. Nº de APP de contactos en las que tenemos presencia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contactar con 250 mujeres y 60 hombres</li> <li>2. Visitar periódicamente 4 Web</li> <li>3. Publicación y mantenimiento de nuestros anuncios en cada Web visitada periódicamente.</li> <li>4. Resolver consultas a través de APP, Web</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se han realizado 101 contactos. Se han llevado a cabo 210 atenciones. Se han atendido 17 hombres, 78 mujeres, 6 transexuales.</li> <li>2. Se ha visitado periódicamente 4 Web</li> <li>3. Se han publicado de manera periódica anuncios en página web de contactos.</li> <li>4. Se han resuelto 23 consultas a través de APP, Web.</li> </ol>
Facilitar la realización de pruebas rápidas de detección de VIH.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nº de usuarios/as informadas.</li> <li>2. Nº de pruebas rápidas de detección de VIH.</li> <li>3. Nº de positivos detectados.</li> <li>4. Nº de derivaciones y acompañamientos al servicio de enfermedades infecciosas.</li> <li>5. Nº de cuestionarios realizados</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar el 100% de las usuarias/os de su existencia y disposición.</li> <li>2. Realizar 100 pruebas de detección del VIH.</li> <li>3. Obtención de 0 resultados reactivos.</li> <li>4. Realizar acompañamientos por pruebas reactivas.</li> <li>5. 70% de información recogida por cuestionarios</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar el 100% de las usuarias/os de su existencia y disposición.</li> <li>2. Se han realizado 21 pruebas de detección del VIH.</li> <li>3. Obtención de 0 resultados reactivos.</li> <li>4. Se ha realizado 6 acompañamientos por reactivo de año anterior.</li> <li>5. 70% de información recogida por cuestionarios</li> </ol>
Informar sobre vías de transmisión de ETs y estilos de vida saludables.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realización de folletos informativos.</li> <li>2. Nº de folletos informativos repartidos</li> <li>3. Nº de usuarias/os derivadas al servicio de salud por sospecha de ITS.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redacción de folleto informativo</li> <li>2. Reparto de 200 folletos informativos</li> <li>3. Derivación de 30 personas al servicio de salud para posible detección y tratamiento ITS.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redacción de folleto informativo</li> <li>2. Reparto de 185 folletos informativos</li> <li>3. Derivación de 28 personas al servicio de salud para posible detección y tratamiento ITS.</li> </ol>
Concienciar de la necesidad del uso del preservativo en todas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudio el uso de preservativo a través de los anuncios de contactos y entrevistas.</li> <li>2. Nº de personas con las que se trabajan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realización de informe sobre el uso del preservativo en función de los datos obtenidos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realización de informe sobre el uso del preservativo en función de los datos obtenidos.</li> <li>2. Informar al 100% de las personas contactadas.</li> </ol>

las prácticas sexuales.	estrategias para facilitar el uso del preservativo. 3. Nº de personas con las que se trabajan estrategias de limitación de daños, ante la imposibilidad de su uso.	2. Informar al 100% de las personas contactadas. 3. Informar al 80% de las personas contactadas.	3. Informar al 80% de las personas contactadas.
Fomentar y facilitar revisiones médicas y en el caso de mujeres revisiones ginecológicas periódicas.	1. Nº de usuarias/ os informados. 2. Nº de usuarias/os a las que se les gestiona asistencia sanitaria. 3. Nº de acompañamientos al servicio médico. 2. Nº de citologías realizadas.	1. Informar al 100% de las usuarias. 2. Realizar 50 gestiones relacionadas con la adquisición de asistencia sanitaria. 3. Realizar 25 acompañamientos. 2. Que el 60% de las usuarias se realicen citologías periódicas.	1. Informar al 100% de las usuarias. 2. Realizar 17 gestiones relacionadas con la adquisición de asistencia sanitaria. 3. Se han realizado 56 acompañamientos. 2. Que el 60% de las usuarias se realicen citologías periódicas.
Dar respuesta a otras demandas de carácter social, laboral o educativo.	1. Nº de usuarias/os informadas. 2. Nº de tramitaciones realizadas.	1. Informar al 100% de las usuarias/os. 2. Que el 25% de las usuarias/os realicen algún trámite laboral, social o educativo.	1. Informar al 100% de las usuarias/os. 2. El 29% de las usuarias/os ha realizado algún trámite laboral, social o educativo.
Concienciar a la sociedad de la problemática de estas mujeres.	1. Nº de noticias/eventos/informaciones publicadas en nuestra página Web que fomenten dicha concienciación.	1. Publicación periódica de noticias/eventos/informaciones en nuestra página Web.	1. SE ha realizado publicaciones periódicas de noticias/eventos/informaciones en nuestra página Web.
Denunciar situaciones que atenten contra los derechos de estas personas	1. Estudio sobre las situaciones que atenten contra los derechos de estas personas y prestación de denuncias ante las autoridades de los casos que lo requieran.	1. Redacción de informe de la situación de vulnerabilidad de mujeres y hombres denuncias ante autoridades de los casos que lo requieran.	Formamos parte de una mesa de prostitución junto con otras entidades donde se tratan estos casos. Reuniones con abogados y cuerpos de seguridad y otras entidades para la elaboración de un protocolo de atención para personas en situación de trata.