



ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

Guía de recomendaciones para profesionales
socio sanitarios de Atención Primaria

MÉDICOS DEL MUNDO CANARIAS

Diciembre 2020



**Gobierno
de Canarias**

Programa de interés social financiado con cargo a la asignación tributaria del IRPF



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	4
La Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud.....	4
Médicos del Mundo y la Atención Primaria.....	7
PROSTITUCIÓN Y SALUD	11
Las mujeres y el COVID-19.....	13
Intervención con personas en situación de prostitución.....	15
OBJETIVO DE ESTA GUÍA	17
RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN INDIVIDUAL	20
Prostitución y salud física.....	20
Recomendaciones para mejorar la salud física de las mujeres en prostitución.....	24
Prostitución y salud psicológica	28
Recomendaciones para la atención psicológica de mujeres en situación de prostitución	31
Prostitución y salud social.....	34
Recomendaciones para la atención social de mujeres en situación de prostitución ...	37
RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN COMUNITARIA.....	40
Salud Comunitaria y promoción de la salud	40
Recomendaciones para la promoción de la salud con mujeres en situación de prostitución.....	41
ANEXOS	45
Buenas prácticas que mejoran la salud de las MeP en la atención individual.....	45
Buenas prácticas que mejoran la salud de las MeP en la atención comunitaria.....	46
Ideas sobre nuevos temas de investigación que puedan mejorar la salud de las MeP y conocer mejor su realidad.	47
GLOSARIO	48
BIBLIOGRAFÍA.....	49



INTRODUCCIÓN

Esta guía se ha elaborado para visibilizar la salud de las personas en situación de prostitución, poner de manifiesto las dificultades que les está suponiendo la situación de pandemia mundial y cómo todo esto afecta a su bienestar biopsicosocial, pero también y como aspecto innovador, para que los y las profesionales sanitarios tomen conciencia de cómo los cuerpos de las mujeres sufren y se enferman de manera diferente y desigual ante situaciones que a veces normalizamos o sobre las que ni siquiera indagamos.

La Atención Primaria (AP) es una de las estrategias que tiene nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) para abordar las desigualdades de salud, siempre que pongamos también el foco en las injusticias económicas y las desigualdades socioculturales tan presentes en las mujeres que están en situación de prostitución, pero para ello, el personal sanitario tiene que ser consciente de ellas, para poder garantizar asistencia sanitaria sobre los déficits de salud, pero también intentar transformar los determinantes sociales de estas mujeres en herramientas promotoras de salud.

La pandemia ha arrasado la Atención Primaria en nuestro país, y ha puesto de manifiesto las deficiencias estructurales que arrastra desde hace tiempo. Quizás este sea un buen momento para replantearnos construir una Atención Primaria más fuerte y orientada también hacia la salud comunitaria, de forma que pongamos un granito de arena en la contribución de mantener nuestro Sistema de Bienestar.

Por todo ello, presentamos, con esta guía, una herramienta donde se explican las desigualdades en salud a las que se enfrentan las mujeres en situación de prostitución desde una perspectiva integral y hacemos una serie de recomendaciones que permitirán a los y las profesionales sanitarios abordar su trabajo tanto desde la consulta de atención individualizada como desde las intervenciones en salud comunitaria, mejorando la equidad en salud y por ende, en nuestra sociedad.

A pesar de haber separado las recomendaciones, entendemos que se trata de un engranaje y que no encaja lo uno sin lo otro. La AP se nutre tanto de la relación individual entre el personal sanitario y las personas que acuden al centro como de las intervenciones que se realicen con y desde la comunidad.

Con esta herramienta buscamos trabajar desde la AP con un colectivo de la comunidad y devolverles, si alguna vez lo tuvieron, el protagonismo de su salud.



LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud

Hace ya más de un siglo que la ciencia conoce la repercusión de los determinantes sociales en la salud de las personas. A principios del siglo XX comenzaron descubriendo que el saneamiento de las ciudades, la alimentación y también el sistema sanitario podía reducir la morbilidad y mortalidad de la población. Un poco más adelante, con Lalonde en 1974, se confirmó que no sólo la biología influye en la salud, sino que hay factores socioeconómicos con más influencia que los anteriores. Ya en la conferencia de Alma Ata, en 1978 se ponía de manifiesto el papel de la Atención Primaria a la hora de conseguir el mayor bienestar biológico, psicológico y social (BPS) de las personas, por su relación directa con determinantes sociales de la salud y como facilitadora a la hora de reducir las inequidades en el derecho a la salud. Además, exponía la necesidad del libre acceso a la salud a la vez que instaba a la población a participar, tanto colectiva como individualmente en su derecho a la salud a través del acercamiento desde la AP (World Health Organization, 1978). Basándose en esta Declaración nuestro país estableció las bases de la atención sanitaria del primer nivel en un Real Decreto dando así respuesta a múltiples deficiencias que se venían produciendo en la asistencia sanitaria de primer nivel. Tanto es así, que para conmemorar el 25^a aniversario de esta declaración la OMS (Organización Mundial de la Salud) eligió a España por considerar que había sido uno de los que mejor había sabido adaptar estos principios a su entorno. Estamos hablando del año 2004 y en el Real Decreto redactado en el año 1984 se definían así las funciones del Equipo de Atención Primaria:



1. a) Prestar **asistencia sanitaria**, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos en coordinación con el siguiente nivel asistencial.
- b) Realizar las actividades encaminadas a la **promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social**.
- c) Contribuir a la **educación sanitaria** de la población.
- d) Realizar el **diagnóstico de salud** de la Zona.
- e) **Evaluar** las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
- f) Realizar **actividades de formación** pregraduada y posgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los **estudios** clínicos y epidemiológicos que se determinen.
- g) Participar en los **programas de salud mental, laboral y ambiental**.
- h) Aquellas otras de análoga naturaleza que sean necesarias para la mejor atención de la población protegida.
2. La realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen, de acuerdo con el diagnóstico de salud de la Zona.
3. El **trabajo en equipo** obliga a que cada uno de sus miembros participe en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes.

En 1986 se escribió la carta de Ottawa en la que ya se ponía de manifiesto la Promoción de la Salud diseñando estrategias hacia fuera del Sistema Sanitario. En esta carta, el objetivo no es la salud, sino que se interpreta como una fuente de riqueza para la vida cotidiana y la promoción de la salud queda como el proceso por el que proporcionar a las poblaciones los medios para que mejoren su salud y tengan un mayor control sobre ella. En esta carta quedan reflejados los campos de actuación sobre los que se regirá la Promoción de la salud.

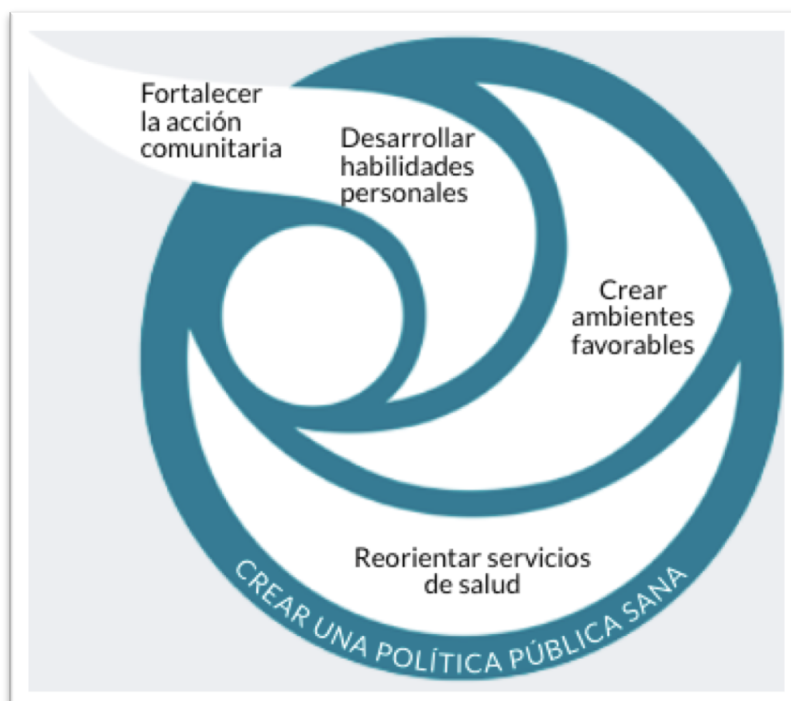
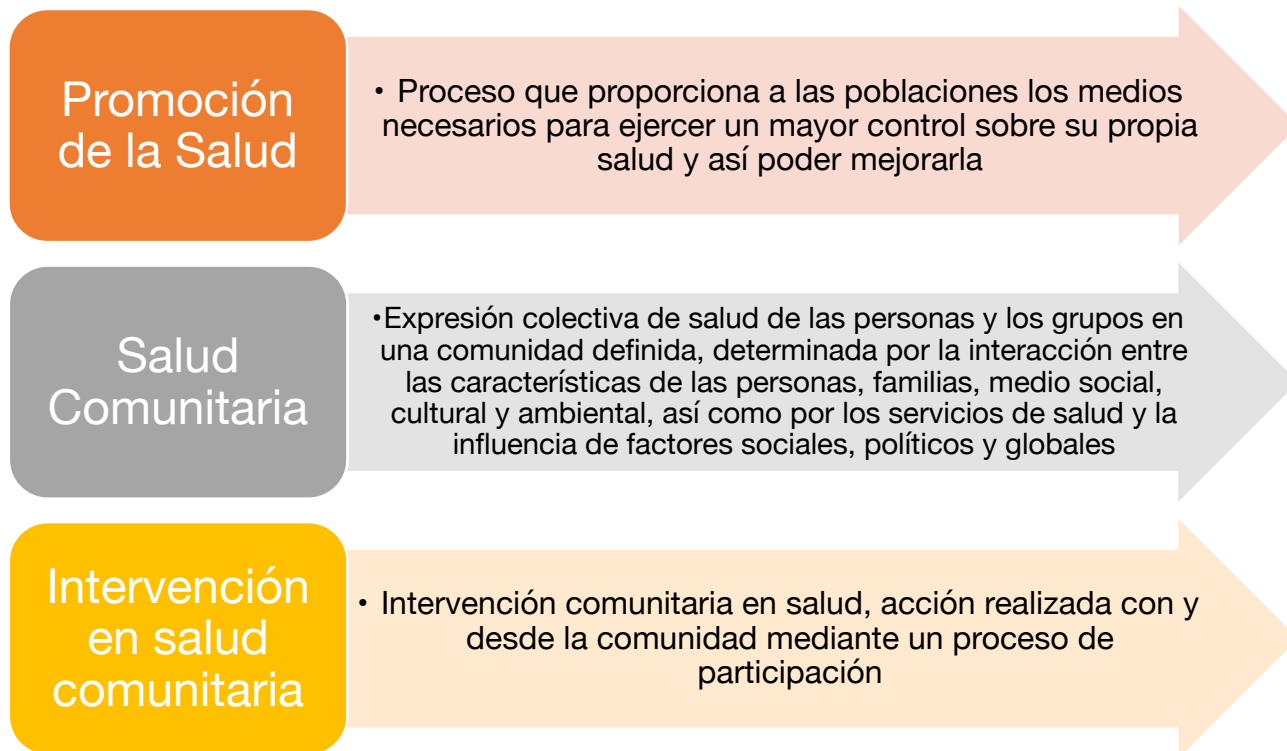


Imagen extraída de: Tejiendo Salud. Guía para la Acción Colectiva desde Realidades de Pobreza

Además de esto, la AP es la única disciplina que se define en términos de relaciones, especialmente la relación profesional – paciente y la medicina familiar y comunitaria es la única especialidad sanitaria que trasciende la división dualista entre mente y cuerpo. Tanto es así, que el lema del XVIII encuentro de Programas de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) utilizó este lema: “Hace falta una comunidad entera para cuidar una persona” y como dice Javier Padilla en “¿A quién vamos a dejar morir?” si se considera la salud como un bien social, su cuidado ha de ser una respuesta colectiva. (Padilla, 2019)

Ante esta situación de pandemia que estamos viviendo corremos el riesgo de aumentar las desigualdades sociales y, por ende, las desigualdades en salud, siendo la Atención Primaria y desde ella, la intervención en salud comunitaria, la mejor herramienta para que esto no suceda, o minimizarlo en la medida de lo posible.



Definiciones extraídas del blog: [Promoción de la Salud Comunitaria](#)

Médicos del Mundo y la Atención Primaria

En Médicos del Mundo (MdM) como organización que contribuye a que la universalidad del derecho a la salud sea real y efectiva siempre hemos sido conscientes de la necesidad de defender fortalecer los sistemas públicos de salud pero, sobre todo, la Atención Primaria como estrategia que permite eliminar inequidades en salud. Para MdM, garantizar la equidad no es, necesariamente que todas las personas deban tener acceso a todo en todo momento, pero sí que cuando una persona necesite atención por un problema de salud, necesite acceder al sistema sanitario, utilizar el sistema y solucionarlo, pueda encontrar todos los recursos necesarios sin discriminación por género, lugar de nacimiento, clase social...

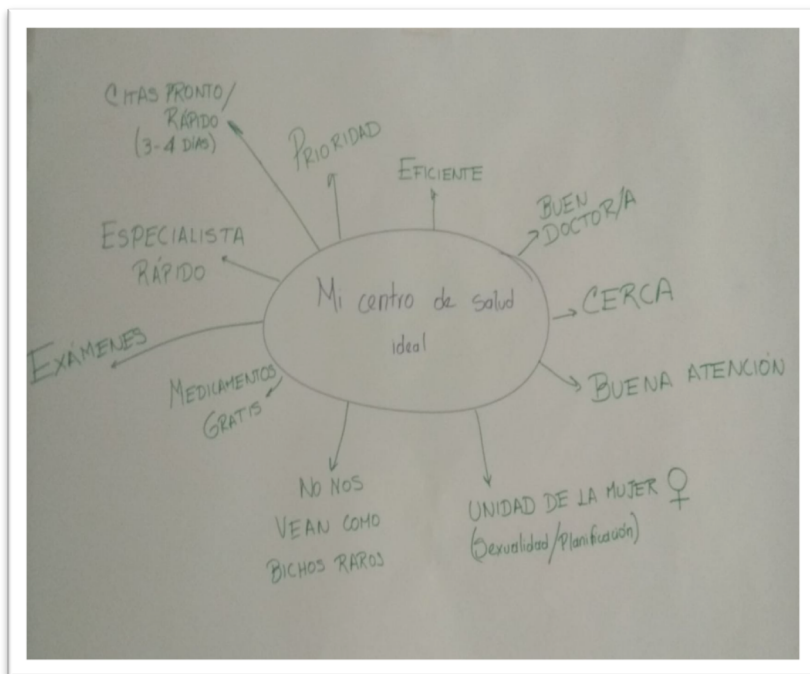


Determinantes del acceso equitativo a los servicios sanitarios (Urbanos-Garrido, 2016)



Entre los principios que rigen nuestro trabajo nos encontramos entre otros el trabajar con el enfoque de derechos humanos, equidad, género e interculturalidad y contribuir al empoderamiento de las poblaciones. Además, estamos comprometidos y comprometidas con las personas y comunidades que ven vulnerado su derecho a la salud. Así, con nuestra coherencia de trabajo hacia dar continuidad a la atención sanitaria cuando los sistemas públicos no pueden dar respuesta, dar testimonio a través de las personas titulares de derecho, denunciar las injusticias e inequidades relacionadas con el derecho a la salud y hacer incidencia política para conseguir cambios reales, presentamos propuestas y recomendaciones a través de esta guía que se basan, no sólo en nuestro conocimientos de años de trabajo, sino también en la evidencia científica y en el testimonio de las poblaciones con las que trabajamos.

La Atención Primaria que defendemos tiene un claro enfoque comunitario y de promoción de la salud. Esto hace que sean las propias personas que residen en las comunidades quienes puedan tomar las riendas de cuáles deberían ser los programas de salud que necesitan y el papel de la Atención Primaria sea mucho más proactivo y orientado a la búsqueda de activos en salud de las poblaciones.



Esta imagen es el resultado del trabajo realizado con un grupo de mujeres en situación de prostitución cuando son preguntadas por cuáles son las necesidades que ellas tienen con respecto a su centro de salud. Con ella queremos reflejar, por un lado, la importancia de dar voz y protagonismo sobre su salud a las MeP y, por otro lado, a la necesidad de equilibrar los aportes de la población con la realidad de cada zona.

Nuestro Sistema Nacional de Salud sigue teniendo problemas de acceso con importantes repercusiones que, en la mayor parte de las ocasiones, recaen en las poblaciones más vulnerables. Con la imagen de la parte superior podemos apreciar como estos problemas de acceso son manifestados también por las mujeres en situación de prostitución: necesidades insatisfechas, tiempos de espera, o el acceso efectivo que incluye las desigualdades socioeconómicas, las desigualdades por país de procedencia, desigualdades de género y desigualdades geográficas. (Urbanos-Garrido, 2016).

PROBLEMAS DE ACCESO	NECESIDADES SENTIDAS POR LAS MeP			
NECESIDADES INSATISFECHAS	Buena atención	Exámenes	Prioridad	Eficiente
TIEMPOS DE ESPERA	Especialista rápido	Citas pronto		
ACCESO EFECTIVO				
Desigualdades socioeconómicas	Medicamentos gratis			

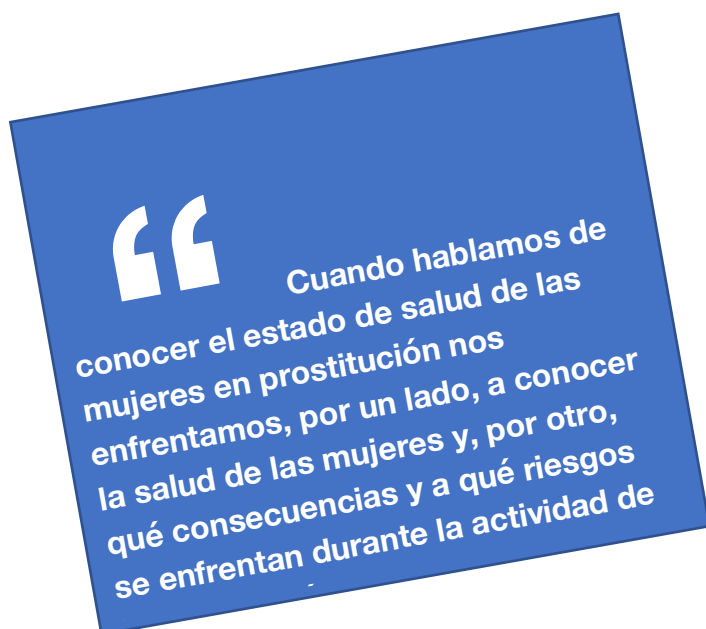


Desigualdades por país de procedencia		
Desigualdades de género	Unidad de la mujer	No nos vean como bichos raros
Desigualdades geográficas	Cerca	

A parte del trabajo junto a las poblaciones, desde Médicos del Mundo no vamos a abandonar nuestro trabajo en incidencia política puesto que las desigualdades sociales se traducen en desigualdades en salud y hay suficiente evidencia científica como para afirmar que la inversión de los Estados en sanidad pública es una herramienta probada como extremadamente efectiva para reducir la pobreza y la desigualdad.



PROSTITUCIÓN Y SALUD



“ Cuando hablamos de conocer el estado de salud de las mujeres en prostitución nos enfrentamos, por un lado, a conocer la salud de las mujeres y, por otro, qué consecuencias y a qué riesgos se enfrentan durante la actividad de

A pesar de que la prostitución pueda estar sujeta a mucha controversia, lo que está claro es que es una cuestión de género: las mujeres se prostituyen y los hombres compran sus cuerpos. Este fenómeno ocurre así de forma mayoritaria en todo el mundo. La prostitución tiene que ver con las desigualdades entre hombres y mujeres, pero también con la pobreza, con las desigualdades norte/sur, con las sociedades mercantiles, el capitalismo y el neoliberalismo, con el daño que hace

la estigmatización de la prostitución, con perseguir de forma mucho más contundente de lo que se hace el delito de trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, incluso con garantizar la no vulneración de los derechos de las mujeres que están en prostitución. Lo que está claro, es que la prostitución afecta directamente a la salud de las mujeres que están en esa situación: a la salud física, a la psicológica y a la social.

Cuando hablamos de conocer el estado de salud de las mujeres en prostitución nos enfrentamos, por un lado, a conocer la salud de las mujeres y, por otro, qué consecuencias y a qué riesgos se enfrentan durante la actividad de la prostitución.

Actualmente hay cosas que sabemos a través de la experiencia y de la literatura científica sobre cómo afecta a la salud de las mujeres estar en prostitución. De hecho, hay autores que califican la prostitución como una profesión extremadamente peligrosa (Rekart, Michael, 2005), con tasas de mortalidad de hasta 40 veces por encima de la población general (Canadian Government, 1986) pero, lo que realmente nos interesa es cómo afrontar todos estos problemas de salud desde la Atención Primaria.

Clasificaremos las afecciones en salud física, psicológica y social y tal y como la OMS define la salud y como aparece en numerosos artículos donde se hace referencia a estas subdivisiones de la salud general. Aún así, no existe una forma estándar para



clasificar todos los problemas de salud relacionados con la prostitución así que intentaremos ajustarnos lo máximo posible.

En esta guía nos gustaría reflejar los problemas de salud más destacados, la relación que puedan tener con la situación de emergencia y post emergencia del coronavirus y las recomendaciones para hacer una atención más equitativa de estas situaciones desde la Atención Primaria.

Tal y como indica Sara Velasco en su guía de recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género (Velasco-Arias, 2009) deberemos marcarnos como objetivos evitar los sesgos de género en nuestra atención y tratar de transformar los procesos psicosociales tan marcados por el género. Para ello, propone, entre otras cosas, partir de una relación sujeto – sujeto, reconocer los roles de género como parte del problema salud/enfermedad y visibilizarlos con las personas que atendemos o introducir en la práctica los factores de clase que pueden afectar a la salud de las mujeres.

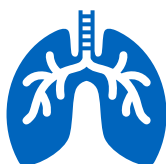
De esta manera y entendiendo la salud como biopsicosocial, podríamos atender a este modelo:





La COVID – 19 va a hacer que dirijamos también nuestros esfuerzos en valorar cuán expuestas están en las relaciones sexuales, una de las prácticas de más riesgo a las que nos podemos enfrentar. Debemos hacer hincapié en las medidas generales de prevención que se hacen desde los organismos nacionales e internacionales como lavado de manos, uso de mascarilla o distanciamiento social y entender cómo el no poder mantenerlas puede repercutir directamente en su salud. Sin embargo, esta crisis sanitaria no sólo pasará factura a nivel físico, como hemos mencionado con anterioridad, los efectos hay que valorarlos también a nivel psicológico y social y poner atención en todos los determinantes que nos puedan llevar a hacer una atención de calidad.

Las mujeres y el COVID-19



A pesar de que con los datos actuales parece que la COVID – 19 produce más infecciones en mujeres pero más muertes en hombres (United Nations, 2020) debemos tener una mirada más abierta para analizar las vulnerabilidades específicas de cada sexo. Las normas sociales de género configuran unos mandatos y unas expectativas sobre el rol diferenciado de mujeres y hombres en la sociedad, asignado a ellas (mujeres y niñas) un lugar vinculado a los cuidados y al sostenimiento cotidiano de la vida. Por otra parte, la división sexual del trabajo implica no sólo que el trabajo doméstico sea asumido prácticamente en exclusiva por las mujeres, sino que el acceso al trabajo remunerado se produzca de manera desigual, en términos de brecha salarial y de precarización de los empleos tradicionalmente feminizados.

Esto se traduce en que las mujeres y las niñas están expuestas a mayores riesgos para la salud en caso de una pandemia como la del COVID19, algunos de los cuales se detallan a continuación:

- En general, las mujeres tienen menos poder que los hombres en la toma de decisiones, y esto vale también en el caso de los brotes epidémicos. Por ello, es posible que sus necesidades no sean tenidas en cuenta en el ámbito público (diseño de políticas) y privado (gestión doméstica de la crisis).



- Las mujeres se encargan de las tareas de limpieza y cuidados en los hogares, incluyéndose el cuidado de personas enfermas (si las hubiera).
- A escala global, las mujeres representan el 70% del personal que trabaja en el sector social y sanitario, con la consecuente mayor exposición a contagio, así como a repercusiones en su salud mental.
- Las mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito de la pareja están obligadas a convivir 24 horas al día durante 7 días a la semana con su agresor, lo cual genera un incremento de las agresiones¹. Lo mismo ocurre con niños y niñas víctimas de violencia por parte de algún familiar.
- En contexto de crisis, todas las desigualdades sociales se agudizan, afectando a los colectivos más vulnerables. Entre estos, las mujeres transexuales, las mujeres en situación de prostitución, las mujeres migrantes que trabajan en el sector doméstico y de los cuidados (a menudo sin contrato o encontrándose en situación administrativa irregular), las mujeres sin hogar están más expuestas a situaciones de violencia de género, incluida la violencia sexual. Es importante tener en cuenta que estas mujeres tienen menores posibilidades de observar las limitaciones derivadas del Estado de Alarma, resultando especialmente afectadas por las medidas de confinamiento obligatorio.
- Las mujeres migrantes trabajadoras domésticas y de los cuidados: aquellas que trabajaban como internas en el momento en que se ha declarado el Estado de Alarma, se han quedado en los domicilios de las familias para las que trabajan, lejos de sus afectos, prohibiéndoles salir de la vivienda el día de descanso por miedo al contagio y expuestas a turnos de trabajo interminables. Las que se desplazaban a diario para acudir a su lugar de trabajo, ya no pueden hacerlo, viendo su economía precarizarse aún más. En ambos casos, su trabajo ha sido considerado como una actividad esencial (RD 10/2020 de 29 de marzo) pero no han sido incluidas en las medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al COVID-19 (muchas trabajan sin contrato y por ello no pueden acceder a las prestaciones extraordinarias por desempleo).
- Las mujeres migrantes jornaleras: el cierre de fronteras supone la imposibilidad para muchas de ellas de participar en las campañas de recogidas de diferentes productos del campo. Las que siguen trabajando, lo hacen en su enorme mayoría sin contrato, en situación administrativa irregular y con enormes dificultades para

¹ Las llamadas al 016 han registrado un incremento del 18% en las primeras dos semanas de vigencia del Estado de Alarma <https://elpais.com/sociedad/2020-04-01/el-016-recibe-521-llamadas-mas-por-violencia-machista-durante-el-estado-de-alarma.html>



el acceso a una vivienda digna (el hacinamiento impide mantener la distancia de seguridad recomendada por las autoridades sanitarias).

- Las mujeres transexuales (y todas las identidades no normativas en general) tienen más riesgo de enfrentarse a diferentes formas de discriminación, así como más probabilidades de no ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar los circuitos de atención sanitaria, acceso a test y tratamiento, medidas de protección social, etc. durante la cuarentena.

Es importante tener en cuenta que, en la enorme mayoría de los casos, los colectivos especialmente vulnerables arriba mencionados están representados por mujeres migrantes y racializadas, que están expuestas al recrudecimiento de discursos y prácticas racistas. Más que nunca, es posible observar de qué manera los diferentes ejes de opresión interactúan entre sí (interseccionalidad), dando lugar a situaciones específicas y cambiantes que aumentan su vulnerabilidad.

Intervención con personas en situación de prostitución



En 2019, desde MdM Canarias intervenimos con más de 1.500 personas en situación de prostitución, el 98,2% de las cuales han sido mujeres. También es interesante destacar que más del 85% de las personas atendidas en MdM Canarias son de origen extranjero y muy resaltable es que un tercio de estas mujeres son colombianas (más de 500). Sin duda, prestar atención a los orígenes de las mujeres y entender el contexto del que vienen también nos puede poner en alerta. Recientemente el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos resaltó en un informe la escalada de violencia que se vivió en el país en 2019, resaltando la violencia sexual, cuyas víctimas son, en más de un 80% de los casos, mujeres (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2020; Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2020). Actualmente, en la situación que atravesamos por la pandemia muchas de las mujeres que atendemos pueden verse en situación de calle en pocos días. El momento actual de pandemia y el estado de alarma las afecta doblemente. Por un lado, su actividad las expone directamente al contagio, y por otro, la falta de actividad generada por el confinamiento y la restricción del movimiento las deja sin ingresos económicos. Por ello, están siendo expulsadas de los clubes o pisos donde viven, dado que no pueden pagar las cantidades que se les exigen, o, cuando no son expulsadas es a costa de un endeudamiento considerable. Esta situación de extrema necesidad y empobrecimiento puede provocar que opten por continuar con la actividad, exponiéndose al contagio. Entre las mujeres en prostitución, ha aumentado



de manera muy significativa la demanda por productos básicos, como alimentación, productos de higiene y recursos de alojamiento.

Debido a la necesidad de identificar las nuevas vulnerabilidades para poder darles respuesta, desde MdM Canarias durante la emergencia y la post emergencia:

- Hemos reforzado la intervención telefónica con las personas vulnerables en las 3 islas (Gran Canaria, Tenerife y Lanzarote) donde tenemos programas con personas en situación de prostitución.
- Información sobre IPC (control y prevención de infecciones) vía telefónica. Realización de folletos y audios y traducción a otros idiomas: árabe, inglés, francés, rumano.
- Nuestra intervención telemática está enfocada en la reducción del daño frente al contagio y hacia la formación y seguimiento sobre medidas de higiene y aislamiento en espacios complejos.
- Monitoreo situación vulnerabilidad sanitaria y psicosocial a través de llamadas proactivas a pisos donde se ejerce la prostitución, clubes, etc.
- Reparto de kits sanitarios, alimentos, medicación, etc.
- Atención psicosocial, telefónica y por WhatsApp.
- Acompañamientos al sistema público de salud, servicios sociales y recursos de alojamiento en caso necesario.
- Acercamiento a clubes y pisos donde no está siendo posible el contacto telefónico para formación en IPC y monitoreo de vulneraciones y necesidades.
- Por último, se están realizando asesoramientos y formaciones sobre seguridad ante la COVID – 19 en distintos recursos de las islas.

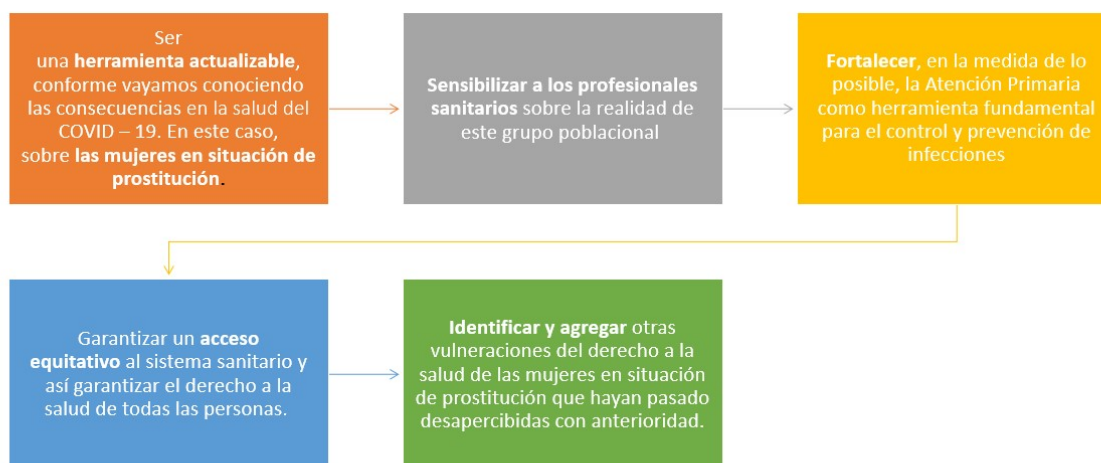


OBJETIVO DE ESTA GUÍA



Existe en el Servicio Canario de Salud, en la Dirección General de Salud Pública en el Área de Gran Canaria un protocolo de coordinación para la atención a personas en situación de prostitución, que lleva en su título: “atención, vacuna y equidad” (Dirección General Salud Pública. Servicio Canario de la Salud, Febrero 2020), en el que, como Médicos del Mundo hemos colaborado y que nos resulta excesivamente insuficiente para abordar la salud de estas mujeres. Esta guía está elaborada para que pueda ser utilizada por profesionales sanitarios de atención primaria que se enfrentan a la atención de mujeres en situación prostitución y contempla también, aspectos relacionados con la pandemia producida por el COVID-19. Tiene como objetivos:

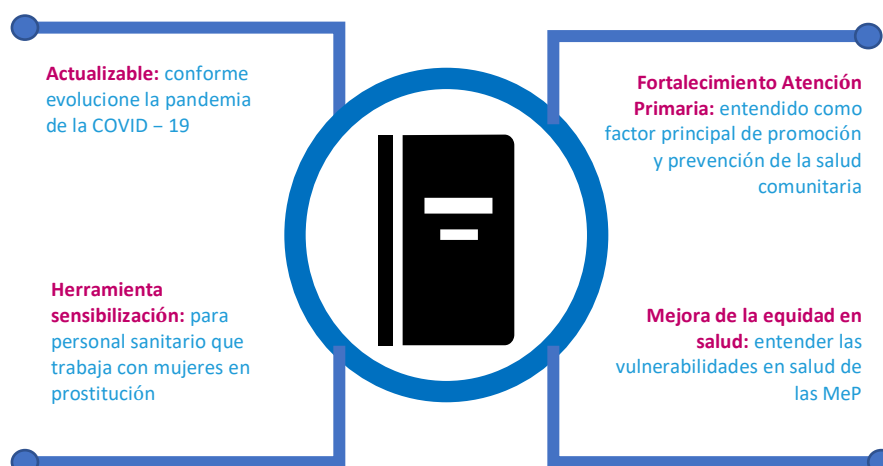
OBJETIVOS DE LA GUÍA



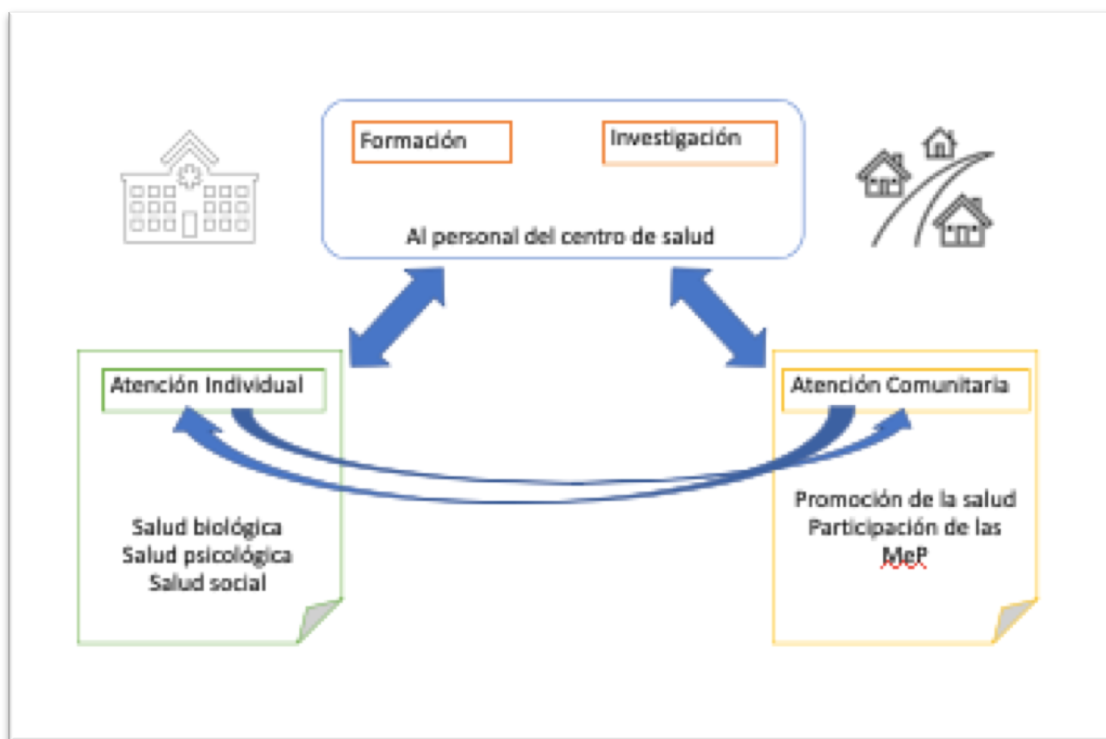
Entendemos que no es posible hablar de un cuidado efectivo de la salud desde Atención Primaria si no visibilizamos las inequidades de género y promovemos tanto la autoestima, como la participación de las mujeres (Matamala, 2006). Conocemos la eficacia de la medicina, de lo que se trata ahora es de aumentar la eficacia en relación a los problemas de salud de las mujeres en prostitución por lo que inevitablemente deberemos explorar las relaciones entre género, poder y conocimiento (Ruiz-Cantero, 2005)



Esta primera versión plantea recomendaciones desde la consulta individual de Atención Primaria con situaciones de salud divididas en física, psicológica y social (tal y como define la OMS la salud) de las mujeres en situación de prostitución y cuál sería un abordaje más equitativo frente a ellas. Y también plantea recomendaciones desde la atención comunitaria en la relación con las MeP. Las futuras versiones pueden ser actualizadas si desde Médicos del Mundo o los servicios de salud detectamos nuevas vulnerabilidades que puedan ser mejor atendidas, nuevas formas de mejorar el acercamiento y/o nuevas formas de mejorar la participación de estas mujeres. Además, recordemos que al tratarse de una guía todo lo aquí expuesto debe entenderse como recomendaciones ya que habrá situaciones o procesos que quizás requieran de una formación más en profundidad.



La siguiente figura pretende ser un **resumen de las recomendaciones** que se van a encontrar en esta guía de forma que seamos conscientes de que hay una parte que se puede hacer desde la individualidad y otra que debe ser trabajada desde la comunidad.



Finalmente, la guía contiene una sección de Anexos con la intención de que si se ponen en práctica algunas de las recomendaciones de esta guía, podamos seguir construyéndola conjuntamente aportando las buenas prácticas, tanto individuales como comunitarias conseguidas en cada centro de salud. De esta forma, la guía se podrá ir actualizando con todas las aportaciones.



RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN INDIVIDUAL

Prostitución y salud física

La prostitución es una actividad que conlleva muchos riesgos para la salud física de las mujeres. En las consultas de AP no se suele preguntar por los hábitos sexuales a las pacientes que acuden a consulta y, menos aún, la posibilidad de estar en situación de prostitución: por el estigma, la vergüenza, el miedo a que no digan la verdad... Sin embargo, no contemplar esta posibilidad o que la paciente no sienta la suficiente confianza como para decirlo y no sentirse juzgada puede tener consecuencias negativas en su salud. En este apartado vamos a intentar poner sobre la mesa cómo afecta a la salud física de las mujeres el hecho de estar en prostitución y, para ello, hemos recopilado información de la literatura científica pero también de los más de 20 años que MdM lleva trabajando con estas mujeres. Con toda esta información el personal sanitario de los centros podrá tener una idea más clara de cómo abordar una consulta individual con una mujer que está en situación de prostitución.

La preocupación por la salud física de las mujeres en prostitución se remonta a siglos atrás cuando el objetivo explícito era la salud pública. Con el aumento de la sífilis se pensó que las consultas obligatorias y el registro policial a las mujeres en prostitución podría ser beneficioso para la salud pública (Oliveira & Fernandes, Trabajadores del sexo y salud pública: intersecciones, vulnerabilidades y resistencia, 2017). Actualmente, la situación es parecida: aunque los problemas de salud física individuales son los más documentados, son los relacionados con la salud pública los que más difusión tienen. Otros problemas de salud son más complejos de encontrar ¿es porque no existen? ¿o es porque no se les presta atención? Por ejemplo, las infecciones de orina recurrentes que están relacionadas con la falta de lubricación (de deseo), o con los gérmenes del prostituyente (RedCaps, 2017), con las penetraciones frecuentes ¿quién las estudia? Las **enfermedades crónicas** que presentan las mujeres en prostitución, ¿son debidas a la práctica? ¿ya estaban ahí por algún motivo inicial como abusos anteriores? ¿qué pasa con los dolores de espalda, de cabeza, musculares? (Farley, 2004). ¿Nos hemos preguntado por el riesgo de **cáncer de mama**? Si tanto el alcohol como el trabajo nocturno son factores de riesgo, ¿prestamos atención a estos riesgos? (Valls-Llobet, 2017). Afortunadamente, durante esta crisis sanitaria han sido varios los medios de comunicación que han puesto sobre la mesa la situación de vulnerabilidad de las



mujeres en prostitución² y, muchos de ellos, valorando no sólo el problema de salud pública al que se enfrentan sino haciendo una visión más global de la situación.

Dentro de los problemas de salud física más documentados tenemos, sobre todo, el **virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones de transmisión sexual (ITS)** aunque tienen prevalencias muy bajas (no alcanzan el 2%) a pesar de ser un grupo poblacional vulnerable (Oliveira & Fernandes, Trabajadores del sexo y salud pública: intersecciones, vulnerabilidades y resistencia, 2017). La exposición, durante esta emergencia y el período posterior, a situaciones de riesgo, puede aumentar por las circunstancias que interseccionan con el hecho de estar en prostitución como: situación administrativa irregular, barrera idiomática, no acceso a ayudas públicas, falta de alternativas laborales...

Actualmente la vulnerabilidad la podemos medir según las **prácticas de riesgo** que se asumen en las relaciones sexuales (Rekart, 2005), pero también hay que tener en cuenta el uso de drogas o el **acceso a la prueba rápida de algunas ITS**, que son variables que pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018). Dentro de las ITS, las **hepatitis A y B** son de las infecciones más estudiadas por su transmisión oro-anal, la primera y sexual la segunda. También el riesgo de contraer **virus de papiloma humano (VPH)** y, por lo tanto, cáncer de cuello de útero es otro riesgo añadido para las mujeres que están en prostitución (Mak, L, & C, 2004). Tanto el **inicio temprano de las relaciones sexuales** como el **número elevado de contactos sexuales** son factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad. Las **citologías** son pruebas baratas y sencillas que pueden poner de manifiesto si existen lesiones predisponentes para el desarrollo del cáncer de cuello de útero. De hecho, en la literatura científica encontramos que las mujeres en prostitución presentan una mayor prevalencia de citologías anormales con presencia de las cepas del VPH consideradas cancerígenas (Parriott, 1994) y menor número de citologías en comparación con la población general (Duff, y otros, 2016). Otras ITS más difíciles de diagnosticar por la anatomía de la mujer como la úlcera por sífilis no dolorosa intravaginal o el flujo no identificado por clamidia y gonorrea, también han tenido su espacio en la literatura científica pero ya en menor medida, sin embargo, sí se demuestra que las complicaciones de las mismas en las mujeres en prostitución son más frecuentes pudiendo ocasionar problemas de salud más graves (Rekart, 2005). Los problemas vaginales de las mujeres en prostitución son uno de los motivos por los que más acuden a los servicios sanitarios. Las **vaginosis bacterianas** son frecuentes y

² <http://www.rtv.es/noticias/la-incetitumbre-de-la-prostitucion-211110.aspx#.XrBCTqhKjIW>



sabemos que las relaciones sexuales sin protección y las duchas vaginales frecuentes, aumentan el riesgo. Además, las MeP suelen tener hábitos de autocuidados que, en ocasiones, son más perjudiciales que beneficiosos, tratando de mantener el máximo de higiene posible.

Otro de los aspectos de la salud más estudiados en relación a la prostitución es el **consumo de drogas**. Sabemos que décadas atrás el consumo era la causa para acabar en prostitución. Sin embargo, actualmente este consumo se convierte, en muchas ocasiones, en una forma de sobrellevar la actividad. Gracias a nuestra experiencia sobre el terreno y a algunos estudios podemos afirmar que el mundo de la prostitución y el de las drogas están íntimamente conectados (Meneses-Falcón, 2010). Tanto el **alcohol** como la **cocaína** son las sustancias predominantes en el mundo de la prostitución y, en ocasiones son los propios prostituyentes, o proxenetas quienes animan y/o obligan a las mujeres a consumir durante la actividad. Por todos son conocidos los efectos nocivos de las drogas en la salud de las personas, pero en esta situación habría que preguntarse principalmente el **momento de inicio del consumo** y el motivo que las lleva a consumir, sin perder de vista los efectos que tendrá sobre la salud de las mujeres.

El **uso del preservativo** tanto masculino como femenino puede prevenir la mayoría de infecciones y sabemos que su uso está muy extendido entre las mujeres en prostitución con los demandantes, no siendo así con sus parejas (Bellhouse, Crebbin, Farley, & Bilardi, 2015). Pero el uso del mismo no siempre depende de la mujer. De hecho, hay **situaciones de violencia** que derivan como consecuencia de la negación del uso del preservativo o del engaño en el uso del mismo y hay estudios que demuestran que la violencia contra las mujeres es el principal factor de riesgo para contraer el VIH y otras ITS. Podríamos decir que hay una parte de violencia intrínseca en la prostitución. En ocasiones explícita y visual como podrían ser golpes, agarrones, robos... y otras, más invisibilizadas por el contexto como podrían ser los abusos sexuales o la violación (aunque, si entendemos una violación como un acto sexual no deseado, las MeP se estarían enfrentando a violaciones continuas). Con frecuencia no prestamos atención a estos tipos de violencia (Farley, 2004) y, en ocasiones tampoco las mujeres en prostitución le dan la importancia que le darían si ocurriese en otro entorno (Oliveira & Fernandes, Trabajadores del sexo y salud pública: intersecciones, vulnerabilidades y resistencia, 2017), se trata de una normalización de la violencia. Esta falta de atención a veces se muestra recomendando a las mujeres más vacunaciones, doble protección: preservativo más anticoncepción oral, para evitar también embarazos no deseados, o la píldora postcoital, pruebas de VIH/ITS o citologías con más frecuencia insistiendo en



el uso de los preservativos, incluso ofreciéndoselos de forma gratuita, también se les ofrecen cursos de autodefensa o consejos para la negociación del preservativo, incluso valorar los **conocimientos en salud previos**, o de salud sexual y reproductiva para mejorar su estado de salud (pues hay estudios que indican que es menor del que se cabría esperar por la actividad que desempeñan) (Farley, 2004; Ojer-Tsakiridu, y otros, 2008; H, C, & Yuen-Loke, 2017), sin plantearnos quizás, que una buena estrategia para mejorar la salud de estas mujeres sea garantizar alternativas laborales para ellas, pasando por garantizar políticas públicas que aseguren una buena promoción de la salud que puedan actuar sobre las causas.

Imagen que representa el tipo de patologías relacionadas con el aspecto físico de la salud que presentan las MeP atendidas por MdM. Datos extraídos de la base de datos de Médicos del Mundo con información sobre las mujeres en situación de prostitución desde el 01/01/2019 hasta el 30/11/2020



Recomendaciones para mejorar la salud física de las mujeres en prostitución

Reducción de daños:

La reducción de daños se puede dar en la mayoría de intervenciones que realizamos. En este apartado explicaremos las más generales, pero en los siguientes, es posible que haya recomendaciones que también vayan dirigidas a la reducción de daños

El acceso de las mujeres a material preventivo como preservativos masculinos, femeninos, lubricantes... es básico para que la actividad que están desarrollando se realice con menos riesgos. Si además, pueden acceder a ellos de forma gratuita (a través del centro de salud o de entidades como ONGs), garantizamos que accedan y que los usen de forma correcta. Además, tener acceso a este recurso es un pequeño paso hacia su empoderamiento. Otras acciones de reducción de daños como el acceso a la vacunación de VPH, nos puede abrir una puerta a una atención integral de estas mujeres que no sería posible de otra forma. Durante la emergencia y post emergencia del coronavirus será también necesario garantizar el acceso a guantes, mascarillas, geles hidroalcohólicos e incluso productos de higiene íntima como compresas u otros (salvaslips, copa vaginal...) y, por supuesto, garantizar el acceso a la PCR cuando sea necesario. Del mismo modo, hacer una revisión de hábitos saludables que pueden haberse visto mermados durante el confinamiento como la alimentación, la exposición al sol o el ejercicio físico regular puede ser una buena estrategia de reducción de daños.

RECOMENDACIONES:

- ✓ Incorporar preguntas durante la **anamnesis sobre determinantes sociales**: situación administrativa, vivienda, formación, otros empleos, hijos/as en origen, ruta migratoria...
- ✓ Conocer **dónde se reparten materiales preventivos** si no se puede hacer desde el propio centro de salud: qué organizaciones, con qué criterios, en qué momentos, cómo puede la mujer acceder a ellos.
- ✓ Realizar **prescripción social desde las consultas de AP**. Para ello sería interesante tener y/o realizar un fichero de recursos para AP desde donde poder dar información.
- ✓ Utilizar el **código Z de los CIE-10** en consulta para visibilizar la esfera social de la salud de las MeP.
- ✓ Por otro lado, **revisar el correcto uso de estos materiales** también es importante. Saber si las mujeres los usan adecuadamente, si saben cómo y cuándo se pueden utilizar mejorará su salud y conoceremos el nivel de conocimientos con respecto a este material.
- ✓ Realizar **talleres prácticos y/o educación para la salud** sobre salud sexual y reproductiva



- ✓ Proponer la **vacunación del VPH** (y otras como la Hepatitis, dependiendo de disponibilidad) siempre y cuando se haya realizado una citología previa o bien, si vamos a utilizar esta estrategia para acercarnos a ella como una primera atención.
- ✓ Realizar **protocolos de atención, detección y derivación de MeP** de forma sincronizada entre el centro de salud, las ONGs, salud preventiva y ginecología.
- ✓ Conocer **dónde se realizan pruebas rápidas de VIH y otras ITS** si no es posible hacerlas en el centro de salud.
- ✓ Conocer si realiza **hábitos de vida saludables (estilo de vida)** y en caso de que no, investigar los motivos. Los hábitos de vida saludable también deben incluir el **consumo de drogas**.
- ✓ Solicitar **citologías** cuando sea necesaria y/o cuando la mujer la demande: en ocasiones, si desconocemos que la mujer está en prostitución, esta solicitud constante puede ser indicativo de una preocupación que no quiera compartir por vergüenza o temor.
- ✓ Asegurar que tengan la **información básica sobre prevención del COVID-19** y la entiendan
- ✓ Garantizar el **acceso a la prueba PCR** cuando presenten síntomas o hayan sido un contacto estrecho.

IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo):

El acceso al IVE en España, es posible dentro de las primeras 14 semanas. Sin embargo, sabemos que no es a coste 0 para la salud mental, física (sexual y reproductiva) ni social de las mujeres y menos de las que están en situación de prostitución. Por un lado, se enfrentan a poder acceder al sistema sanitario, con el retraso burocrático que eso suponga. Por otro lado, a la práctica que hayan tenido que afrontar, una rotura de condón con un desconocido, pero también una agresión o una violación. Las mujeres en prostitución se enfrentan con más frecuencia a las roturas de preservativos, a las IVE y sin embargo, acceden menos a la píldora postcoital. A pesar de ser de venta libre en las farmacias es posible que las MeP desconozcan su existencia, no sepan cómo utilizarla o no dispongan de dinero para acceder a ella. A todo esto, le sumamos que muchas veces, también se enfrentan a barreras idiomáticas, al estigma del personal sanitario y la mayoría, a dificultades de movimiento por horarios extenuantes, cuidado de familiares o porque son víctimas de trata. Si a todo esto le sumamos que deben desplazarse un mínimo de 3 veces para acceder al IVE (incluyendo desplazamiento entre islas dependiendo de dónde residan. Por ejemplo, si vives en Lanzarote deberás desplazarte a Gran Canaria para realizar el IVE) y le sumamos la falta de acompañamiento por la crisis del coronavirus o las dificultades añadidas al movimiento por esta causa, el acceso al IVE se convierte en un camino largo y tortuoso para ellas.



RECOMENDACIONES:

- ✓ **Facilitar el acceso** de las mujeres que manifiestan haber tenido alguna práctica de riesgo **a la prueba de embarazo y/o a la píldora postcoital** si así lo desean, tengan o no, tarjeta sanitaria. De esta forma se reduce la ansiedad y se recortan los tiempos que se invierten en la burocracia de acceso al sistema sanitario.
- ✓ Conocer si la mujer **ha accedido a algún otro tipo de intento de IVE** (pastillas, remedios caseros...) facilitará el conocer posibles riesgos asociados. Es posible que en ocasiones anteriores haya utilizado alternativas diferentes.
- ✓ Una vez que el resultado es positivo, **explicar bien el procedimiento** del IVE desde Atención Primaria puede reducir la ansiedad: dónde debe ir, cuántas veces deberá ir... Si detectamos que la mujer está sola y puede requerir un acompañamiento, conocer los recursos disponibles pueden facilitar la atención en estos momentos (ongs...).
- ✓ Si además, la **revisión post IVE, se facilita en el mismo centro de salud** (si la clínica donde se la derivó está muy alejada), esto puede suponer un ahorro de tiempo y de riesgos. Si además, ya hemos entablado con ella un inicio de relación de confianza.
- ✓ Valorar la **atención en salud mental relacionada con el IVE**. Sabemos que es un proceso de riesgo para la salud mental de las mujeres.
- ✓ Valorar la **prescripción de otros métodos de anticoncepción oral** (ACO) más seguros y de mayor duración como el dispositivo intrauterino (DIU) o el implante subcutáneo.
- ✓ Durante el período de confinamiento **garantizar que las mujeres puedan ir acompañadas** a practicarse una IVE, si así lo desean, si se respetan todas las normas de seguridad necesarias.

Prácticas de riesgo:

es posible que durante la pandemia sea necesario para su supervivencia que retome la actividad. Sin embargo, lo hará con más riesgos que anteriormente, no sólo por la COVID – 19 sino también porque los hombres se sienten una situación de aún más poder ante la vulnerabilidad de las mujeres. Ellos van a poder exigir prácticas de más riesgo, precios más bajos, más violencia... porque saben que ellas necesitan el dinero.

RECOMENDACIONES (muy relacionadas con las de reducción de daños):

- ✓ Conocer **dónde se reparten estos materiales** si no se puede hacer desde el propio centro de salud: qué organizaciones, con qué criterios, en qué momentos, cómo puede la mujer acceder a ellos.
- ✓ Conocer qué **tipos de materiales se pueden utilizar** para prevenir riesgos: preservativos masculinos: tipos, preservativos femeninos, lubricantes, bandas para sexo oral, esponjas vaginales, etc.



- ✓ Por otro lado, **revisar el correcto uso de estos materiales** también es importante. Saber si las mujeres los usan adecuadamente, si saben cómo y cuándo se pueden utilizar mejorará su salud y conoceremos el nivel de conocimientos con respecto a este material.
- ✓ Realizar **talleres prácticos y/o educación para la salud** sobre salud sexual y reproductiva
- ✓ Proponer la **vacunación del VPH** (y otras como la Hepatitis, dependiendo de disponibilidad) siempre y cuando se haya realizado una citología previa o bien, si vamos a utilizar esta estrategia para acercarnos a ella como una primera atención.
- ✓ Realizar una buena **anamnesis** sobre cómo se ha producido la práctica: **identificación de violencia**. En este caso, también es importante saber por parte de quién: pareja, usuario de prostitución, otros... Activar el protocolo de violencia de género, si es pertinente.
- ✓ Detectar posibles **prácticas de riesgo relacionadas con el intento de IVE**: uso de fármacos adecuados o no, uso de otras sustancias o procedimientos...

Otras patologías:

Como hemos indicado anteriormente, existen otras patologías que pueden estar relacionadas con el ejercicio de la prostitución y, que en numerosas ocasiones, guardan relación con las patologías que se describen en las víctimas de violencia de género: más infecciones de transmisión sexual, más infecciones del tracto urinario, dolores inespecíficos: de cabeza, dolor muscular, trastornos de la alimentación: relacionados con los horarios pero ahora también con la crisis y la escasez. Trastornos relacionados con los ciclos circadianos...

RECOMENDACIONES:

- ✓ Recordar que la atención debe estar **centrada en la paciente (desde un modelo biopsicosocial)** y preguntarle qué cree que le pasa, a qué lo atribuye o qué le preocupa puede ser una buena estrategia
- ✓ No siempre coinciden las **demandas explícitas** con las **implícitas** por eso es tan importante el primer punto.
- ✓ Intentar **evitar sesgos en la atención**: variaciones debidas al género, debidas al conocimiento sobre el área que estoy tratando...
- ✓ En ocasiones prestar atención a **acontecimientos biográficos importantes** para la mujer también puede darnos respuestas de lo que le está pasando en este momento
- ✓ No siempre pueden demostrar **enfermedades previas diagnosticadas** en otros países. Dar veracidad a lo que nos cuentan es importante para crear un vínculo de confianza



- ✓ **No obviar los determinantes sociales** que pueden dificultar el cumplimiento de recomendaciones básicas como hacer ejercicio, comer de forma saludable o descansar 8 horas por las noches.
- ✓ **Conocer sus condicionantes de vida y estilos de vida.** Abordar estos elementos durante la consulta de AP.

Prostitución y salud psicológica

Los problemas de salud psicológica (en la esfera de la salud mental) relacionados con la prostitución son muy variados y están mucho menos documentados que los problemas de salud física. Y se relacionan con la situación de prostitución en las dos direcciones: **como causa, y como consecuencia**. En muchos casos, la similitud entre los problemas de salud mental de las MeP y de las mujeres víctimas de violencia de género es muy grande, dando mayor validez a la petición de muchas organizaciones y actores sociales de incluir a la prostitución como una forma más de violencia machista, permitiendo así, que las MeP puedan acceder a los recursos específicos disponibles para estas situaciones.

Para muchas autoras estos problemas empiezan, en algunos casos, incluso antes de iniciarse en la actividad o, como algunas ex prostitutas explican, son la causa de que una mujer se inicie en la prostitución. Así, tanto Amelia Tiganus como Ámbar Li explican en sus conferencias que fueron víctimas de **agresiones sexuales** antes de entrar en prostitución. En ocasiones, especialmente en casos de trata con fines de explotación sexual, las agresiones sexuales son una estrategia para devastar la salud mental de las mujeres, que sumado al estigma y rechazo social las hace vulnerables a estas redes, antes y durante el delito de trata con fines de explotación sexual.

Una vez en prostitución, la sintomatología traumática se recrudece. De hecho, el **motivo que las lleva a iniciarse** en esta práctica y el **deseo de salir de ella**, son variables a las que hacen referencia los estudios de **depresión** y **trastorno de estrés postraumático** demostrando que, cuando la razón (el motivo) es externa tienes más riesgo de sufrirlas (Krumei-Mancuso, 2016). La **sintomatología disociativa** es también frecuente, dando cuenta de lo traumática y violenta que es en sí la prostitución.

Como decíamos al principio, el ejercicio de la prostitución es también causa de problemas de salud psicológica, y hay estudios que mantienen que las mujeres en prostitución se enfrentan a **miedos constantes** y mantenidos en el tiempo que les



producen problemas psicológicos: miedo al contagio de VIH y otras ITS, miedo al estigma, miedo al rechazo, miedo a la violencia y, probablemente ahora también miedo al coronavirus. Esto hace que las mujeres refieran más depresión, pensamientos suicidas o baja calidad de vida y que haya estudios que indiquen que la prevalencia de **depresión** entre estas mujeres sea del 62,4% (Yuen, y otros, 2017). También hay estudios que demuestran que estas mujeres sufren estrés postraumático (TEPT) a consecuencia de **violaciones mantenidas** en el tiempo (como decíamos anteriormente, si definimos la violación como un acto sexual no deseado, las mujeres en prostitución se enfrentan a ella de manera continuada: violencia sexual). Lo que está claro es que en la prostitución hay violencia, incluso en la página de una reconocida asociación regulacionista sudafricana (Sex Workers Education and Advocacy Taskforce, SWEAT³) hablan de un estudio de 2002 en el que un tercio de las mujeres manifiestan haber tenido sexo en contra de su voluntad en los últimos 6 meses, y hay organizaciones que recomiendan cursos de autodefensa para mujeres en prostitución. Por lo tanto, la violencia es una realidad y el TEPT podría ser una consecuencia de ella.

Una clara muestra de ello es la estrecha relación que existe entre la relación de prostitución y el **consumo de sustancias**, siendo un testimonio que se repite una y otra vez el consumo de alcohol y cannabis (principalmente) para poder mantenerse disociadas de la relación sexual no deseada. A su vez, el consumo agrava los problemas psicológicos, siendo un proceso de “pez que se muerde la cola”.

A todo lo anterior hay que sumarle el fuerte **estigma**, que las lleva a la pérdida de redes de apoyo, al ocultar a sus familiares y amistades una situación en la que pasan largas horas al día, con lo que ello supone también para la sintomatología disociativa y emociones de miedo al rechazo, culpa y vergüenza.

Además de todo esto debemos tener en cuenta cómo el **confinamiento**, en la actual situación de estado de alarma que vivimos, ha afectado a la salud psicológica de las mujeres, cómo han aumentado los casos de violencia de género durante este período de tiempo y todos los miedos asociados a esta crisis sanitaria que estamos viviendo (Instituto de la Mujer, 2020).

Durante la pandemia por COVID19 los problemas relacionados con el sufrimiento emocional han aumentado en toda la población. También en las mujeres que están en situación de prostitución. Además, como sabemos, muchas de las atenciones

³ <http://www.sweat.org.za/>



anteriormente presenciales ahora son telefónicas. Sin embargo, la semFYC nos recuerda, en su guía “La semFYC en tiempos de coronavirus” (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Marzo - Junio 2020) algunas ventajas que podrían ser útiles de las atenciones telefónicas y que en este colectivo podemos hacer hincapié en una de ellas: LA ACCESIBILIDAD. Poder hacer un seguimiento a través de una llamada telefónica, sin necesidad de que la persona se desplace y ofrecer ese espacio de desahogo durante el sufrimiento es una buena herramienta y algo positivo que sacar de todo esto.

Imagen que representa el tipo de patologías relacionadas con el aspecto psicológico de la salud que presentan las MeP atendidas por MdM. Datos extraídos de la base de datos de Médicos del Mundo con información sobre las mujeres en situación de prostitución desde el 01/01/2019 hasta el 30/11/2020



Recomendaciones para la atención psicológica de mujeres en situación de prostitución

Acceso a atención psicosocial:

La vulnerabilidad de estas mujeres va más allá de la salud física y social. Por un lado, el género ya es un factor de riesgo para la presentación de sintomatología depresiva por nuestros roles de género como cuidadoras principales, la violencia machista, los sesgos de género de los profesionales, etc. No por una cuestión de biología (Bacigalupe, 2020) . La ratio de riesgo mujer/varón de 2:1 (Valls-Llobet, 2017) pero, además, muchas de ellas vienen con historias de violencia, no sólo de género, desde sus países de origen y muchas de ellas están acostumbradas a tener muy pocos apoyos emocionales. Esta situación puede agravar procesos de soledad, nerviosismo, ansiedad o depresión. Estas mujeres van a sumar, a toda la situación que viven y han vivido, la exposición a una actividad que no quieren hacer y que puede amenazar gravemente su salud, aún más si cabe, más la situación de pandemia mundial que estamos viviendo.

La situación actual de pandemia producida por el COVID-19 ha puesto en marcha, por parte del Gobierno, un servicio de Atención Psicológica telefónica para mujeres víctimas de violencia de género. Sin embargo, es importante también conocer las especificidades de las MeP y, sin lugar a dudas, si mantenemos con ellas una longitudinalidad en el tiempo, la atención será mucho más efectiva. En relación a esto, MdM ha puesto en marcha también, un servicio de atención psicológica telefónica para las personas que atendemos en nuestros proyectos.

Pero, además, no está sólo la situación de violencia de género. La COVID-19 en sí misma, se ha convertido en un factor estresante. El mecanismo de transmisión hace que las personas cuidadoras, en su mayoría mujeres, estén en contacto más cercano con las personas y puedan convertirse en focos de infección o transmisión. Ocurre lo mismo con las mujeres en prostitución, por la imposibilidad de mantener la distancia social en su actividad. Con respecto a esto, ya se ha pronunciado la OMS lanzando algunas consideraciones (World Health Organization, 2020). Además, los hombres prostituidores no dejan de acudir a prostitución aún con COVID-19, saltándose las medidas de seguridad y aumentando la situación de vulnerabilidad de las MeP (aumenta su miedo al contagio y a contagiarse a su entorno) que, por necesidad, continúan, inician o vuelven al ejercicio de la prostitución haciendo más necesarias aún las políticas públicas que les permitan reducir las desigualdades en salud.



RECOMENDACIONES:

- ✓ **Conocer** los posibles síntomas, trastornos o patologías que puedan estar relacionados con la violencia de género y la explotación sexual
- ✓ **Constatar la atención a la salud mental** como una de las deficiencias de la Atención Primaria, sobre todo, con población tan vulnerable como la que estamos tratando.
- ✓ **Formar a los y las profesionales de salud mental en trastornos psicológicos** relacionados con el sistema prostiutucional desde un enfoque de género y basado en derechos humanos.
- ✓ **Valorar los roles de género** como posible explicación a algunos de los síntomas de salud mental manifestados por las mujeres
- ✓ Entender la importancia de no separar el cuerpo de la mente, priorizar la escucha y la palabra y aprender otras **fórmulas de intervención bio-psico-social con perspectiva de género**⁴
- ✓ El **seguimiento telefónico** como una manera de mejora la accesibilidad de las mujeres.

Uso de drogas:

Las drogas son habituales en los contextos de prostitución. Principalmente porque es el demandante el que las consume y por lo tanto, están al alcance de las mujeres. En la mayoría de los casos son los propios demandantes los que ofrecen las drogas a las mujeres y ellas se pueden iniciar en el consumo por motivos variados: conseguir más clientes, evadirse de la situación, pensar en otras cosas... En otras ocasiones tanto prostituyente (porque no quiere consumir solo) como proxenetas (por motivos económicos) obligan a las MeP a consumir. Al final, tener herramientas que nos permitan orientar la reducción de daños sobre el consumo de drogas como la negociación con los demandantes, el fingir el consumo, etc, pueden ser herramientas que mejoren la salud de las mujeres.

RECOMENDACIONES:

- ✓ Conocer la **vía y tipo de droga y frecuencia de consumo**. Las drogas más frecuentes en el entorno de la prostitución son la cocaína, la marihuana y el alcohol.
- ✓ Conocer **la edad de inicio, el lugar de inicio del consumo y la causa** para ello. Esto nos ayudará a comprender cómo el entorno de la prostitución afecta, de manera clara, en el consumo de drogas de estas mujeres.
- ✓ Tener en cuenta estos factores a la hora de **proponer cambios de hábitos**. Si el inicio fue en el entorno de la prostitución y por factores estresantes, será más complicado abandonarlo si persisten esos factores. En este aspecto, es recomendable buscar

⁴ En el libro de Sara Velasco *Sexos, género y salud*, explica las fórmulas de intervención y presenta resultados de la reducción de consultas en personas hiperfrecuentadoras con métodos de intervención específicos.



estrategias que reduzcan al consumo pero no sus ingresos, si el abandono de la prostitución no es posible.

- ✓ Conocer los **centros de rehabilitación para el abandono de la drogadicción** que puedan tener ingresos programados, en ocasiones, puede ser una buena herramienta.

Víctimas de trata:

Una parte de las mujeres que están en situación de prostitución son víctimas de trata lo que supone un delito y, por lo tanto, denunciabile. Muchas de ellas han pasado por consultas de Atención Primaria sin que nadie sospechara nada de su situación (APRAMP, 2017). Conseguir que las mujeres puedan acceder al sistema público, si tenemos personal sanitario formado y sensibilizado puede suponer un avance en la detección de indicios de este delito. **Crear un vínculo de confianza y poder citar varias veces a las mujeres para que sean capaces de contarnos su realidad es una de las cosas más importantes que se puede hacer desde Atención Primaria.**

Durante la situación actual que estamos viviendo, el Gobierno ha puesto en marcha, a través del Ministerio de Igualdad, un plan de contingencia para la violencia de género en el que se incluyen las mujeres víctimas de trata, de explotación sexual y MeP en contextos de alta vulnerabilidad. Conocer este plan, o saber de su existencia en los centros de Atención Primaria, también puede favorecer la mejora de la situación de las mujeres pues, a parte de las medidas económicas y habitacionales incluye una guía para las propias mujeres (Ministerio de Igualdad, 2020)

RECOMENDACIONES:

- ✓ **Mantenerse actualizada** sobre las políticas relacionadas con la violencia de género que puedan incluir a mujeres en contextos de prostitución
- ✓ Reforzar el **trabajo en equipo y multidisciplinar** dentro de los centros de salud para atender a estas mujeres
- ✓ Reconocer los **indicios de trata** y, sobre todo aquellos que están más directamente relacionados con la salud física de las mujeres (APRAMP, 2017)
- ✓ Formación a los y las profesionales en detección de indicios de trata. Sería conveniente que las personas que atienden MeP en consulta además de identificar indicios sepan qué hacer ante una sospecha.
- ✓ Formalizar **protocolos de actuación ante la detección de víctimas de trata** consensuados entre las diferentes administraciones y organizaciones implicadas (del mismo modo que ocurre con los protocolos de atención a víctimas de violencia machista)
- ✓ Conocer los **teléfonos de atención 24h** tanto públicos como de organizaciones privadas, para las víctimas de trata.



- ✓ Conocer y formarse acerca de las **recomendaciones éticas y de seguridad para entrevistar a mujeres víctimas de trata de personas** (existe un manual de la OMS con estas recomendaciones (Organización Mundial de la Salud, 2003))

Prostitución y salud social

La salud social es otro aspecto que puede ser abordado desde la consulta individual en Atención Primaria. Para ello, es importante tener en cuenta todo lo comentado anteriormente en esta guía: a qué nos referimos cuando hablamos de prostitución, cómo influye el género en todo esto, cómo influye el ser inmigrante, la clase social, tu raza, cómo influye el sistema sanitario en sí mismo... Además, aunque sea dentro del propio centro, ser conscientes de la necesidad de un equipo interdisciplinar para atender a estas mujeres es primordial. Simplemente el mostrador de administración puede convertirse, y en muchas ocasiones es, la principal barrera de acceso al sistema sanitario. No pensemos, desde la consulta sanitaria, que todas las que nos llegan son las que hay y tampoco pensemos, que todas las que han llegado han tenido un camino sencillo.

Para comenzar el periplo es necesario el **acceso al empadronamiento**, puerta de entrada a nuestra sociedad. Algo tan básico y fundamental dará acceso a cosas tan básicas como la tarjeta sanitaria, la educación o las medidas económicas que se han implantado para aplacar los efectos de la pandemia. Los criterios para acceder a él se presuponen sencillos, pero las trabas burocráticas a las que se enfrentan las mujeres lo han convertid, en lugar de una obligación que tiene la ciudadanía, en un acto discriminatorio y en un negocio paralelo que, como siempre, afecta a las personas más vulnerables⁵.

La **situación administrativa** es otra de las barreras a las que se enfrentan, pero no la única: el idioma, el desconocimiento del funcionamiento de los recursos... hace que estas mujeres acumulen vulnerabilidades y sea complejo ya no sólo acceder al sistema sanitario sino, insertarse en el mundo laboral de otra forma. De hecho, la situación desatada por la pandemia está acentuando que muchas de estas mujeres se planteen, por un lado, **abandonar la prostitución** y buscar otra opción laboral, pero por otro, que cada vez sea más difícil por la falta de oportunidades. Hay mujeres que desean hacerlo

⁵ <https://www.elsaltodiario.com/migracion/empadronamiento-sin-domicilio-fijo-negocio-derecho-ayuntamientos-se-niegan-reconocer>



pero no encuentran alternativas dignas y otras ni siquiera saben por dónde empezar a buscar una opción alternativa. En la situación actual, a este deseo se unirá también el miedo al contagio. Acompañar en este proceso es imprescindible y afecta a la salud de las mujeres. De hecho, hay estudios que indican que tener este deseo y no poder llevarlo a cabo puede influir en el estado de salud psicológica de la mujer (Farley, 2004). Además, muchas de ellas acaban ejerciendo como proxenetas según algunas psicólogas expertas en la materia, debido al efecto del síndrome de Estocolmo (Gutiérrez-García & Delgado-Álvarez, 2015).

Del mismo modo, hay muchos otros factores que afectan directamente a la salud de las mujeres, en este caso, el **estigma** en torno a la prostitución es una forma más de discriminación que les perjudica directamente. Esto hace que las mujeres en prostitución presenten una serie de vulnerabilidades que pueden influir en su estado de salud (Oliveira & Fernandes, Trabajadores del sexo y salud pública: intersecciones, vulnerabilidades y resistencia, 2017), en la dificultad de acceder a los recursos o en su calidad de vida. De hecho, el simple hecho del **lugar del ejercicio** influye en el estigma y la salud de las mujeres. La percepción social no es igual para una mujer que ejerce en la calle, en un club o que es prostituta "de lujo". A pesar de la diferencia social, no parece que haya diferencias a la hora de la exposición a los riesgos para la salud (Bellhouse, Crebbin, Farley, & Bilardi, 2015). Esto se puede explicar porque todas las mujeres son prostituidas, por lo tanto, víctimas del sistema prostitucional.

Por otro lado, el **nivel educativo** (muchas de las mujeres tienen un perfil formativo bajo) influye también en el estado de salud de las mujeres en prostitución, al igual que los **ingresos** donde vemos que, a mayor pobreza, mayor probabilidad de sufrir violencia. En el caso de los ingresos también es interesante conocer si la prostitución es la primera fuente de ingresos o la única y, con esta fuente a cuántas personas se mantiene. Es posible que existan mujeres expuestas a dobles o triples jornadas y que además una de ellas sea en horario nocturno.

En este apartado también incluimos el **apoyo social** con el que cuentan estas mujeres y cómo percibe su entorno el estigma de esta actividad (entorno que a menudo desconoce la situación de prostitución de la persona, provocando todavía más aislamiento social), los sistemas de afrontamiento con los que cuentan o incluso el país donde están ejerciendo. Además, la ausencia de redes de apoyo hace que abandonar la actividad, deseo que tienen muchas de ellas como comentábamos con anterioridad, pueda resultar inalcanzable.



Todas estas variables que hemos comentado hasta el momento, más las ya comentadas en el apartado de salud psicológica, serán determinantes para valorar la gravedad de la posible depresión o TEPT que pueda sufrir la mujer y del que hemos hablado con anterioridad. (Krumei-Mancuso, 2016).

Finalmente, todo lo visto hasta el momento, en las tres esferas de la salud, afecta la **calidad de vida** de las mujeres en prostitución, por lo que habría que preguntarse, cómo podemos nosotras contribuir para mejorar esa calidad de vida. Es posible que una de las aportaciones por parte de las y los profesionales sanitarios sea aportar más datos y evidencias científicas sobre la salud de estas mujeres, a parte de mejorar la calidad y equidad de su atención.

Problemas de salud social más frecuentes

Imagen que representa el tipo de patologías relacionadas con el aspecto social de la salud que presentan las MeP atendidas por MdM. Datos extraídos de la base de datos de Médicos del Mundo con información sobre las mujeres en situación de prostitución desde el 01/01/2019 hasta el 30/11/2020



Recomendaciones para la atención social de mujeres en situación de prostitución

Equipo multidisciplinar:

En los centros de Atención Primaria no sólo hay personal de medicina y de enfermería. En la gran mayoría de ellos hay también personal de trabajo social, en ocasiones hay matronas, incluso fisioterapeutas y personal de psicología. Después de todo lo expuesto es importante entender la necesidad de trabajar coordinados y utilizar todos los recursos que sean necesarios para ofrecer la atención más integral posible a las mujeres en situación de prostitución.

RECOMENDACIONES:

- ✓ Facilitar el **acceso a otras disciplinas** en el centro de salud. En la medida de nuestras posibilidades y las del centro, derivar los casos que precisen de la actuación de otro tipo de profesionales: trabajo social, matrona, fisioterapia, psicología...
- ✓ Ofrecer **información sobre el trabajo** que llevan a cabo el resto de profesionales que puedan ser de su interés en los centros de salud
- ✓ Fomentar los **seguimientos conjuntos**. Como hemos comentado con anterioridad, la salud de las mujeres que están en prostitución está compuesta por factores biológicos, psicológicos y sociales. Que haya una comunicación interdisciplinar es importante para una atención global.
- ✓ Realizar **formaciones sobre prostitución** en la que participen todas las personas relacionadas con la atención de las mujeres en prostitución, incluido el personal del equipo administrativo
- ✓ Derivar a **recursos comunitarios y servicios sociales** de la administración pública. Para ello es necesario contar con el fichero de recursos disponibles en cada área básica de salud.
- ✓ **Incorporar el uso de códigos Z** en las consultas de medicina de Atención Primaria. De esta forma damos visibilidad a los problemas de salud derivados de determinantes sociales.

Estigma:

El estigma de la prostitución está relacionado con muchas variables pero dentro del sistema sanitario influye invisibilizando los riesgos a los que se enfrentan las mujeres que están en esta situación. Es muy probable que en las consultas de Atención Primaria hayamos recibido pacientes que aún estando en esta situación, no lo han manifestado, por miedo, por vergüenza, por sentimientos de culpa... pero sobre todo porque



desconocen que la prostitución pueda suponer un riesgo para su salud más allá de las infecciones de transmisión sexual.

RECOMENDACIONES:

- ✓ Crear un **ambiente agradable y de confianza** en la consulta. Evitar elementos que dificulten la comunicación. Sin lugar a dudas, tener profesionales con contratos estables va a favorecer la relación de confianza.
- ✓ Facilitar **información** sobre los riesgos de la prostitución en la salud
- ✓ **No juzgar** prácticas sexuales o conductas de riesgo
- ✓ **Preguntar** proactivamente por la salud sexual y las relaciones sexuales
- ✓ **No juzgar** el hecho de que la mujer esté en prostitución

Deseo de abandonar la prostitución:

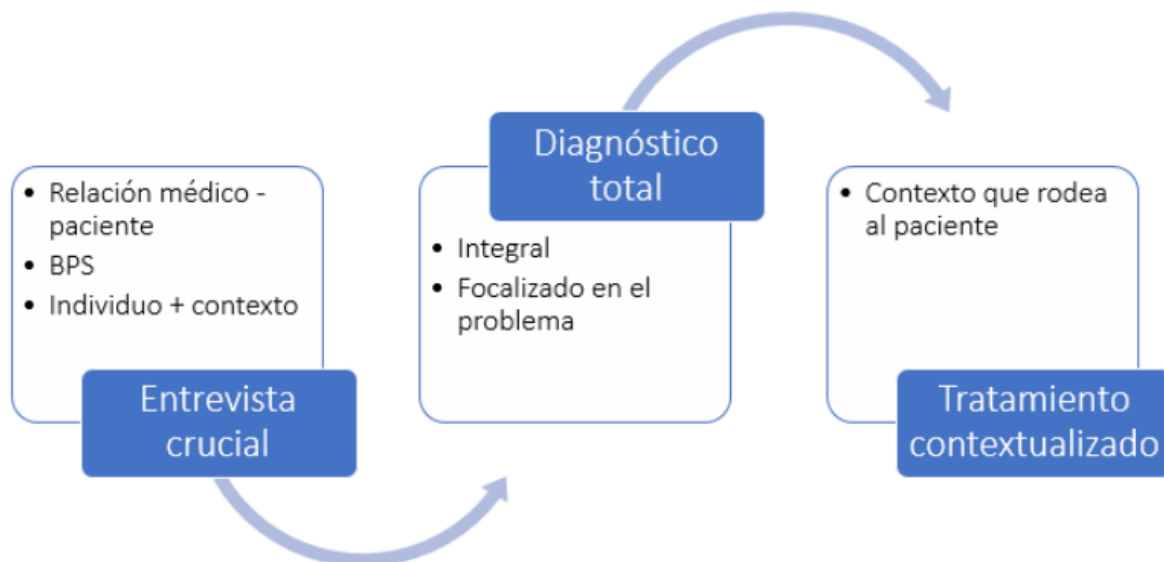
Como hemos detallado con anterioridad este deseo puede producir problemas de salud si se asocia a miedo a permanecer en prostitución, a frustración por no conseguir salir, depresión por no alcanzar metas deseadas...

RECOMENDACIONES:

- ✓ Facilitar **información** sobre organismos públicos o privados que puedan hacer un seguimiento del proceso
- ✓ Hacer un seguimiento del proceso para valorar posibles riesgos para su salud
- ✓ Facilitar **apoyo psicológico** si fuera necesario
- ✓ **No abandonar el seguimiento**, aunque se haya conseguido acceder al mundo laboral. Es frecuente que haya recaídas

A modo de resumen de la atención sanitaria individual con orientación comunitaria (Jose Luis & Franco, 2003)

3 recomendaciones básicas para la consulta

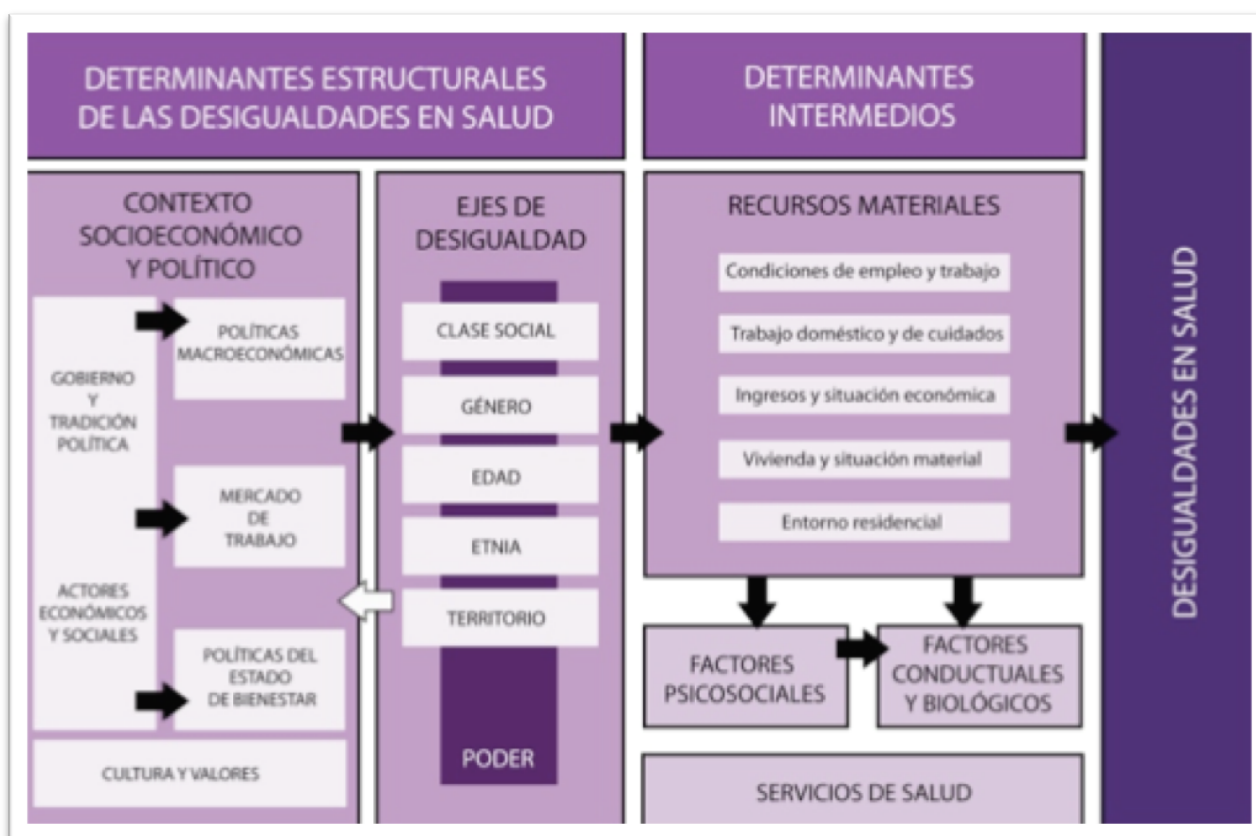


RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN COMUNITARIA

Salud Comunitaria y promoción de la salud



Ya hemos definido con anterioridad, en esta guía, la salud comunitaria, pero quizás es más fácil de recordar si pensamos en la frase acuñada por Halfdan Mahler en 1978: “la salud empieza en el hogar, en la escuela, en los campos y en las fábricas. Es ahí, en los lugares donde viven y trabajan, donde la salud se forja o se rompe”. Cuando hablamos de salud comunitaria por tanto, estamos hablando de determinantes sociales de salud, del contexto y de las condiciones de vida.



En el marco de los determinantes sociales de la salud sabemos que el contexto socioeconómico tiene un valor importante en la salud de las personas y las poblaciones. La situación socioeconómica es algo que se tiene que tener en cuenta a la hora de abordar el riesgo de morir y/o enfermar. Ya hay artículos que reconocen que este factor debería abordarse del mismo modo que se aborda el tabaquismo por ejemplo (Iacobucci, 2019). Como hemos explicado anteriormente en este documento, es



importante reconocer la prostitución como un fenómeno global que afecta, mayoritariamente a mujeres migrantes y empobrecidas. **En muchas ocasiones acaban en prostitución como única salida posible a mantenerse económicamente, no sólo a ellas, sino también a sus familias en origen.**

Lo que debemos tener claro a continuación es que todo lo anteriormente explicado no es unidireccional ni bloque a bloque. Es decir, no atendemos por un lado individualmente un problema de salud física, después atendemos otro de salud psíquica y después, también desde mi consulta, otro de salud social. No. Como bien dicen José Luis Turabián y Benjamín Pérez Franco en su artículo “Atención médica individual con orientación comunitaria – atención contextualizada: la figura es el fondo” “Practicar la atención comunitaria en la consulta individual significa atender de una forma integral a los pacientes -con un enfoque BPS- dando importancia a su entorno (contextualizando). La atención individual, familiar y comunitaria son elementos de una misma realidad y no se pueden separar. Cuando atendemos correctamente a una persona, estamos haciendo atención individual, familiar y comunitaria a la vez.

Está claro entonces, que los determinantes sociales van a ser claves en el abordaje de la salud de estas mujeres. Y, para ello, desde la medicina y la enfermería familiar y comunitaria se debería actuar hacia la generación de procesos comunitarios de empoderamiento en salud. (Jose Luis & Franco, 2003)

Recomendaciones para la promoción de la salud con mujeres en situación de prostitución

Desde la Atención Primaria

Para mantener la línea deseada de la Atención Primaria como herramienta que permita minimizar las inequidades en salud comenzaremos proponiendo dos intervenciones que se repiten a lo largo del libro “Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España-, 2015)”, que no por más obvias, son menos importantes:

RECOMENDACIONES:

- ✓ **Formación:** para todos los profesionales sanitarios
- ✓ **Investigación:** dedicar presupuesto a las investigaciones de las desigualdades en salud



Recomendaciones para reducir desigualdades en salud en Personas en Prostitución

Formación

- Derecho a la salud
- Género y Salud
- Prostitución y Salud
- Trata de mujeres con fines de explotación sexual

Investigación

- Efectos de la prostitución en la salud de las mujeres
- Dificultades de las mujeres en prostitución para garantizarse el derecho a la salud

Estas primeras propuestas de recomendaciones relacionadas con la formación del personal sanitario se proponen teniendo en cuenta la nueva situación en relación a las medidas adoptadas frente al Sars-CoV-2 y, sobre todo, siendo conscientes del despliegue de oportunidades que han surgido a través de plataformas de formación online. Tanto es así, que la propia SemFYC (Sociedad Española de medicina Familiar y Comunitaria) recomienda retomar la formación de los nuevos y las nuevas residentes en formato online y tener un catálogo de talleres a disposición de las unidades docentes que formen a las residentes en competencias concretas, como por ejemplo, las que presentamos en esta guía (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Marzo - Junio 2020). Además la propia SemFYC propone reforzar la investigación en AP de forma que nos permita analizar con rigor científico todos los aspectos necesarios para la atención.

Promoción de la salud:

Para desarrollar este punto nos hemos basado en la página web del observatorio de salud en Asturias (Asturias, 2020) que contiene una guía de salud comunitaria donde explica qué hacer paso a paso, pero también en una publicación de la PACAP de cómo iniciar un proceso de intervención comunitaria (PACAP). A esos pasos hemos añadido especificidades del grupo de mujeres en situación de prostitución.

RECOMENDACIONES:

- ✓ **Trabajar juntos:** diseñar un grupo de trabajo que tenga claras sus funciones, sea transparente y diseñe una estrategia. En este caso podemos hablar de personal del sistema sanitario, de organizaciones como Médicos del Mundo y de posibles MeP interesadas en participar. Es interesante conocer los requerimientos para la intervención comunitaria desde los equipos de atención primaria.



Requerimientos para la intervención comunitaria desde los equipos de atención primaria

Requerimientos externos	Requerimientos internos
Existencia de un territorio y población definidos (zona de salud).	Acuerdo consensuado de los profesionales del equipo de salud.
Existencia de un equipo de atención primaria.	Constitución de un pequeño grupo de trabajo.
Conocimiento y convivencia, no es necesario entusiasmo, de la administración sanitaria de la que dependa el centro de salud.	Implicación formal (no voluntarista) como parte del trabajo profesional.
Coordinación con los servicios sociales y educativos presentes en la zona de salud.	Información normalizada y sostenida de las actividades a todos los miembros del equipo de salud.
Conocimiento y convivencia (mejor colaboración franca) con el ayuntamiento al que pertenezca la zona de salud.	Incorporación de esta área de trabajo a la formación, docencia e investigación del centro de salud.

Figura extraída del documento (PACAP)

- ✓ **Participación activa de las mujeres** en programas de salud que se promuevan desde el centro, pero contando con sus preocupaciones, necesidades y saberes, identificando aquellas mujeres que se puedan implicar en el proceso. Es importante conocer el nivel de participación del que partimos y reconocer el protagonismo de las mujeres sobre su salud. El centro de salud se va a convertir en un recurso de la comunidad más para ellas.
- ✓ **Identificar los problemas:** Salir del centro de salud a los espacios de prostitución. En la medida de nuestras posibilidades y las del centro, acceder a los lugares donde están las mujeres en prostitución para conocer su realidad, su contexto y sus problemas asociados.
- ✓ **Analizar los activos disponibles.** Elaborar un mapa de activos en salud de la comunidad. Identificar todos aquellos activos de que disponen las mujeres en el lugar donde se encuentren y poner en valor los suyos propios.



Figura 1.—Los servicios y la comunidad

Figura extraída del documento (PACAP)

- ✓ **Priorizar** sobre qué debemos y podemos actuar: definir criterios que utilizaremos.
- ✓ **Elaborar un proyecto salutogénico:** Para ello buscaremos evidencias previas que nos sean de utilidad para identificar intervenciones efectivas
- ✓ **Actuar:** establecer un plan de acción que cuente con un plan de comunicación
- ✓ **Evaluar:** diseñar la evaluación y evaluar lo que hemos hecho

Existen metodologías y formas diferentes de hacer todo lo arriba recomendado. y algunos ejemplos prácticos (como cuenta por ejemplo, la Guía Tejiendo Salud) que precisan, no sólo de personal sanitario que realice estas funciones, sino también de apoyo por parte de la administración pública.



ANEXOS

Buenas prácticas que mejoran la salud de las MeP en la atención individual



Buenas prácticas que mejoran la salud de las MeP en la atención comunitaria



Ideas sobre nuevos temas de investigación que puedan mejorar la salud de las MeP y conocer mejor su realidad.



GLOSARIO

AP	Atención Primaria
ACO	AntiConceptivos Orales
SNS	Sistema Nacional de Sanidad
BPS	Bio psico social
OMS	Organización Mundial de la Salud
MdM	Médicos del Mundo
MeP	Mujer en Prostitución
PACAP	Programa de Atención Comunitaria en Atención Primaria
VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana
ITS	Infección de Transmisión Sexual
VPH	Virus del Papiloma Humano
PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
DIU	Dispositivo IntraUterino
TEPT	Trastorno de Estrés Post Traumático
SemFyC	Sociedad española de medicina Familiar y Comunitaria



BIBLIOGRAFÍA

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2020). Situación de los Derechos Humanos en Colombia.
- APRAMP. (2017). Guía de Intervención con víctimas de trata para profesionales de la salud. APRAMP.
- Asturias, O. d. (25 de Octubre de 2020). Observatorio de Salud en Asturias. Obtenido de Guía de Salud Comunitaria: <https://obsaludasturias.com/obsa/guia-salud-comunitaria/7-guia-de-actuacion/fase-1-trabajar-juntos/>
- Bacigalupe, A. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitari, 34, 61-67.
- Bellhouse, C., Crebbin, S., Farley, C., & Bilardi, J. (2015). The impact of Sex Work on Women's Personal Romantic Relationships and the mental separation of their work and personal lives: a mixed method study. PLOS ONE.
- Canadian Government. (1985). Pornography and prostitution in Canada: report of the Special Committee on Pornography and Prostitution. Canadá: Departamento de Justicia.
- Dirección General Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. (Febrero 2020). Protocolo de coordinación para la atención a personas en riesgo de exclusión social (situación de prostitución) atención, vacunas y equidad. Las Palmas de Gran Canaria.
- Duff, P., Ogilvie, G., Shoveller, J., Amram, O., Chettiar, J., MNguyen, P., & Shannon, K. (2016). Barriers to Cervical Screening Among Sex Workers in Vancouver. American Journal of Public Health.
- Farley, M. (2004). Bad for the body, bad for the heart: prostitution harms women even if legalized or decriminalized. Violence Against Women.
- Gutiérrez-García, A., & Delgado-Álvarez, C. (2015). Una propuesta de medidas integrales para abordar la prostitución en España. Journal of feminist, gender and Women Studies, 3 - 13 .
- H, P., C, Z., & Yuen-Loke, A. (2017). The Socio-Ecological Model Approach to Understanding Barriers and Facilitators to the Accessing of Health Services by Sex Workers: A Systematic Review. AIDS Behaviour.
- Iacobucci, G. (2019). Socioeconomic status should be seen alongside smoking as mortality risk. British Medical Journal.
- Instituto de la Mujer. (2020). La perspectiva de género esencial en la respuesta al COVID-19. Ministerio de Igualdad.
- Jose Luis, T., & Franco, B. P. (2003). Atención médica individual con orientación comunitaria - atención contextualizada: la figura es el fondo. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria.
- Krumei-Mancuso, E. J. (2016). Sex Work and Mental Health: A Study of Women in the Netherlands. Springer Science + Business Media.
- Mak, R., L, V. R., & C, C. (2004). Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. Sex Trans Infect, 118 - 120.



- Matamala, M. I. (2006). El cuidado de la salud, atención primaria y justicia de género. Observatorio de Equidad de Género en Salud.
- Meneses-Falcón, C. (2010). Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. Revista española de drogodependencias, 329 - 344.
- Ministerio de Igualdad. (2020). Guía de actuación para mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual y para mujeres en contextos de prostitución. Situación de emergencia derivada por el confinamiento por la epidemia de coronavirus. Madrid: Ministerio de Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Vigilancia Epidemiológica del VIH y Sida en España. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España-. (2015). Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en sociales en salud en España. Madrid.
- Ojer-Tsakiridu, D., Franco-Vidal, A., Varela-Uría, J., López-Sánchez, C., Junquera-Llaneza, M., Cuesta-Rodríguez, M., & Fernández-Ollero, M. (2008). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres que ejercen la prostitución en Asturias. Gaceta Sanitaria, 40 - 43.
- Oliveira, A., & Fernandes, L. (2017). Trabajadores del sexo y salud pública: intersecciones, vulnerabilidades y resistencia. Salud Colectiva, 199 - 210.
- Oliveira, A., & Fernandes, L. (2017). Trabajadores del sexo y salud pública: intersecciones, vulnerabilidades y resistencia. Salud Colectiva, 199 - 210.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para entrevistar a mujeres víctimas de trata de personas. London: Organización Mundial de la Salud.
- PACAP. (s.f.). ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. Madrid: SemFYC.
- Padilla, J. (2019). ¿A quién vamos a dejar morir? Sanida pública, crisis y la importancia de lo político. Capitan Swing.
- Parriott, R. (1994). Health experiences of Twin Cities women used in prostitution. Unpublished survey initiated by WHISPER.
- Ranea-Triviño, B. (Mayo de 2016). Analizando la demanda: relación entre masculinidad hegemónica y prostitución femenina. Investigaciones feministas, 7(2), 313 - 330.
- RedCaps. (2017). Infección de orina recurrente ¿Qué dice nuestra RedCaps? Mujer y Salud(42).
- Rekart, M. (2005). Sex-Work harm reduction. Lancet, 23 - 34.
- Ruiz-Cantero, M. T. (2005). ¿Están los médicos realmente preparados para atender mujeres? Mujer y Salud.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (Marzo - Junio 2020). La SemFYC en tiempos de coronavirus. Barcelona.
- United Nations. (2020). The impact of COVID-19 in Women.



- Urbanos-Garrido, R. (2016). Las desigualdades en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Madrid: Gaceta Sanitaria.
- Valls-Llobet, C. (2017). Mujeres, Salud y Poder. Ediciones Cátedra.
- Velasco-Arias, S. (2009). Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer.
- World Health Organization. (1978). Declaration of Alma Ata. Alma Ata.
- World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak.
- Yuen, W., Tran, L., Carlos, K.-H., Eleanor, H., Catherine, S.-K., & Chi-Wai, W. (2017). Psychological health and HIV transmission among female sex workers: a systematic review and metaanalysis. AIDS Care, 28(7).