

# Respuestas sobre salud de mujeres subsaharianas que ejercen la prostitución

Pardo Moreno G<sup>1</sup>, Agudo Polo S<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud José María Llanos

<sup>2</sup>Equipo de Intervención en Población Excluida (EIPE) del Área I de Atención Primaria  
Madrid

El colectivo de mujeres subsaharianas tiene ciertas peculiaridades que lo diferencian de otros que ejercen la prostitución y que lo pudieran hacer más vulnerable respecto a su salud. Suele tener un mayor grado de precariedad en cuanto a su situación legal, vivienda, salud, alimentación, vínculos familiares y a esto se une una percepción de actitudes racistas<sup>1</sup>. Suelen ser mujeres con alta paridad, con inicio de relaciones a edades muy tempranas, antecedentes de lesiones obstétricas, secuelas y complicaciones en los casos de mutilación genital femenina<sup>2</sup>. Muchas de estas mujeres llegan a nuestro país a través de organizaciones que no se limitan sólo a traerlas, sino que una vez aquí continúan el control y la explotación<sup>3</sup>. Según estadísticas, en la Unión Europea medio millón de mujeres inmigrantes son obligadas por las mafias a trabajar en prostitución<sup>4</sup>.

El ejercicio de la prostitución supone riesgos como las enfermedades de transmisión sexual y el VIH. En un estudio hecho por Vall Mayans<sup>5</sup> se observó que algunas de estas enfermedades eran más frecuentes entre las prostitutas inmigrantes en comparación con las autóctonas.

Dentro de este marco general, y dadas las particularidades de estas mujeres, hemos querido conocer cuáles son los motivos por lo que emigraron a nuestro país, sus principales preocupaciones una vez aquí, su percepción de salud y de sus principales problemas de salud, cómo utilizan el sistema sanitario y cuál es su conocimiento sobre anticoncepción y sobre algunas de las enfermedades de transmisión sexual como el SIDA y la hepatitis B.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en mujeres inmigrantes subsaharianas que ejercían la prostitución.

Se escogió un programa cuyo ámbito de actuación se enmarca dentro del colectivo de trabajadores del sexo llevado a cabo por la ONG Médicos de Mundo, que abarca actividades asistenciales, preventivas y de asesoramiento social.

Se estudió a mujeres inmigrantes subsaharianas mayores de 18 años que ejercían la prostitución. Acudieron al lugar de reclutamiento durante el periodo comprendido entre agosto de 2003 y febrero de 2004 y residían en Madrid.

Variables estudiadas:

- Características demográficas y socio-económicas: edad, país de procedencia, estado civil, nivel de estudios, nivel de español, situación regularizada, motivos por lo que decidieron emigrar y si trabajaban en sus países en el momento de decidirse a emigrar, principales preocupaciones en el momento de la entrevista, tipo de vivienda.
- Estado de salud: percepción de salud, problemas de salud en los últimos 4 meses, si habían sufrido alguna agresión o algún accidente.
- Utilización de servicios de atención al inmigrante: qué haría si se encontrara enferma, si ha acudido a algún centro médico en los últimos cuatro meses, a qué centros médicos ha acudido, demanda de atención ginecológica y/o planificación familiar.
- Prevención: conocimiento del SIDA y de su forma de transmisión, conocimiento de la hepatitis B y de su

forma de transmisión, conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

La recogida de información se realizó mediante entrevista personal aplicando un cuestionario estructurado que incluía las distintas variables a estudiar, en distintos idiomas (castellano, francés e inglés). Las participantes fueron informadas sobre las bases, objetivos y procedimientos del estudio. Se aplicó el cuestionario a todas las que quisieron participar.

La selección de la muestra no fue aleatoria por dos razones: no conocer la población a estudiar y la dificultad de acceder a estas personas.

Se procedió a la descripción de cada variable categórica con frecuencias absolutas y porcentajes. En el caso de variables continuas se calculó la media y la desviación típica.

## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Se realizó el cuestionario a 85 mujeres. La edad media era de 23,38 (+/- 2,33). Los principales países de procedencia eran Nigeria (80%, n=68) y Sierra Leona (18,82%, n=16). El 87,06% (n=74) estaban solteras.

El nivel de estudios se especifica en la *tabla 1*.

El 43,53% (n=37) no hablaba o no entendía el castellano. El 34,12% (n=29) con frecuencia tenía problemas para hablar castellano.

El 97,65% no tenía una situación administrativa regularizada.

El principal tipo de vivienda utilizada era la de alquiler (casa o habitación) (90,59%). Compartían piso la

**Tabla 1. NIVEL DE ESTUDIOS ENTRE LAS MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN**

	n	%
No estudios	2	2,35
Primarios	37	43,54
Medios	44	51,76
Superiores	2	2,35
TOTAL	85	100

mayoría de las veces con amigos (90,59%).

Decidieron emigrar principalmente para ayudar económicamente a su familia (81,18%, n=69), para tener oportunidades para progresar (7,06%) y para mejorar las condiciones y la calidad de vida (7,06%).

El 78,82% (n=67) no trabajaba en sus países de origen en el momento de decidir emigrar.

Las principales preocupaciones en el momento de la entrevista se exponen en la *tabla 2*.

**Tabla 2. PRINCIPALES PREOCUPACIONES ENTRE LAS MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN**

	n	%
Dinero	82	96,47
Familia	72	84,71
Trabajo	58	68,24
Documentación	9	10,59
Salud	2	2,35

### UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Las respuestas a la pregunta "¿Qué haría si se encontrara enferma?" se exponen en la *tabla 3*.

**Tabla 3. RESPUESTAS A LA PREGUNTA "¿QUÉ HARÍA SI SE ENCONTRARA ENFERMA?"**

	n	%
Hospital	51	60,00
Preguntarían a amigos y familiares	25	29,41
Centro médico	5	5,88
Farmacia	4	4,71
TOTAL	85	100

Sólo 21,18% (n=18) había acudido a algún centro médico; de ellas, 73,68% (n=14) acudió a Urgencias del Hospital. De entre las que no habían acudido a ningún centro médico, 51,56% (n=33) no se habían sentido enfermas, 20,31% (n=13) acudieron a farmacias y 18,75% (n=12) no se atrevieron a hacerlo por no tener "papeles".

El 93,98% no tiene tarjeta sanitaria, todas ellas por desconocimiento del sistema sanitario español.

## PROBLEMAS DE SALUD

La percepción de su estado de salud fue positiva en 76,47% de las mujeres. Los principales problemas de salud eran los respiratorios (24,71%), los gastrointestinales (15,29%) y los ginecológicos (12,94%). Había sufrido agresiones el 5,88% de ellas y accidentes el 7,06%.

## PREVENCIÓN

El 96,47% (n=82) conocía el SIDA; el 75,29% conocía la transmisión sexual, pero sólo 15,29% la transmisión por vía sanguínea.

El 12,94% conocía la hepatitis B. La transmisión sanguínea era conocida por 2,35% y la sexual por 5,88%.

El 17,65% conocía los anticonceptivos orales, 98,83% el preservativo, 1,18% el DIU y 24,71% otros.

Había acudido a algún centro para revisión ginecológica 12,94% (n=11).

## COMENTARIO

La mayor parte de las mujeres subsaharianas que ejercen la prostitución procede de Nigeria, probablemente porque es donde más organizadas están las mafias. De todas formas, muchas veces es difícil conocer la procedencia de estas mujeres con seguridad, porque la mayoría no tiene documentación. Como se ha encontrado en otros estudios, viven en casas de alquiler, compartiendo piso con amigas, muchas de ellas compañeras de trabajo<sup>6</sup>.

Las personas que les han ayudado a venir aquí son de su misma etnia; han pagado para venir hasta aquí, pero no quieren contar ni a quién, ni cómo ha sido<sup>7</sup>.

Vienen principalmente para ayudar económicamente a su familia. Hay que recordar que proceden de países donde existe una problemática general que favorece la decisión de emigrar: desigualdades crecientes, regímenes antidemocráticos y la posible pérdida de identidad del pueblo africano. A todo ello hay que unir el hábito del deseo, la creación y consolidación de las redes migratorias como mecanismos de apoyo y sostenimiento de los flujos migratorios<sup>8</sup>. En la mayoría de los casos, la

inmigración es una consecuencia de la pobreza crónica<sup>9</sup>.

La principal preocupación de estas mujeres al llegar a nuestro país es el dinero, seguido de la familia, lo que nos indica que en su mayoría vienen por motivos económicos; no obstante, tras el interés por ayudar a sus familias en el país de origen, entre las mujeres prepondera más el papel tradicional de la familia, muy importante en estas culturas. Estamos encontrando una creciente presencia de mujeres que emigran no como parte de una entidad familiar, sino de forma individual, para enviar recursos a los suyos<sup>10-11</sup>, a pesar de que la situación social de las mujeres en algunos de sus países de origen no facilita su emigración independiente<sup>12</sup>.

La percepción de su estado de salud es positiva. Los principales problemas de salud no varían respecto de los que presentan otras poblaciones de inmigrantes en otros estudios<sup>13-14</sup>. Llama la atención el porcentaje de agresiones en los últimos 4 meses, que llega a ser de 5,88%, lo que explica el sentimiento de estar expuestas a un continuo riesgo y el miedo que tienen a hablar con cualquier español<sup>1</sup>.

Utilizan poco los servicios sanitarios y cuando lo hacen acuden sobre todo a urgencias del Hospital. La utilización de los servicios de urgencias es mayor que la referida en otros estudios<sup>13</sup>. Según Cots<sup>15</sup>, una de las vías más empleadas para entrar en el dispositivo sanitario público por parte de la población inmigrante de países de renta baja es a través de "Urgencias". Puede tener su origen en la situación de precariedad laboral, que puede obligar a buscar dispositivos sanitarios que no planteen problemas de horario, en la situación administrativa de irregularidad y en la falta de conocimiento de la prestación de otros servicios sanitarios desde atención primaria, lugares que no conocen en su experiencia previa de utilización de la sanidad en sus países, donde la vía más frecuente de acceder a algún servicio sanitario es acudir al Hospital. De todas formas, dadas las condiciones de los lugares de origen, la asistencia sanitaria de estas mujeres a un centro médico sólo se concreta ante un hecho de extrema urgencia<sup>1</sup>. La gran mayoría de las mujeres no tiene tarjeta sanitaria y de éstas todas afirman desconocer el funcionamiento del sistema sanitario y/o el acceso a la misma.

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos distintos del preservativo es muy baja. Los anticonceptivos orales solo son empleados por mujeres que llevan más tiempo en España. El uso del preservativo está asociado a la protección de enfermedades de transmisión sexual, pero no para los embarazos no deseados; además suele coincidir con el inicio de la prostitución<sup>1</sup>.

En nuestro estudio sólo hemos preguntado por el conocimiento sobre métodos anticonceptivos; el que más utilizan es el preservativo. En cambio, los anticonceptivos orales son poco conocidos, incluso emplean algunos medicamentos como los antibióticos pensando que tienen efecto anticonceptivo, lo que nos indica la falta de información de estas mujeres.

Conocen lo que es el SIDA, al que relacionan con la transmisión a través de relaciones sexuales, pero no a través de otras vías como la sanguínea o la materno-infantil. Sobre la hepatitis B hay una gran desinformación.

Sólo 12,94% se ha hecho alguna revisión ginecológica, pero casi todas estas mujeres son receptivas a hacerla, igual que las pruebas serológicas.

Estos datos nos indican la necesidad de programas de salud para mejorar la información y conocimientos sobre salud y utilización de servicios sanitarios, más en concreto sobre salud sexual y reproductiva. Ya se han realizado distintas experiencias de promoción de salud que han dado buenos resultados<sup>16-18</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Gallurralde C, Kiczkowski A, Rojo JL, Zabaleta E. Concepciones y necesidades de salud de mujeres y transexuales que ejercen la prostitución en lugares abiertos de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid 2001.
- Bayo A, González I, Román A, Rodríguez AB, Grau S, Marina J, Tarancón I. Mutilación genital femenina en la mujer del siglo XXI. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2003;46:257-66.
- Vidal DR. Tráfico de mujeres nigerianas con fines de explotación (I, II y III). *Inmigración en España*. Asociación Intampex 1999.
- Boschart R. Mafias trafican con inmigrantes. *Radio Nederland Wereldomroep* 2002. En: [www.rnw.nl](http://www.rnw.nl).
- Vall Mayans M. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:154-6.
- Fernández Ollero MJ. Prostitución, inmigración y salud: estrés psicosocial de las mujeres que ejercen la prostitución en Avilés (Asturias). I Congreso Internacional y Virtual en prostitución: "Comercio de personas sin fronteras". Universidad de Islas Baleares 2004.
- Mascarella L, Comelles JM, Allué X. La percepción en los colectivos inmigrantes no comunitarios de los dispositivos de salud en España. *Departament d'Antropologia Social i Filosofia. Grup d'Investigació en Antropologia. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona* 2002.
- Gómez Fayrén J, Bel Adell C. Nueva inmigración africana en España: Inmigrantes subsaharianos. II Congreso sobre la inmigración en España: "España y migraciones internacionales en el cambio de siglo" 2000.
- Estébanez P. Salud y grupos excluidos: la inmigración. En: Estébanez P. *Exclusión social y salud*. Barcelona: Icaria, 2002;99-112.
- Bernardo Ródenas S. Mujer e inmigración. *Revista AequAlitas* 2001(6).
- Holgado Fernández I. Las nuevas retóricas de la inmigración femenina: La prostitución en las calles de Barcelona. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* 2001;94(100).
- Mazarrasa L, Castillo S. Salud, género y migración. *Salud* 2000;71:18-21.
- Sanz B, Schumacher R, Torres AM. ¿Cómo percibe la población inmigrante su estado de salud? *Ofrim/suplementos* 1998;14-24.
- Madueño Pulido AB, Godoy Sánchez F, Rodríguez Miranda M, Robles A, Vargas Ortega DA, Parrilla Ruiz F. Urgencias e inmigración: necesidades de adaptación. Actualización. *Medicina General* 2003;56:467-74.
- Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Val O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. *Gaceta Sanitaria* 2002;16:376-84.
- Martínez Blanco ML, Mazarrasa Alvear L, Pazos Garcandía A, Castillo Rodríguez S, Yácer Gil de Ramales A, Colomo Gámez C, Lago Núñez M. Prevención del VIH/SIDA en población inmigrante. Una estrategia de promoción de salud basada en la educación entre iguales. *Index de Enfermería* 2003;42:19-23.
- Blázquez Rodríguez MI, Mazarrasa Alvear L, García Otero L. Aproximación a las asociaciones africanas como agentes de salud en sus comunidades inmigrantes. Experiencias desde la práctica. *Suplemento Ofrim* 2004;11:69-90.
- Blázquez Rodríguez MI, Mazarrasa Alvear L. La promoción de salud en la población inmigrada. Una experiencia en la Escuela Nacional de salud. *Index de Enfermería* 2003;42:34-8.