



# Atención a la salud de las mujeres en situación de prostitución: revisión narrativa sistematizada

Health care for women in situation of prostitution: systematized narrative review

## AUTORES

**(1)** Dayanne Zoily Pantoja-Maldonado  
[ORCID: 0009-0002-7243-9373]  
**(2,3)** Elisabet Torrubia-Pérez  
[ORCID: 0000-0003-4230-606X]

**(3,4)** Georgina Casanova-Garrigós  
[ORCID: 0000-0002-3652-9745]  
**(5)** Aleksandra Swieszek  
[ORCID: 0009-0006-9036-8192]

## FILIACIONES

- (1)** Enfermera. Clínica Terres de l'Ebre. TORTOSA (TARRAGONA), ESPAÑA.
- (2)** Profesora Lectora. Departamento de Enfermería; Universitat Rovira i Virgili. TORTOSA (TARRAGONA), ESPAÑA.
- (3)** Grup de Recerca en Infermeria Avançada SGR 161; Universitat Rovira i Virgili. TORTOSA (TARRAGONA), ESPAÑA.
- (4)** Profesora Lectora. Plan Serra Húnter. Departamento de Enfermería; Universitat Rovira i Virgili. TORTOSA (TARRAGONA), ESPAÑA.
- (5)** Enfermera. Braun Avitum Nefrovall. LA VALL D'UIXÓ (CASTELLO), ESPAÑA.

## FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido financiación.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

## CORRESPONDENCIA

**Elisabet Torrubia Pérez** [elisabet.torrubia@urv.cat](mailto:elisabet.torrubia@urv.cat)  
Avinguda Remolins, 13-15. CP 43500. Tortosa (Tarragona), España.

## CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

**CONCEPTUALIZACIÓN:** DZ Pantoja-Maldonado, E Torrubia-Pérez, A Swieszek.

**INVESTIGACIÓN:** DZ Pantoja-Maldonado, A Swieszek.

**VALIDACIÓN:** DZ Pantoja-Maldonado, E Torrubia-Pérez, G Casanova-Garrigós, A Swieszek.

**REDACCIÓN-BORRADOR ORIGINAL:** DZ Pantoja-Maldonado, E Torrubia-Pérez, A Swieszek.

**REDACCIÓN-REVISIÓN Y EDICIÓN:** E Torrubia-Pérez, G Casanova-Garrigós.

**METODOLOGÍA:** E Torrubia-Pérez, G Casanova-Garrigós.

**VISUALIZACIÓN:** G Casanova-Garrigós.

**ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO:** E Torrubia-Pérez.

**SUPERVISIÓN:** E Torrubia-Pérez, G Casanova-Garrigós.

## CITA SUGERIDA

Pantoja-Maldonado DZ, Torrubia-Pérez E, Casanova-Garrigós G, Swieszek A. Atención a la salud de las mujeres en situación de prostitución: revisión narrativa sistematizada. *Rev Esp Salud Pública*. 2025; 99: 18 de febrero e202502009.

## RESUMEN

**FUNDAMENTOS //** El contexto en el que se encuentran las mujeres en situación de prostitución las hace más susceptibles a sufrir violencia de múltiples características, incluida la vulneración al derecho a la salud de muchas de ellas, condicionado por los prejuicios relativos a las enfermedades venéreas, la común irregularidad administrativa o el estigma inherente. El objetivo de este trabajo fue identificar los principales retos de la atención a la salud de las mujeres en situación de prostitución.

**MÉTODOS //** Se realizó una revisión narrativa sistematizada mediante la búsqueda en las bases de datos *Scielo*, *PubMed*, *Dialnet* y *Cuiden*, de estudios primarios publicados entre 2018 y 2023. La búsqueda de literatura se realizó por pares entre los meses de enero y marzo de 2023.

**RESULTADOS //** Se seleccionaron un total de diecinueve artículos en los que destacaron las siguientes líneas temáticas: acceso al Sistema Sanitario; prevalencia y factores de riesgo del VIH y otras ITS; prevención del VIH y uso de la PrEP; y atención integral y biopsicosocial frente a los problemas de salud de las mujeres en situación de prostitución.

**CONCLUSIONES //** La atención a la salud de las mujeres en situación de prostitución se centra generalmente en la salud sexual y reproductiva, pero la atención sanitaria debe abarcar su salud de forma más amplia, dado que presentan necesidades importantes en el ámbito de la salud mental, la exposición a la violencia, así como las condiciones higiénicas y de salubridad. Las prácticas promotoras del autocuidado son imprescindibles para que las propias mujeres tomen un papel activo en la prevención y promoción de la salud.

**PALABRAS CLAVE //** Prostitución; Trabajo sexual; Salud de la mujer; Atención a la Salud; Accesibilidad a los servicios de Salud; Evaluación de necesidades.

## ABSTRACT

**BACKGROUND //** The context in which women in prostitution find themselves makes them more susceptible to suffering violence of multiple characteristics, including the violation of the right to health of many of them, conditioned by prejudices related to venereal diseases, common administrative irregularity or the inherent stigma. The objective of this work was to identify the main challenges of health care for women in prostitution.

**METHODS //** A systematic narrative review was carried out by searching the *Scielo*, *PubMed*, *Dialnet* and *Cuiden* databases for primary studies published between 2018 and 2023. The literature search was carried out by peer review between the months of January and March 2023.

**RESULTS //** A total of 19 articles were selected, highlighting the thematic lines: access to the Health System; prevalence and risk factors for HIV and other STIs; HIV prevention and use of PrEP; and comprehensive and biopsychosocial care for the health problems of women in prostitution.

**CONCLUSIONS //** Health care for women in prostitution generally focuses on sexual and reproductive health, but health care should cover their health more broadly, given that they have significant needs in the area of mental health, exposure to violence, and hygiene and health conditions. Self-care practices are essential for women themselves to take an active role in prevention and health promotion.

**KEYWORDS //** Prostitution; Sex work; Women's health; Delivery of health care; Health services accessibility; Needs assessment.

## INTRODUCCIÓN

El grueso de la actividad ejercida en el ámbito de la trata de seres humanos es la explotación sexual, en la que se encuentran multitud de personas en situación de vulnerabilidad debido a sus condiciones económicas y sociales, la mayoría de las cuales son mujeres y niñas. Cerca del 50% del total de personas víctimas de trata lo son con fines de explotación sexual (1,2), y alrededor de un 20% de éstas acaban ejerciendo la prostitución para el beneficio de terceros (3). Se han reportado más de 14.000 víctimas de la trata de personas con fines de explotación sexual repartidas por, al menos, ciento seis países diferentes, aunque se estima que ese dato puede ser mucho mayor. El 67% corresponde a las mujeres adultas, el 25% a niñas, el 5% a hombres adultos y el 3% a niños (1,4). Esta mayoría de mujeres y niñas acaban siendo las principales víctimas de maltrato tanto físico como psicológico (5); por ello, para englobar esta mayoría, en este trabajo se hará uso del término *mujeres en situación de prostitución* (MSP).

A lo largo de los últimos años ha ido incrementándose la concienciación social y la visibilización sobre la situación en la que se encuentran las mujeres procedentes de la trata de personas con fines de explotación sexual, devenida por la arraigada situación de desigualdad en la que se ha posicionado el género femenino a lo largo de la historia (6,7), tratándose de una forma más

de violencia ejercida hacia las mujeres de modo sistemático (4,8). La violencia de género se entiende como una de las expresiones de desigualdad que se puede dar en cualquier tipo de relación entre hombres y mujeres, basada en la subordinación de estas últimas. Esta desigualdad ha estado sustentada a lo largo de los años por un sistema social patriarcal, que ha perpetrado una violencia estructural hacia la mujer por el mero hecho de serlo (4,9,10).

Según la Real Academia Española de la Lengua (RAE), la prostitución es la actividad de quien mantiene relaciones sexuales con otras personas a cambio de dinero (11). Sin embargo, esta definición es muy simple para la complejidad que abarca el fenómeno, que ha ido cambiando acorde a las diferentes etapas históricas. Según la literatura, se conoce que la prostitución ha estado presente en el mundo previamente a la instauración del calendario gregoriano, antes de Cristo. Ha tenido cabida en la Edad Antigua (12), la Edad Media, la Edad Moderna (13) y la Edad Contemporánea, perdurando hasta la actualidad (9).

Actualmente, en el Estado español, el sistema *prostitucional* se encuentra en una situación de alegalidad. La ley detecta fallos por parte de los distintos modelos legales relativos al mismo y no está ni regulado ni prohibido (14). La trata de personas es uno de los negocios delictivos que más beneficios aporta junto con las drogas y el tráfico de armas (15), y afecta sobre todo a las mujeres y niñas (4,15). Según

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciente lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

el *Informe de situación de la Trata de Seres Humanos con Fines de Explotación Sexual* realizado por el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), en España cerca de 45.000 mujeres se encuentran en situación de prostitución (4). Sin embargo, dada la dificultad de obtención de estos datos, hay autores/as que afirman que este número podría oscilar realmente entre 110.000 (5) o 350.000 mujeres (16). A menudo, suele tratarse de mujeres jóvenes, de entre veinte y cuarenta años (17), de origen migrante (17-19) y bajo nivel académico, que tienen menores a su cargo y provienen de una situación de pobreza y violencia (1,20). Merecen especial mención las mujeres transexuales/transgénero, cuya exclusión social implica dificultades importantes de inserción laboral y que, a menudo, recurren a la prostitución para su subsistencia (5,20).

Desde un análisis interseccional, la exposición en la que se encuentran estas mujeres, en especial aquellas víctimas de trata, las hace más vulnerables a situaciones de violencia de todo tipo (19,21). La violencia física a menudo es ejercida por los consumidores de prostitución y puede incluir empujones, tirones de pelo, bofetadas, golpes o patadas, así como conductas sexuales bruscas, como las penetraciones violentas (21). Además, se incrementan los riesgos higiénicos y sanitarios, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (22,23). Son múltiples las estrategias planteadas para prevenir estos riesgos como lo es el uso sistemático de la PrEP (Profilaxis preexposición para el VIH) que consiste en la toma de medicación específica oral, intramuscular o intradérmica para prevenir la transmisión del VIH a

través del coito o de la inyección de estupefacientes (24).

A nivel psicológico, especialmente aquellas víctimas de trata tienen mayor probabilidad de ser sometidas a continuos malos tratos, tender a la disociación, hallarse bajo amenaza constante de hacer daño a sus familias y bajo un control continuo que las impide escapar (20,25). El consumo de drogas como recurso de afrontamiento es común y se calcula que cerca del 60% de las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual presenta sintomatología propia de diagnósticos relacionados con problemas de salud mental, siendo los más comunes el Trastorno de Ansiedad Generalizada (más del 60%), Trastorno de Estrés Postraumático (21,7%), Trastorno Depresivo Mayor (8,7%) y Trastorno del Pánico (8,7%). Este hecho implica así un doble estigma, por padecer enfermedad mental y por ejercer la prostitución (26).

Finalmente, cabe señalar que actualmente en España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se encuentra con grandes trabas a la hora de prestar una atención de calidad a esta población. Esto se ve reflejado en los problemas de accesibilidad que afectan a las personas en situación de prostitución, como son los tiempos de espera o la propia dificultad de acceso a los servicios de salud (23,27). Destaca como factor más influyente el hecho de que el 80%-90% de esta población sea migrante (16,28) ya que, a menudo, las MSP encuentran dificultades importantes a la hora de realizar trámites administrativos, por un escaso dominio del idioma, por el posible incumplimiento de ciertos requisitos, dada su situación de irregularidad administrativa, o por el miedo a que se las investigue (23).

Por otro lado, el estigma social con el que cargan las personas en situación de prostitución las ubica en el imaginario colectivo como personas sin derecho a asistencia sanitaria y, como tal, existen profesionales de la salud que no contemplan la atención a este colectivo como parte de su trabajo regular (27-29).

Sin duda, las MSP, aún tratándose de un grupo heterogéneo por su procedencia, motivación o características, resultan un grupo vulnerable de la población cuyos derechos fundamentales, entre ellos el de la salud, son violados sistemáticamente. Los servicios sanitarios tienen la oportunidad de contribuir a la mejora de su calidad de vida, por lo que el objetivo de esta investigación fue identificar los principales retos de la atención a la salud de las mujeres en situación de prostitución, que puedan servir para diseñar protocolos y políticas efectivas de prevención y tratamiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Con la finalidad de alcanzar el objetivo principal de la investigación, se llevó a cabo una revisión narrativa por las ventajas de su alcance, y se sistematizó siguiendo las directrices PRISMA 2020 del Joanna Briggs Institute aplicables (30,31), con la cual se alcanza la discusión y ampliación de conocimiento mediante la revisión en profundidad de la literatura científica disponible de una forma estructurada tras la búsqueda, evaluación crítica y síntesis de ésta (32).

La búsqueda se llevó a cabo durante los meses comprendidos entre enero y marzo de 2023, en las bases de datos de ámbito sanitario Scielo, PubMed, Dialnet y Cuiden. Las ecuaciones de

búsqueda se configuraron mediante el uso de los operadores booleanos AND y OR, combinados con los términos de lenguaje libre y recogidos en los tesauros Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) [TABLA 1], tales como *Prostitución, Salud, Prevención, Enfermería, Trabajo sexual, Género y Salud*.

Las diferencias en el lenguaje libre en este ámbito a menudo difieren y pueden definir la postura ideológica propia de las investigaciones con respecto al sistema *prostitucional*. En los estudios se utilizan múltiples acepciones como *trabajadoras sexuales, prostitutas, trabajadoras del sexo o mujeres en situación de prostitución*, entre otras, para hacer referencia a las mismas. Dada la complejidad, desde la neutralidad y como se ha mencionado anteriormente, en esta investigación se aboga por la utilización de este último término, ya que se considera que abarca con mayor precisión la heterogeneidad de la población de estudio.

Para la selección de los artículos se definieron los criterios de inclusión siguientes: a) artículos publicados en los últimos cinco años; b) de acceso abierto; c) cuyo idioma de redacción fuera español, inglés o portugués; d) investigaciones primarias. Se excluyeron así revisiones de la literatura y estudios cuya temática divergiera de la de este trabajo.

## RESULTADOS

Se realizó una revisión sistematizada por pares mediante la cual, y siguiendo la estrategia de búsqueda, se seleccionaron un total de diecinueve artículos. Dos miembros del equipo investigador realizaron la revi-

Tabla 1  
 Estrategias de búsqueda.

<b>Ecuación de búsqueda</b>	<b>Filtros</b>	<b>Bases de datos</b>	<b>Documentos recuperados</b>	<b>Documentos filtrados</b>	<b>Documentos seleccionados</b>
(Prostitución) OR (Trabajo Sexual) AND (Enfermería) AND (Género y salud)	Solo texto completo. De 2018 a 2023.	<i>CUIDEN</i>	122	13	7
(Trabajo Sexual) AND (Enfermería) AND (Género y salud)	Año de publicación: 2018-2023. Tipo de literatura: artículo.	<i>Scielo</i>	5	3	2
((Sex Work) OR (Prostitution)) AND (Health) AND (Nursing) AND (Prevention and Control)	Fecha de publicación: últimos 5 años. Texto completo. Idioma inglés, español, portugués.	<i>PubMed</i>	542	183	10
((Trabajo Sexual) OR (Prostitución)) AND (Enfermería) AND (Género y Salud)	Artículo de revista. Rango de años. Textos completos.	<i>Dialnet Plus</i>	47	8	0
<b>TOTAL</b>			<b>716</b>	<b>207</b>	<b>19</b>

sión de manera simultánea e independiente; si en algún momento aparecieron discrepancias, se resolvieron por un tercero/a. A partir de la combinación de términos y operadores booleanos, en la **TABLA 1** se puede observar el volumen de documentos obtenidos en cada base de datos antes y después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión descritos; y el diagrama de flujo realizado siguiendo las directrices *PRISMA* (31) representa visualmente el proceso de filtración de las fuentes [FIGURA 1].

De los setecientos dieciséis registros recuperados inicialmente, se seleccionaron diecinueve que responden específicamente a los criterios de búsqueda propuestos. Siguiendo las directrices para revisiones descritas por el *Joanna Briggs Institute* (30), la información más relevante de los artículos incluidos en el estudio queda recogida en la **TABLA 2**.

## DISCUSIÓN

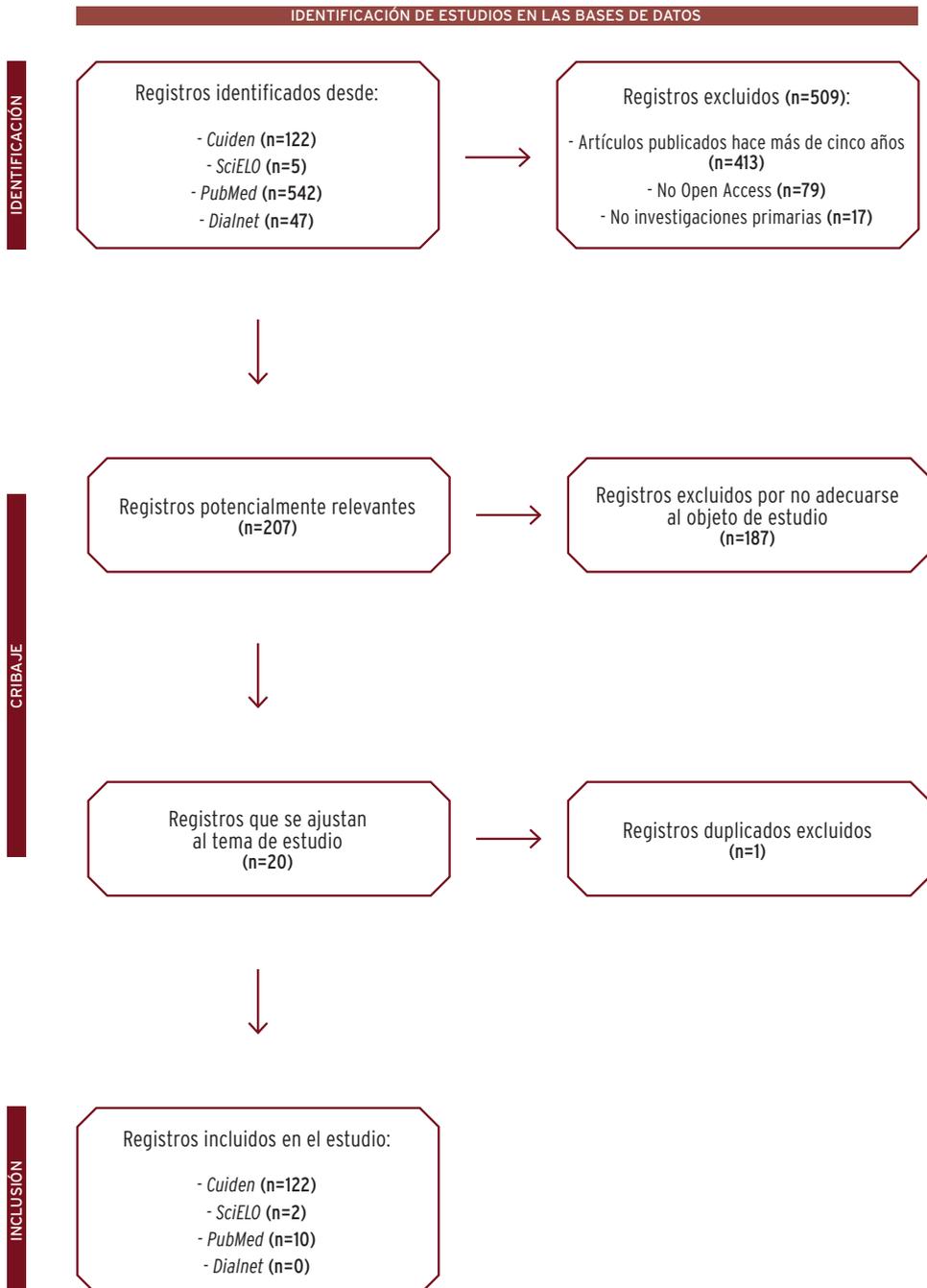
**E**n los estudios analizados, se puede apreciar que los temas tratados abarcan, en gran parte, los factores de riesgo del VIH y los riesgos asociados al uso del preservativo. Otros estudios han contemplado los factores socioeconómicos, laborales y medioambientales que influyen en la calidad de vida de las MSP. A su vez, aparece como tema recurrente el prejuicio y el estigma que rodea a esta población, así como su impacto en la atención por parte de los profesionales sanitarios y del acceso a los sistemas de salud, que se vuelve complicado. Estos temas destacados trazan los principales retos de la atención a la salud de las mujeres en situación de prostitución,

alcanzando el objetivo propuesto en este trabajo. De este modo, los resultados clave se han podido agrupar en las dificultades de acceso al Sistema Sanitario, la prevalencia y factores de riesgo del VIH y otras ITS, la prevención del VIH y uso de la PrEP, y la atención integral y biopsicosocial frente a los problemas de salud de esta población en cuestión.

Es llamativa la tendencia del interés investigador en los últimos cinco años por lo que refiere a esta temática en función de la localización geográfica. Los artículos recuperados han sido llevados a cabo en EE.UU. (38), Canadá (42), España (29,49), China (35,44), Colombia (50), Uganda (40), Zimbabue (43), Brasil (34,37,41,46,47,48) y Etiopía (33,36,39,45). El alto volumen de investigaciones realizadas en el continente africano y Sudamérica, destacando Etiopía y Brasil, respectivamente, responde directamente a las necesidades urgentes de intervención sanitaria en esta población, dada la alta afluencia de trata de personas provenientes de estas zonas geográficas, las condiciones de insalubridad y la alta demanda de servicios sexuales (1,2,16,19).

**Acceso al Sistema Sanitario.** Dando respuesta al objetivo principal de esta investigación vemos una de las primeras dificultades relacionadas con el mismo que se encuentran las MSP, que es el difícil acceso al sistema sanitario, limitado por el contexto legal en el que se ve envuelto el sistema *prostitucional*. El acceso a los servicios sanitarios de estas personas se enfoca desde una perspectiva básicamente legislativa, obviando la ética y la universalidad, teniendo como punto de partida la

Figura 1  
Diagrama de flujo PRISMA 2020.



**Tabla 2**  
 Descripción de los artículos seleccionados para la revisión.

<b>Autoría, año y país</b>	<b>Metodología</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados y conclusiones</b>
<b>Tadesse et al.</b> <sup>(33)</sup>  2020, Etiopía	Estudio transversal cuantitativo.	Evaluar la práctica preventiva del VIH y los factores asociados entre las MSP en la región de Afar.	419 MSP en la región de Afar.	La práctica preventiva del VIH entre las MSP es muy baja (61,1%) en comparación al informe de progreso del país (98%). La práctica preventiva viene asociada al nivel de estudios, ser consumidor de alcohol y tabaco y el conocimiento sobre la transmisión del VIH anterior a ser MSP.
<b>Santos Couto et al.</b> <sup>(34)</sup>  2020, Brasil	Estudio cualitativo.	Conocer las representaciones sexuales de las MSP sobre su sexualidad.	69 MSP en la región del Alto Sertao Productivo Baiano.	La satisfacción sexual para las trabajadoras se estructura en términos de dinero y satisfacción (placer). Estos revelan tres dimensiones: la autoestima, el acto sexual y el financiero. Se sugiere que las enfermeras replanteen los cuidados y vayan más allá de la prevención de ITS, centrándose en la salud sexual como un elemento de calidad de vida.
<b>Chang et al.</b> <sup>(35)</sup>  2018, China	Estudio transversal cuantitativo.	Examinar la asociación de las características del cliente y el entorno del lugar sobre el uso del preservativo y la autoeficacia entre las MSP de la calle.	248 MSP en Shanghai.	La autoeficacia de las MSP es importante en sus comportamientos de riesgo del VIH solo cuando se ajustaron las características del entorno. La baja autoeficacia se asoció marginalmente con el uso poco frecuente del preservativo. A medida que se agregaron las características del cliente y del lugar, se fortalecieron las asociaciones entre la autoeficacia y el uso del preservativo. Visitar múltiples lugares y tener trabajadores migrantes como clientes también se asoció con el poco uso de métodos profilácticos.
<b>Workie et al.</b> <sup>(36)</sup>  2019, Etiopía	Estudio transversal cuantitativo.	Evaluar el nivel de conocimiento sobre el VIH, la percepción del riesgo y el patrón de uso de preservativos entre las MSP de la ciudad de Dire Dawa.	156 MSP en Dire Dawa.	El conocimiento sobre el VIH/ITS y la magnitud de la utilización del preservativo fueron buenos. Sin embargo, se observó un alto número de relaciones sexuales no seguras y actitudes de percepción del riesgo insatisfactorias.
<b>Leal et al.</b> <sup>(37)</sup>  2019, Brasil	Estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, censitario, de corte transversal.	Analizar los aspectos sociodemográficos y laborales asociados con la calidad de vida de las MSP.	50 MSP de 26 a 33 años.	Existe una relación significativa entre la calidad de vida de las MSP y los aspectos sociodemográficos. Uno de estos aspectos es el medio ambiente, que hace referencia al lugar donde se realiza el trabajo, y que ofrece condiciones mínimas de seguridad e higiene. Se apuesta por la elaboración de más discusiones sobre la calidad de vida de las MSP para que puedan reconocer sus derechos.

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

Tabla 2 (continuación)  
 Descripción de los artículos seleccionados para la revisión.

Autoría, año y país	Metodología	Objetivos	Población	Resultados y conclusiones
Footer <i>et al.</i> <sup>(38)</sup> 2019, EE.UU.	2 grupos focales.	Explorar los factores existentes y nuevos relevantes para la adopción y el cumplimiento de la PrEP entre la población de MSP y las mujeres que se inyectan drogas.	15 MSP y 16 mujeres que se inyectaban drogas.	Ambos grupos exhibieron una fuerte percepción del riesgo del VIH. Con respecto a los efectos secundarios de la PrEP, eran conscientes de su existencia y mostraron preocupación por el control de los efectos secundarios de las nuevas modalidades de PrEP. Además, mostraron preocupación sobre el estigma y la visibilidad de la PrEP. Por otro lado, se identificó la preferencia de PrEP de larga duración dadas las visitas irregulares que efectúan en los centros de salud y la menor posibilidad de olvido que ocasionan.
Abdella <i>et al.</i> <sup>(39)</sup> 2022, Etiopía	Estudio transversal.	Evaluar la extensión del VIH y los factores asociados entre las MSP del país.	6.085 MSP.	1/5 de las MSP era seropositiva. La probabilidad de serlo se asoció con ser mayor de 35 años, ser positiva en sífilis, analfabetismo, tener mayor incidencia de rotura del preservativo y tener anteriores otras de ITS.
Muhindo <i>et al.</i> <sup>(40)</sup> 2021, Uganda	Estudio piloto casi- experimental.	Evaluar el efecto de la educación entre pares dirigidas por las MSP y los recorda- torios de mensajes de texto sobre las pruebas de sífilis y VIH c/3 meses entre las MSP.	20 MSP que recibieron 5 días de capacitación básica como educación entre pares. 200 entrevis- tas pre y 236 post.	Los recordatorios de mensajes de texto bimensuales con sesiones semanales de educación entre pares aumentaron la aceptación de las pruebas de sífilis y VIH cada tres meses en una población trabajadora sexual de Uganda. Podrían ayudar a aumentar la participación de las trabajadoras sexuales en los servicios de VIH/ITS en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés).
Magalhães <i>et al.</i> <sup>(41)</sup> 2019, Brasil	Estudio transversal cuantitativo.	Analizar los factores asociados al uso inconsistente del preservativo entre MSP.	416 MSP.	El preservativo es usado por parte de las MSP de forma irregular, los factores asociados al uso inconsistente fueron: menor escolaridad, no tener pareja fija, uso elevado de alcohol y color de piel negro.
Bungay y Guta <sup>(42)</sup> 2018, Canadá	Análisis de entrevistas cualitativas.	Examinar las estrategias de las MSP que trabajan en ambientes cerrados para prevenir la violencia en el lugar de trabajo y las condiciones socioestructurales influyentes.	85 MSP en Vancouver.	Las MSP prevenían la violencia y mitigaban sus efectos de manera creativa y, en muchos casos, de forma efectiva. Sin embargo, están limitadas por la ausencia de regulaciones legales y de salud pública que rijan la salud y seguridad ocupacional y el estigma asociado con el trabajo sexual.

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE



**Tabla 2 (continuación)**  
 Descripción de los artículos seleccionados para la revisión.

<b>Autoría, año y país</b>	<b>Metodología</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados y conclusiones</b>
<b>Nhamo et al.<sup>(43)</sup></b> <b>2022,</b> <b>Zimbabue</b>	Estudio fenomenológico descriptivo.	Comprender los factores que motivan a las MSP a iniciar la PrEP en Harare, Zimbabue.	20 MSP.	Se identificaron dos temas amplios como motivadores intrínsecos y extrínsecos. Los subtemas bajo la motivación intrínseca fueron la autoprotección contra la infección del VIH y la rotura de preservativos. Por otro lado, se identificaron seis subtemas como motivadores extrínsecos: el riesgo laboral con el MSP, la mayor probabilidad de ofrecer sexo sin protección como motivador para iniciar la PrEP, el estímulo positivo de otros, la necesidad de cuidar a los niños, la participación previa en estudios de investigación de prevención del VIH y la exposición previa a violencia de género.
<b>Wong et al.<sup>(44)</sup></b> <b>2019,</b> <b>China</b>	Ensayo controlado aleatorio.	Evaluar y comprender la efectividad de un programa de promoción de la resiliencia para mejorar la salud psicológica, y en última instancia, la práctica del sexo seguro.	127 MSP.	Se observaron mejoras significativas entre grupos en el afrontamiento adaptativo y reducción de la angustia psicológica después de la intervención. El uso de preservativos aumentó y se mantuvo en el seguimiento.
<b>Asefa et al.<sup>(45)</sup></b> <b>2022,</b> <b>Etiopía</b>	Estudio transversal cuantitativa.	Evaluar el comportamiento de prevención del VIH y los factores asociados entre las MSP en el distrito de Dima utilizando el modelo de creencia sobre la salud.	449 MSP.	2/3 de las MSP practicaban los métodos recomendados de prevención del VIH. La edad, el conocimiento del VIH, la actitud favorable hacia los métodos recomendados de prevención del VIH, la alta autoeficacia y la baja percepción de barrera se asociaron con una alta conducta preventiva del VIH.
<b>Patrício et al.<sup>(46)</sup></b> <b>2019,</b> <b>Brasil</b>	Estudio exploratorio y cuantitativo.	Evaluar el conocimiento de las MSP sobre el VIH/Sida y su influencia en las prácticas sexuales.	90 MSP.	El 72,2% de la muestra practicaban sexo sin preservativo a cambio de una suma financiera mayor; un 53,3% practicaban sexo durante el período menstrual; un 62,2% tenía relaciones sexuales con usuarios de drogas; y un 75,6% con clientes que presentaban heridas en el pene o ano. Además, se observó la adopción de prácticas sexuales arriesgadas y conocimiento insuficiente en cuanto a la prevención.

CONTINÚA EN PÁGINA SIGUIENTE

**Tabla 2 (continuación)**  
 Descripción de los artículos seleccionados para la revisión.

<b>Autoría, año y país</b>	<b>Metodología</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados y conclusiones</b>
Da Silva et al. <sup>(47)</sup> 2019, Brasil	Estudio cualitativo, relato de experiencia.	Relatar la experiencia de las prácticas de educación para la salud de un grupo de profesionales de la A. Primaria en zonas de prostitución en un municipio de Brasil.	200 MSP.	Alrededor de 200 mujeres fueron atendidas por el grupo con exámenes de prueba rápida de ITS. Se repartieron preservativos masculinos y femeninos y lubricantes.
Belém et al. <sup>(48)</sup> 2018, Brasil	Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo.	Identificar las representaciones sociales de enfermeros/as sobre la relación entre prostitución salud y actuación de la Estrategia Salud de Familia.	12 enfermeros/as de salud y familia.	Como resultado de los saberes colectivos y marcados por las relaciones de género, los profesionales enfermeros vinculan las prácticas sexuales de las MSP con el riesgo de contraer ITS, enfocándose en la esfera sexual y reproductiva. Dada la complejidad del tema, se hace necesaria la articulación con otros servicios de la salud y, conocer las condiciones de trabajo y los determinantes de la salud con el fin de superar la perspectiva biologicista.
Perdomo-Sandoval y Villamil-Camacho et al. <sup>(29)</sup> 2023, España	Relato biográfico cualitativo, constructivista y fenomenológico.	Explorar las barreras percibidas para el autocuidado de la salud sexual de una mujer cisgénero en situación de trabajo sexual.	MSP de 57 años.	Del análisis de los discursos emergen los siguientes temas: el trabajo sexual como una alternativa de vida, el estigma y la discriminación, la falta de una atención en salud preventiva humanizada e inclusiva, entre otros. Es necesario el promover el autocuidado de la salud sexual mediante metodologías participativas e inclusivas, estrategias e intervenciones con perspectiva de género.
Souza et al. <sup>(49)</sup> 2021, España	Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio.	Identificar las representaciones sociales de las MSP transexuales sobre la calidad de vida.	7 MSP transexuales/transgénero.	A raíz del análisis, surgen tres temáticas principales: el acceso a la salud como principio de calidad de vida, el apoyo de las ONG en la visibilidad y respeto de las personas trans, y los vínculos sociales como herramienta positiva. Se concluye que la calidad de vida está vinculada al acceso a los servicios de salud libres de prejuicios y discriminación y al respeto por parte de los profesionales de la salud.
Melo-Barbosa et al. <sup>(50)</sup> 2019, Colombia	Investigación cualitativa.	Identificar las prácticas promotoras de autocuidado de salud, de las MSP en base a factores que influyen en su bienestar físico, social y mental.	10 MSP mayores de edad.	Las redes sociales de las MSP son pocas, todas con la responsabilidad de mantener la economía familiar. Se señala que la falta de oportunidad laboral es el factor más importante para ejercer la prostitución. También, manifestaron no tener conciencia de la importancia de realizarse revisiones médicas con regularidad y tendían a asociar sus problemáticas de salud, con el no uso de preservativo.

MSP: Mujeres en Situación de Prostitución; ITS: Infecciones de Transmisión Sexual; VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; PrEP: Profilaxis preexposición para el VIH.

necesidad de una regularidad administrativa conveniente para dar atención a su salud (37,51).

Existen diferentes motivos, que intersecan entre sí, por los cuales la calidad de la atención sanitaria es insuficiente y, por tanto, la salud de las MSP está siendo atendida de forma inadecuada (48,49). Es importante señalar que la mayoría de las visitas a los centros de atención sanitaria tienen lugar cuando las mujeres experimentan un problema de salud que compromete la propia continuidad del trabajo sexual, es decir, las mujeres no pueden seguir trabajando y necesitan respuesta inmediata (48). El registro de esta alta demanda se constituye como uno de los motivos por los que los programas de promoción de la salud van enfocados, en ocasiones, casi exclusivamente a la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Cabe así analizar dos hechos en paralelo, y es que, por un lado, las consultas están enfocadas básicamente hacia la salud sexual; y, por el otro, esta población acude con menor frecuencia a los servicios de salud por temor a ser reconocida por la comunidad. La discriminación y rechazo social a las personas en situación de prostitución supone una barrera importante a la hora de solicitar servicios relacionados con la salud por parte de las mismas MSP (47,49). Se evidencia así la importancia del estigma una vez más, así como la influencia sobre la atención proporcionada por los profesionales sanitarios, quienes asocian por automatismo las demandas en salud de las MSP con una consulta por ITS (29,50). Se ha evidenciado que cuando las MSP perciben predisposición por parte del personal sanitario, aumenta el número de demandas por múltiples motivos, no solo con relación a la salud sexual (47).

Además, por lo que refiere a la población transgénero y transexual, la presunción hegemónica de un sistema de salud cisheteronormativo es otra de las razones por las que evitan acudir a los servicios sanitarios y, en caso de acudir, dicen experimentar la invisibilización de sus necesidades (49).

**Prevalencia y factores de riesgo del VIH y otras ITS.** Como hemos visto, al hablar sobre las necesidades en salud de las MSP, se tiende a hacer una asociación inmediata con la prevención de las ITS, y más concretamente del VIH. Ciertamente, los riesgos que asumen en las prácticas sexuales y, en ocasiones, la negociación del uso del preservativo con los consumidores lleva a esta población a ser altamente susceptible a contraerlo. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS), las MSP tienen treinta veces más posibilidades de infectarse que la población femenina general (52). Además, en el presente trabajo se han podido detectar algunos factores de riesgo que aumentan la prevalencia dentro de esta población, con sutiles diferencias en función de la zona geográfica en los que se llevaron a cabo. Abdella *et al.* (39), en su estudio sobre la prevalencia del VIH y los factores asociados entre MSP, en Etiopía, identifica que las mujeres mayores de treinta y cinco años, analfabetas o con estudios primarios son más susceptibles a realizar conductas de riesgo como la omisión del uso del preservativo. Sin embargo, el estudio de Tadesse *et al.* (33), realizado en el mismo lugar dos años antes, concluyó que las personas más susceptibles eran las MSP más jóvenes. También otros estudios llevados a cabo en poblaciones de Etiopía (36) y Uganda (40), coinciden con que existe una mayor preva-

lencia de realizar conductas de riesgo entre aquellas MSP que tienen un nivel educativo menor.

En el noreste de Brasil se observó que una menor escolaridad, no tener pareja fija, un color de piel negra y un consumo regular elevado de alcohol se asociaba a un menor uso del preservativo entre las MSP (41). También en Brasil se detectó mayor necesidad de educación sanitaria en MSP con baja escolaridad por su mayor exposición a factores de riesgos prevenibles (47). En cambio, en un estudio realizado en Hong Kong sobre el uso del preservativo y su relación con el entorno, no encontraron asociación entre la edad y el nivel educativo y el uso del preservativo (35). Es posible que éste último difiera por las diferencias socioculturales y económicas de las localizaciones con las que se compara, dado que se trata de sistemas educativos significativamente distantes. Lo que queda claro al analizar estos trabajos es que, de acuerdo con la evidencia reciente, la pobreza cultural y los factores discriminatorios interseccionales propios de las sociedades estudiadas ejercen como factores de riesgo en la transmisión de ITS (27).

Otro factor asociado a la mayor infección del VIH en esta población es la violencia a la que se ven expuestas las MSP. El ambiente en que desempeñan las actividades propias de la prostitución tiende no solo a ser insalubre, sino peligroso, siendo lugares en los que tiene lugar el abuso de drogas y donde se llevan a cabo de forma sistemática prácticas que atentan contra su salud (47). En un estudio en el que participaron ochenta y cinco MSP que trabajan en espacios cerrados de Vancouver, se evidenció que las MSP tuvieron que desarrollar diferentes estrategias

de protección en su trabajo por la falta de seguridad ante la violencia física y sexual. Esta era ejercida por parte de clientes, propietarios y vecinos, provocando situaciones de robo, falta de pago o engaños con respecto al uso del preservativo y roturas de este por una penetración violenta (42). Mediante ésta última, precisamente, la exposición al VIH aumenta exponencialmente, ya que el método profiláctico de elección resulta ineficaz (41,42).

**Prevención del VIH. El uso de la PrEP.** Con el objetivo de disminuir potencialmente el número de personas con VIH y/o SIDA para 2030, la OMS creó la *Estrategia mundial del sector de la salud sobre el VIH: 2016-2021*. Esta se centra en enfocarse en las poblaciones de mayor riesgo y pretende proporcionar mayor accesibilidad a las auto-pruebas, al inicio de las PrEP y al tratamiento temprano (53).

Diversos estudios han evaluado el grado de conocimiento sobre la PrEP, cuáles son o serían sus motivaciones para iniciar esta profilaxis y cuáles son los métodos de administración que usan con mayor frecuencia las MSP (38,43). Se ha podido observar que las MSP entrevistadas de EE.UU. tenían escasos conocimientos sobre este tipo de tratamiento profiláctico (38), mientras que en otras zonas geográficas ese método era mucho más común entre la población de estudio (40,43,45).

Las MSP con una educación sanitaria escasa con respecto a la utilización de la PrEP, el grado de rechazo es mayor y, una vez explicado y aceptado el método, preferirían las vías de administración más duraderas en el tiempo como la inyección o el implante con respecto a los orales, en parte,

dada la alta probabilidad a ser atraídas o a perder sus objetos personales durante el ejercicio de la prostitución (38). Otras formas de administración como el implante también tienen sus pros y contras para esta población. Por un lado, tienden a considerar que el cliente depositará más confianza en que su estado de salud será el correcto y la práctica sexual será más segura. Por otro lado, sienten miedo de que su entorno sea conocedor de su situación si reconocen el implante en el brazo (38,43). Esta última motivación coincide con un estudio realizado en Zimbabue con población ya iniciada en la profilaxis, cuyas principales motivaciones eran prevenir el riesgo al que están expuestas en su trabajo y, sobre todo, poder ofrecer sexo sin preservativo. Otros aspectos a destacar de los discursos de las MSP fueron los buenos resultados de los estudios sobre la prevención del VIH en los que habían participado anteriormente y la disminución de la exposición a situaciones de violencia machista ante la utilización del preservativo (43).

Así, para lograr los objetivos propuestos a nivel global para minimizar la infección del VIH en esta población, se evidencia la importancia de brindar una educación sexual de calidad, facilitarles el acceso a la PrEP y mejorar su autoeficacia como pudiera ser a través de recordatorios, por ejemplo, mediante mensaje de texto, para que se realicen las pruebas o un seguimiento más exhaustivo de su estado de salud (40,45). Varios estudios coinciden en que la intervención educativa en salud en esta población se hace imprescindible en la prevención de VIH en todas sus vías de transmisión, favoreciendo el empoderamiento en salud de esta población tan vulnerable (33,36,47).

En este aspecto, previa o paralelamente al ofrecimiento de la PrEP, sería conveniente focalizar las intervenciones en aquellos factores de riesgo que forman parte del día a día de las MSP. Ejemplo de ello pueden ser las conductas de riesgo adoptadas como estrategias de afrontamiento como, por ejemplo, el consumo de alcohol o drogas que conduce una mayor desinhibición, la interferencia en las decisiones y la consiguiente omisión de la utilización del preservativo (36,47).

**Atención integral y biopsicosocial a los problemas de salud.** En relación con la esfera física, la percepción reportada por las MSP tiende a ser reduccionista y responder a las propias creencias sociales que ya mencionábamos con anterioridad, ya que generalmente relacionan su estado de salud general con el estado de salud sexual, y reducen sus actividades de autocuidado al uso del preservativo y similares (33,43,50). Desconocen la importancia de la prevención y prevalencia de otras patologías crónicas propias del sexo femenino, como la hipertensión arterial o la diabetes *mellitus*, no suelen presentar buenos hábitos dietéticos, ya sea por falta de dinero, tiempo o conocimiento, y el ejercicio físico no es considerado relevante para su salud (50). El derecho a una salud integral se ve dificultado por las redes sociales escasas, las propias trabas de acceso a los servicios de salud, las condiciones de trabajo precarias y los significados que le otorgan al autocuidado (34,37,50). Reducir la propia salud a lo sexual conduce a las MSP a descuidar otros aspectos de su salud importantes o asumir conductas de riesgo como practicar sexo sin preservativo a cambio de una remuneración económica superior (46). Las condiciones higiénicas y estructu-

rales del entorno tampoco contribuyen al mantenimiento de un estado de salud óptimo, ya que en muchas ocasiones las MSP se ven abocadas a realizar las prácticas sexuales en colchones en mal estado, lugares con humedades, poco aseados o en la misma vía pública (37). La concienciación y promoción de un autocuidado adecuado se constituye un objetivo primordial en la atención en salud a esta población (47).

También la salud mental de las MSP se ve comprometida por diversos motivos, siendo uno de ellos el ambiente de trabajo. El lugar en el que estas mujeres ejercen suele ser en las calles y los bares que funcionan como casas de prostitución, que propician un ambiente de violencia en el que quedan expuestas al abuso sexual, verbal y emocional (37). Otro de los riesgos para su salud psicológica es la relación de la prostitución con el consumo de sustancias psicoactivas y neurotóxicas, como las drogas o el alcohol (36,37,50). La resiliencia y el manejo de estrategias de afrontamiento efectivas son clave en esta población, en la que intervenciones dirigidas al desarrollo de las mismas obtienen excelentes resultados (44). No obstante, estudios recientes señalan el consumo de sustancias como un recurso habitual de afrontamiento del estrés, la ansiedad y la depresión (54). El miedo y las constantes agresiones por parte de los consumidores de prostitución y los proxenetas contribuyen a perpetuar el estado de hipervigilancia y aumentan el riesgo de padecer problemas de salud mental (42,44,50). En este aspecto, las redes de apoyo emocional desarrollan un papel fundamental en la salud mental de esta población. Aunque la prostitución en muchas ocasiones es el único recurso de sustento de las familias de

las MSP (34), un estudio que analizaba los aspectos relacionados con su calidad de vida observó que el 44% de las mujeres entrevistadas manifestó que sus familias desconocían su profesión. Esto se debe al impacto que generaría en su entorno cercano, al miedo a no ser aceptadas y, por tanto, al miedo a perder ese apoyo social (50).

Precisamente, sus redes sociales tienden a ser escasas (49,50) y, en el caso de las mujeres transexuales y transgénero, el temor se acentúa y los vínculos sociales disminuyen (49), respondiendo a la discriminación multiplicada por el doble y hasta triple estigma. Éste precisamente es otro factor que afecta a su salud mental: las consecuencias derivadas del estigma (37,38,42). En el acceso a los sistemas de salud se produce el fenómeno anticipatorio de discriminación, por el cual las mujeres no acuden a las visitas médicas para evitar el posible rechazo de los/las profesionales sanitarios/as, aunque algunas de ellas no hayan experimentado experiencias negativas anteriormente. Esto tiene como consecuencia la imposibilidad de llegar a estas mujeres y, por tanto, la falta de atención sanitaria y/o derivación a los servicios de salud mental o especialistas de otros ámbitos (37,48,50).

Así, con estos resultados se ha podido reunir información al respecto de la salud, entendida como un concepto holístico e integral, de las MSP. No obstante, se han encontrado limitaciones por lo que refiere tanto a la metodología empleada como al tema de estudio. Aunque la metodología empleada para la revisión es la que más se adecua al alcance del objetivo propuesto, la revisión narrativa no aporta tanta rigurosidad como las revisiones más estruc-

turadas o que incluyan un análisis de la calidad de los artículos seleccionados. Esta limitación se trató de solventar mediante la sistematización de la misma, elevando la rigurosidad del método. Por otra parte, la población en cuestión es de difícil acceso y se ve envuelta en cuestiones socialmente comprometidas, por lo que el equipo investigador asume que existen sesgos importantes en la obtención de la muestra de los estudios primarios incluidos en este trabajo. También los temas principales sobre los que tratan los estudios analizados tienden a responder a las demandas en salud que socialmente se otorga a las MSP, girando principalmente en torno al VIH y otras ITS. Las consecuencias en salud mental o la violencia en sus múltiples modalidades se mencionan de forma más secundaria. Por todo lo expuesto anteriormente, es importante que se sigan realizando investigaciones dirigidas hacia las consecuencias en la salud física y psicológica derivadas de la prostitución que experimentan estas mujeres. Así, se pone de manifiesto la necesidad de seguir realizando estudios tanto cualitativos como cuantitativos que puedan resultar útiles en la incorporación y la comprensión de nuevas perspectivas sobre los cuidados que necesitan estas mujeres. A raíz de estos hallazgos, las instituciones y órganos pertinentes podrán contar con informes basados en la evidencia que fundamentan la necesidad de cambiar las estrategias por lo que refiere a la prevención

primaria, secundaria y terciaria en este sector poblacional, atendiendo a las necesidades reales en salud.

## CONCLUSIONES

**A** modo de conclusión, las prácticas promotoras del autocuidado se vuelven imprescindibles para que las propias mujeres tomen un papel activo en su proceso de prevención y promoción de la salud. Éstas deberían ir dirigidas a favorecer el asentamiento de los conocimientos sobre prácticas seguras y prevención de la transmisión del VIH y otras ITS, así como a garantizar condiciones y recursos que faciliten una integridad física y mental de las MSP.

Para ello, es importante que los equipos sanitarios de los diferentes niveles asistenciales tengan en cuenta el contexto de estas mujeres y sus necesidades desde un punto de vista holístico, y se puedan incluir, dentro de los protocolos en contra de la violencia de género, estrategias más detalladas para cubrir las.

Asimismo, cabe subrayar la importancia de contribuir desde los servicios sanitarios a la mejora del autocuidado de las MSP mediante la educación sanitaria y promoción de las actividades dirigidas a la sensibilización social, con la finalidad de acabar con el estigma que acarrear. 📍

## BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations Office on Drugs and Crime. *Global Report on Trafficking in Persons*. United Nations; 2020. [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/tip/2021/GLOTIP\\_2020\\_15jan\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/tip/2021/GLOTIP_2020_15jan_web.pdf) [consultado marzo de 2024].
2. United Nations Office on Drugs and Crime. *Global Report on Trafficking in Persons*. United Nations; 2022. [https://www.unodc.org/lpomex/uploads/documents/Publicaciones/Crimen/GLOTIP\\_2022\\_web.pdf](https://www.unodc.org/lpomex/uploads/documents/Publicaciones/Crimen/GLOTIP_2022_web.pdf) [consultado marzo de 2024].
3. Meneses-Falcón C. "Living in the brothel": Participant observation in hidden contexts. *Soc Sci J*. 2021;58(3):271-285.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Plan integral de lucha contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual*. Gobierno de España; 2018. Disponible en: <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/servicios-al-ciudadano/trata/Plan-Integral-Trata-2015.pdf> [consultado febrero de 2024].
5. Ariño Villarroya A. *La prostitución en la Comunitat Valenciana*. Valencia: Tirant Humanidades; 2022.
6. Castellanos Torres E, Ranea Triviño B. *Investigación sobre prostitución y trata de mujeres*. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2013. Disponible en: [https://fundadeps.org/wp-content/uploads/eps\\_media/recursos/documentos/629/Investigacion%20sobre%20prostitucion%20y%20trata%20de%20mujeres%20APOSERSERS.pdf](https://fundadeps.org/wp-content/uploads/eps_media/recursos/documentos/629/Investigacion%20sobre%20prostitucion%20y%20trata%20de%20mujeres%20APOSERSERS.pdf)
7. Antolínez Merchán P, Cabrera Rodríguez E, Cañamero Alvarado C. *La trata de seres humanos con fines de explotación sexual en los diarios digitales españoles: las imágenes más allá de las palabras*. *Rev Investig Feministas*. 2022;13(2):771-787.
8. Comisión Europea. *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social y al Comité de las regiones sobre la estrategia de la UE de lucha contra la trata de seres humanos*. 14 abril de 2021. Disponible en: [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/default/files/pdf/14042021\\_eu\\_strategy\\_on\\_combating\\_trafficking\\_in\\_human\\_beings\\_2021-2025\\_com-2021-171-1\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/default/files/pdf/14042021_eu_strategy_on_combating_trafficking_in_human_beings_2021-2025_com-2021-171-1_en.pdf) [Consultado marzo de 2024].
9. De Miguel A. *La revolución sexual de los sesenta: una reflexión crítica*. *Rev Investig Feministas*. 2015;6:20-38.
10. Torrubia Pérez E, Valls Fonayet F, eds. *La violencia contra las mujeres desde las ciencias de la salud*. Valencia: Tirant lo Blanch; 2024.
11. Real Academia Española. *Prostitución*. Definición 2. En: *Diccionario de la lengua española*. 2021. Disponible en: <https://dle.rae.es/prostituci%C3%B3n> [consultado abril de 2024].
12. Montalbán López R. "El oficio más antiguo del mundo". *Prostitución y explotación sexual en la antigua Roma*. *Raudem*. 2017;4:155-177.
13. Moreno Mengibar A, Vázquez García F. *Poderes y prostitución en España. El caso de Sevilla*. *Críticón*. 1997;69:33-49.
14. Rey Martínez F. *La prostitución ante el derecho: problemas y perspectivas*. *Nuevas Políticas Públicas. Anuario multidisciplinar para la modernización de las Administraciones Públicas*. 2006;2:97-119
15. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS. *Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual*. 2017. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Anexo\\_TRATA\\_al\\_Protocolo\\_Comun\\_VG\\_SNS\\_27Nov2017\\_entregado\\_en\\_papel\\_Reunion\\_ComisionVG\\_28nov2017.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Anexo_TRATA_al_Protocolo_Comun_VG_SNS_27Nov2017_entregado_en_papel_Reunion_ComisionVG_28nov2017.pdf) [consultado marzo de 2024].
16. Esteban Sánchez A. *Trata de personas: análisis desde una perspectiva de género y derechos humanos* [Trabajo de Fin de Máster]. Universidad de Alcalá; 2017. Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/38846/TFM-ESTEBAN-SANCHEZ-2017.pdf?sequence=4&isAllowed=y> [Consultado abril de 2024].
17. Ríos Marín AM. *Migración, género y salud. Las desigualdades sociales en salud y sus efectos en la salud bio-psico-social de las mujeres en contextos de prostitución*. *Rev Psic Univ Antioquia*. 2014,6(1): 9-24.
18. Médicos del Mundo. *Memoria de Actividades*. Médicos del Mundo; 2016.
19. Ranea Triviño B. *Narrativas en torno al colonialismo sexual: entrevistas a hombres que consumen prostitución en el Estado español*. *Rev Investig Feministas*. 2021;12(2):613-622.
20. Cáritas. *La prostitución desde la experiencia y la mirada de Cáritas*. Madrid: Cáritas; 2016.

**21.** Médicos del Mundo. *La prostitución como forma de violencia de género*. Médicos del Mundo; 2020. Disponible en: [https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/la\\_prostitucion\\_como\\_forma\\_de\\_violencia\\_de\\_genero.pdf](https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/la_prostitucion_como_forma_de_violencia_de_genero.pdf) [consultado abril de 2024].

**22.** Instituto de la Mujer. *Realidad social de las mujeres sin techo, prostitutas, ex reclusas y drogodependientes en España*. Ministerio de Igualdad; 2004. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/observatorios/observigualdad/estudios/Informes/docs/006-realidad.pdf> [consultado marzo de 2024].

**23.** Médicos del Mundo. *Programa de interés social financiado con cargo a la asignación tributaria del IRPF atención sanitaria a personas en situación de prostitución. Guía de recomendaciones para profesionales sociosanitarios de Atención Primaria*. Médicos del Mundo; 2020. Disponible en: [https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/2020\\_atencion\\_sanitaria\\_a\\_personas\\_en\\_situacion\\_de\\_prostitucion\\_0.pdf](https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/2020_atencion_sanitaria_a_personas_en_situacion_de_prostitucion_0.pdf) [consultado abril de 2024].

**24.** Grupo de Trabajo de PrEP. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. *Manual de implementación de un Programa de Profilaxis Preexposición al VIH en España*. 2022. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/Manual\\_PrEP\\_FINAL.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP/Manual_PrEP_FINAL.pdf) [consultado marzo de 2024].

**25.** Towanda Rebels. *Hola Guerrera. Alegatos feministas para la revolución*. Aguilar; 2018.

**26.** Ramos M. *Psychopathological evaluation of female victims of human traffic for sexual exploitation*. Hospital Vall d'Hebron; 2018. Disponible en: <http://www.phitub.edu/wp-content/uploads/2017/06/23-Mar-Ramos-Report-on-the-forensic-analysis.pdf> [consultado marzo de 2024].

**27.** Jiménez-Morón A, Hueso-Montoro C, Caparros-Gonzalez RA, Pérez-Morente MA. *Factores de riesgo para la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual en trabajadoras/as del sexo: revisión sistemática*. Rev Esp Salud Pública. 2024;98:8 de marzo e202403019. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/353>

**28.** Médicos del Mundo. *Prostitución y trata de personas en España*. Médicos del Mundo; 2021. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/que-hacemos/espaa/prostitucion-y-trata-de-seres-humanos-con-fines-de-explotacion-sexual> [consultado marzo de 2024].

**29.** Perdomo-Sandoval LA, Villamil-Camacho DF. *Mujer cisgénero en situación de trabajo sexual: "nos ven como el foco infeccioso o*

*como el virus andante"*. Índex Enferm. 2022;31(3):215-219.

**30.** Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, eds. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024.

**31.** Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. BMJ. 2021;372.

**32.** Booth A, Sutton A, Papaioannou D. *Systematic Approaches to a Successful Literature Review*. Sage; 2016.

**33.** Tadesse EW, Chernet W, Ahmed O, Tadesse W. *HIV/AIDS Preventive Practice and Associated Factors among Female Sex Workers in Afar Region, Ethiopia: A Community Based Study*. Ethiopian J Health Sci. 2020;30(1):45-54.

**34.** Santos Couto PL, Pereira Correia Montalvão B, Rodrigues Silva Vieira A, Alves Vilela AB, Correia Marques S, Tosoli Gomes AM et al. *Social representations of female sex workers about their sexuality*. Investig Educ Enferm. 2020;38(1).

**35.** Chang RC, Hail-Jares K, Zheng H, He N, Bouey JZH. *Mitigating circumstances: A model-based analysis of associations between risk environment and infrequent condom use among Chinese street-based sex workers*. PLoS One. 2018;13(5).

**36.** Workie MH, Kassie TW, Hailegiyorgis TT. *Knowledge, risk perception, and condom utilization pattern among female sex workers in Dire Dawa, Eastern Ethiopia 2016: a cross-sectional study*. Pan Afr Med J. 2019;32:185.

**37.** LealCBM, PortoAO, RibeiroMS, OliveiraKN, SouzaDA, RiosMA. *Aspectos associados à qualidade de vida das profissionais do sexo*. Rev Enferm UFPE Online. 2019;13(3):560-568.

**38.** Footer KHA, Lim S, Rael CT, Greene GJ, Carballa-Diéguez A, Giguere R et al. *Exploring new and existing PrEP modalities among female sex workers and women who inject drugs in a U.S. city*. AIDS Care. 2019;31(10):1207-1213.

**39.** Abdella S, Demissie M, Worku A, Dheresa M, Berhane Y. *HIV prevalence and associated factors among female sex workers in Ethiopia, east Africa: A cross-sectional study using a respondent-driven sampling technique*. E Clinical Medicine. 2022;51:101540.

**40.** Muhindo R, Mujugira A, Castelnovo B, Sewankambo NK,

- Parkes-Ratanshi R, Kiguli J et al. *Text message reminders and peer education increase HIV and Syphilis testing among female sex workers: a pilot quasi-experimental study in Uganda*. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):436.
- 41.** Magalhães RLB, Sousa LRM, Gir E, Galvão MTG, De Oliveira VMC, Reis RK. *Factors associated to inconsistent condom use among sex workers*. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27.
- 42.** Bungay V, Guta A. *Strategies and Challenges in Preventing Violence Against Canadian Indoor Sex Workers*. Am J Public Health. 2018;108(3):393-398.
- 43.** Nhamo D, Duma SE, Ojewole EB, Chibanda D, Cowan FM. *Factors motivating female sex workers to initiate pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in Zimbabwe*. PLoS One. 2022;17(7).
- 44.** Wong WCW, Yuen WY, Tang CS, Holroyd E, Fong DY. *Evaluation and mechanism analysis of HIV prevention programme using resilience framework among female sex workers: A randomised controlled trial*. Prev Med Rep. 2019;13:229-237.
- 45.** Asefa A, Midaksa G, Qanche Q, Wondimu W, Nigussie T, Bogale B et al. *Does the perception of HIV risk among Female sex workers affect HIV prevention behavior? Application of the Health Belief Model (HBM)*. BMC Public Health. 2022;22(1):1646.
- 46.** Patrício ACFA, Bezerra VP, Nogueira JA, Moreira MASP, Camargo BV, Santos JS. *Conhecimento de profissionais do sexo sobre HIV/Aids e influência nas práticas sexuais*. Rev Bras Enferm. 2019;72(5):1378-1384.
- 47.** Da Silva MP, da Silva PA, Algeri S, Vasques TCS, Franciscatto FP. *Na rua por elas e eles: relato de experiência em zonas de prostituição de um município do Sul do Brasil*. Rev. Evidentia. 2019;2:4.
- 48.** Belém JM, Alves MJH, Pereira EV, Maia ER, Quirino GS, Albuquerque GA. *Prostitution and health: Social representations of nurses in the family health strategy*. Rev Baiana Enferm. 2018;32(Mar).
- 49.** Souza Barbosa AL, Da Silva Santana AD, Cavalcante de Araújo E, De Abreu PD, Soares de Lima M, Da Silva Moura JW. *Representaciones sociales de travestis profesionales del sexo sobre calidad de vida*. Enfermería Glob. 2021;20(64):131-169.
- 50.** Melo-Barbosa OP, Castañeda-Sánchez K, Peña-Ortiz E, Preciado-Méndez KE. *Prácticas promotoras del autocuidado de la salud de mujeres en ejercicio de prostitución Bogotá Colombia*. Hacia Promoc Salud. 2019;24(2):60-74.
- 51.** Tlahuice Vela RM, Luna Alfaro ÁC. *El trabajo sexual en el contexto de los ideales de desarrollo de la capital poblana contemporánea*. Regiones y desarrollo sustentable, revista del Colegio de Tlaxcala. 2016;(29-30):25-50.
- 52.** UNAIDS. *HIV and sex work human rights fact sheet series 2021*. 2021. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/05-hiv-human-rights-factsheet-sex-work> [consultado abril de 2024].
- 53.** World Health Organization (WHO). *Global Health Sector Strategy on HIV 2016-2021*. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246178/1/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf?ua=1%0Afile://> [consultado abril de 2024].
- 54.** Blanco Álvarez TM, Corea Torres K, Rodríguez Valerio Ó. *Consumo de sustancias psicoactivas como estrategia de afrontamiento en mujeres trabajadoras sexuales de la asociación la sala, Costa Rica*. Rev Ciencias Sociales. 2020;11(168).