

Original

Barreras y propuestas para el abordaje sanitario de la trata con fines de explotación sexual

Guadalupe Pastor-Moreno^{a,b,c,*}, Isabel Ruiz-Pérez^{a,b,c} y Luis Sordo^{b,d}^a Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España^c Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada, España^d Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de junio de 2023

Aceptado el 7 de septiembre de 2023

On-line el 21 de noviembre de 2023

Palabras clave:

Trata de seres humanos

Violencia sexual

Mujeres

Sector sanitario

Investigación cualitativa

RESUMEN

Objetivo: Explorar la percepción de la trata de mujeres con fines de explotación sexual, identificar las dificultades y recoger las propuestas de profesionales en contacto directo con las víctimas en Andalucía. **Método:** Estudio cualitativo basado en entrevistas a 10 informantes clave seleccionados en entidades de apoyo y atención a víctimas de trata de mujeres con fines de explotación sexual en 2021. Dos investigadoras llevaron a cabo un análisis de contenido categórico temático. Se analizaron tres temas con diferentes subtemas.

Resultados: Se han identificado dificultades relacionadas con las mujeres (tardan en reconocerse como víctimas, diferencias culturales, desconfianza en el sistema), con los traficantes (modificación de estrategias), con profesionales de la salud (falta de sensibilidad y poca homogeneidad en las actuaciones) y con el sistema sanitario (ausencia de intermediación cultural, complejidad administrativa). Las personas informantes clave proponen una mayor capacitación de profesionales, el empleo de protocolos de actuación efectivos y una mejor coordinación entre instituciones.

Conclusiones: El sector sanitario enfrenta diversos desafíos para dar una respuesta integral y efectiva a la trata de mujeres con fines de explotación sexual. Se requieren mejoras en la sensibilización de profesionales de la salud, el desarrollo de protocolos estandarizados, una mayor colaboración entre sectores, la provisión de servicios especializados en salud mental y una mediación cultural eficaz.

© 2023 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Barriers and proposals for a health care approach to trafficking for sexual exploitation

ABSTRACT

Objective: To examine the perception of the trafficking in women for sexual exploitation, identify the difficulties and collect the proposals of professionals in direct contact with the victims of trafficking in women for sexual exploitation in Andalusia (Spain).

Method: Qualitative study based on interviews with 10 key informants, selected from organizations providing support and care to victims of trafficking in women for sexual exploitation in 2021. Two researchers carried out a thematic categorical content analysis, integrative and relational analysis. Three themes with different sub-themes were analyzed.

Results: Difficulties have been identified in relation to women (delay in recognizing themselves as victims, cultural differences, distrust of the system), traffickers (modification of strategies), health professionals (lack of sensitivity and lack of homogeneity in actions) and the health system (lack of cultural intermediation, administrative complexity). The key informants propose more training for professionals, the use of effective action protocols and better coordination between institutions.

Conclusions: The health sector faces a number of challenges in responding comprehensively and effectively to trafficking in women for sexual exploitation. Improvements are needed in raising awareness among health professionals, the development of standardized protocols, greater collaboration between sectors, the provision of specialized mental health services and effective cultural mediation.

© 2023 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Human trafficking

Sex offenses

Women

Healthcare sector

Qualitative research

Introducción

La trata de personas, y específicamente la trata de mujeres con fines de explotación sexual, es un problema universal que la

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: guadalupe.pastor.easp@juntadeandalucia.es (G. Pastor-Moreno).

Organización de las Naciones Unidas califica como «la nueva cara de la esclavitud y un delito de lesa humanidad»¹. Definida como «la captación, transporte, traslado, acogida o recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza con fines de explotación sexual»², se estima que mundialmente 6,3 millones de personas se encuentran en esta situación³.

En España, entre 2017 y 2021, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad identificaron 1438 víctimas de trata de mujeres con fines de explotación sexual. A estas cifras hay que añadir 4420 víctimas de explotación sexual y también laboral⁴. No es un problema neutral en términos de género, pues el 98% de las víctimas identificadas eran mujeres o niñas⁴. Las desigualdades de género, y concretamente la violencia contra las mujeres, se reconocen como las principales causas de la trata de mujeres con fines de explotación sexual⁵.

Además, es un problema de salud pública importante, pues víctimas y sobrevivientes corren el riesgo de sufrir problemas de salud física, mental y reproductiva^{6,7}. La privación de alimentos y de sueño, el consumo forzado de sustancias y los obstáculos para el acceso a medicación pueden contribuir a una mala salud⁸. Infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos forzados⁹, trastorno de estrés postraumático complejo, síndromes de dolor psicósomático, consumo de sustancias, comportamientos autolesivos, ideación suicida y suicidio⁸ son algunos de los problemas identificados. Las supervivientes requieren atención sanitaria y especializada para su recuperación¹⁰.

El 50% de las víctimas de este tipo de trata son atendidas por personal sanitario mientras son explotadas^{11,12}. Es precisamente el ámbito sanitario un espacio esencial para la detección de la violencia, incluida la trata de mujeres con fines de explotación sexual¹³, y los/las profesionales de salud tienen la oportunidad de identificar y derivar a las víctimas, alertar a las autoridades sobre las situaciones de riesgo y prestar servicios de atención sanitaria.

Sin embargo, como otras poblaciones vulnerables, las víctimas y supervivientes enfrentan desafíos en el acceso a la atención sanitaria. En muchas ocasiones son inmigrantes, tienen una situación de irregularidad administrativa y están aisladas y amenazadas por las redes de tratantes. Acuden a los servicios médicos de manera puntual y urgente, lo que complica el seguimiento de su situación y el abordaje adecuado^{14,15}.

España se considera un «punto de entrada masiva» como zona de tránsito de mujeres sexualmente explotadas hacia Europa¹⁶. Al mismo tiempo, Andalucía es un «punto caliente» como zona de asentamiento de víctimas y redes⁴. El marco legislativo español considera la trata de mujeres con fines de explotación sexual como una forma de violencia, y otorga un papel esencial al sector sanitario en la detección del problema. Sin embargo, en nuestro contexto aún son escasos los estudios que exploran las percepciones sobre el papel del sector salud y sus profesionales sobre el tema. Algunos autores se han centrado en las experiencias de mujeres inmigrantes irregulares¹⁷ y en las de profesionales de servicios de emergencias que atienden a estas mujeres a su llegada a las costas españolas¹⁸; otros, en las perspectivas de perfiles profesionales muy concretos, como las matronas¹⁹.

Es fundamental disponer de una mayor información sobre las barreras y los obstáculos existentes en el abordaje de la salud respecto a la trata de mujeres con fines de explotación sexual. En España, la labor más importante en la asistencia a estas mujeres la ejercen las entidades no lucrativas religiosas y laicas, a través de los diferentes programas de acogida y atención. Por ello, este estudio se centra en el análisis del problema desde el punto de vista de profesionales de dichas entidades, que no se encuentran dentro del sistema sanitario, pero que tienen contacto directo con las víctimas.

Los objetivos son examinar la percepción de la situación, identificar las dificultades y recoger las propuestas de profesionales en

contacto directo con las víctimas de trata de mujeres con fines de explotación sexual en Andalucía.

Método

Estudio cualitativo exploratorio basado en entrevistas a informantes clave. Es una forma específica de aplicar entrevistas semiestructuradas, en la que la persona entrevistada tiene interés por su calidad de experta y su experiencia en un campo de actividad concreto²⁰.

Se consideraron informantes clave a los/las profesionales que desarrollan su trabajo en las diversas etapas del proceso de recuperación de víctimas de trata de mujeres con fines de explotación sexual (intervención de calle, servicios de acogida, atención psicológica, asistencia médica y jurídica, etc.) en entidades de Andalucía. Su voz nos permite visibilizar a «las invisibles» y su experiencia nos permite entender las barreras a las que se enfrentan las víctimas.

Para garantizar una representación heterogénea de opiniones se abarcó una amplia variedad de áreas de trabajo: detección, acogida, intervención y acompañamiento, investigación y sensibilización.

El muestreo fue intencional y en bola de nieve²¹. Se identificaron las diferentes entidades (asociaciones, servicios públicos, etc.) de atención a víctimas de trata de mujeres con fines de explotación sexual en Andalucía y se solicitó por escrito la participación de perfiles que pudieran aportar información de primera mano. Para garantizar una representación heterogénea de opiniones se abarcó una amplia diversidad de áreas de trabajo: detección, acogida, intervención y acompañamiento, investigación y sensibilización. Las decisiones sobre la selección de participantes se basaron en criterios de relevancia por su conocimiento del problema y de accesibilidad para la participación en el estudio. Participaron ocho mujeres y dos hombres de diversos perfiles profesionales y funciones en la atención, con más de 8 años de experiencia en su puesto de trabajo (tabla 1).

El trabajo de campo se desarrolló entre junio y septiembre de 2021. Se utilizó un guion de entrevista semiestructurada con una guía de temas principales que contemplaba la posibilidad de incluir nuevas cuestiones (fig. 1). La investigadora principal envió una carta de invitación personalizada a cada participante identificado y posteriormente una entrevistadora entrenada realizó la entrevista mediante videollamada en la plataforma Zoom. La duración media de las entrevistas fue de 50 minutos.

El análisis de contenido categórico temático²² fue realizado por dos investigadoras. Primero se hizo una lectura exhaustiva de las transcripciones literales, las notas de campo y las observaciones, para buscar el sentido explícito e implícito de los datos, identificando conceptos emergentes y primeras hipótesis (familiarización con los datos). Posteriormente se generaron las categorías o códigos iniciales, basándose en las dimensiones del propio guion de la entrevista y en las categorías que fueron emergiendo de los textos. A continuación, las categorías o códigos se organizaron en diferentes temas. Finalmente, las dos investigadoras realizaron un análisis integrativo y relacional, elaborando las definiciones y las jerarquías definitivas entre temas y subtemas.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de Andalucía (1376-N-23). Las personas informantes clave fueron informadas acerca de los fines de la investigación y firmaron su consentimiento. La identidad se ha protegido asignando a cada archivo de vídeo y de texto un mismo código de identificación, y los *verbatim*s se asocian solo con el sexo y el perfil profesional de la persona entrevistada.

Para garantizar la fiabilidad se emplearon los criterios de Lincoln y Guba²³. Dos investigadoras llevaron a cabo el análisis

Tabla 1

Características de los/las informantes clave

Código	Sexo	Formación	Perfil profesional	Antigüedad en el puesto (años)
IC 1	Mujer	Pedagogía, antropología	Profesora de universidad y mediadora intercultural	ND
IC 2	Mujer	Medicina, experta en violencia de género	Médica de urgencias hospitalarias	21
IC 3	Mujer	Trabajo social y educación social	Coordinadora de centro de acogida residencial para víctimas de trata de mujeres con fines de explotación sexual	15
IC 4	Hombre	Trabajo social	Coordinador de inclusión en una ONG de acción social	28
IC 5	Mujer	Trabajo social	Responsable del área de la mujer en una ONG de acción social	17
IC 6	Mujer	Economía	Intervención directa con víctimas de trata de mujeres con fines de explotación sexual en una ONG de acción social	9
IC 7	Mujer	Trabajo social	Coordinadora de un programa de unidad móvil y centros de acogida en una ONG de acción social	ND
IC 8	Hombre	Trabajo social y educación social	Acompañamiento sanitario, social, jurídico, laboral y formativo a mujeres en recurso de acogida	8
IC 9	Mujer	Psicología	Coordinadora del área de investigación en una ONG de acción social	13
IC 10	Mujer	Psicología	Acompañamiento psicológico en un recurso de acogida	10

IC: informante clave; ND: no disponible; ONG: organización no gubernamental.

- ¿A qué se dedica profesionalmente?
- ¿Cuál es su experiencia en el problema de la TMFES?
- Desde su experiencia, ¿cree que hay una conciencia y un conocimiento de lo que es y lo que implica la TMFES a nivel social?
- ¿Y a nivel del sector salud?
- ¿Qué características específicas tiene este problema en Andalucía?
- ¿Cómo valora las actuaciones realizadas desde el gobierno español?
- ¿Y las actuaciones realizadas desde la Junta de Andalucía?
- ¿Cuál es el papel de las organizaciones y asociaciones en este problema?
- ¿Qué papel considera que tiene el sector salud en el problema?
- ¿Cuáles son las necesidades de salud de las víctimas de TFES?
- ¿Qué acciones concretas cree que se pueden realizar desde el sector sanitario público?
- ¿Cómo podrían los servicios sanitarios identificar a una potencial víctima de trata?
- ¿Cuáles son a día de hoy las carencias que detecta en el abordaje que se realiza desde el sector sanitario?
- ¿Qué dificultades cree que enfrentan las y los profesionales sanitarios para tratar el problema?
- ¿Qué aspectos sanitarios deberían contemplarse en la Estrategia Andaluza contra la TFES?
- ¿Podría comentar alguna propuesta concreta que considera que podría tener éxito?

Figura 1. Guion de la entrevista semiestructurada. TMFES: trata de mujeres con fines de explotación sexual.

de manera independiente (triangulación de investigadoras) para mantener la confiabilidad de los resultados. Una de las informantes clave recibió los resultados para verificar la información obtenida (control por parte de los/las participantes). Finalmente, se incluyó una descripción del contexto del estudio y de sus participantes.

Resultados

Se extrajeron tres temas de análisis principales, con diferentes subtemas (fig. 2). Los ejemplos (*verbatim*) citados en las tablas se presentan literalmente, para garantizar la precisión.

Tema A: percepción sobre el conocimiento de la trata de mujeres con fines de explotación sexual

Los subtemas incluidos en este tema se exponen en la figura 2 y los *verbatim* en la tabla 2. Las informantes clave consideran que la trata de mujeres con fines de explotación sexual es un fenómeno políticamente reconocido, pero desconocido e invisible socialmente. Es una realidad muy compleja, pues puede darse explotación sexual al tiempo que otras explotaciones laborales y también agresiones sexuales fuera de la trata. Estas peculiaridades no son conocidas por los/las profesionales del ámbito sanitario,

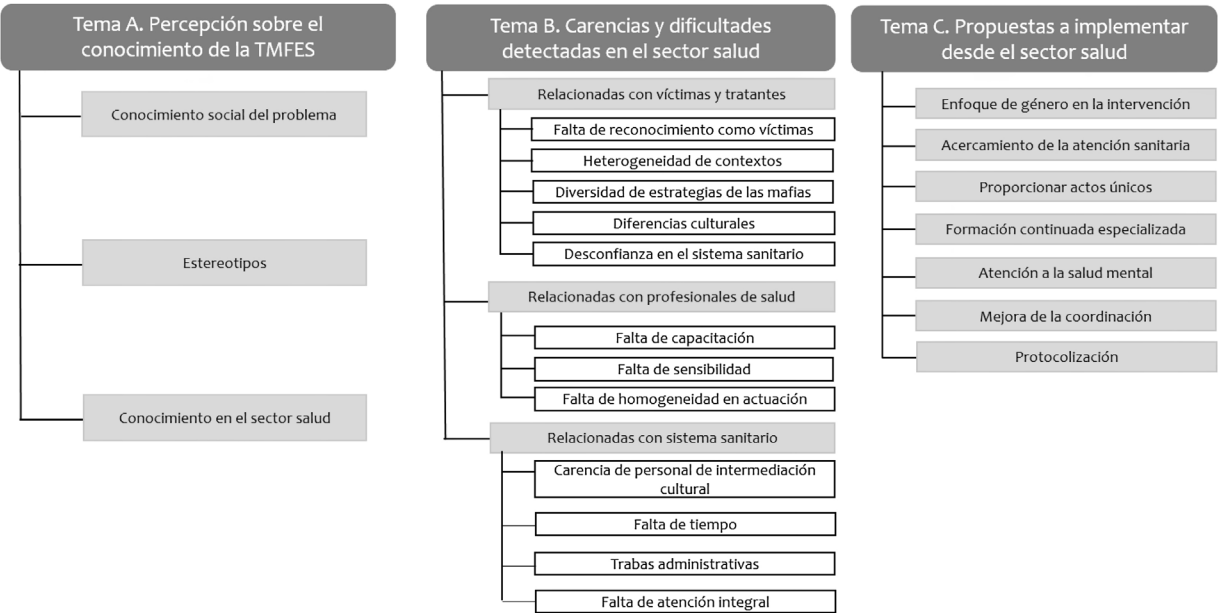


Figura 2. Matriz de temas de análisis. TMFES: trata de mujeres con fines de explotación sexual.

Tabla 2
Tema A: percepción sobre el conocimiento de la trata de mujeres con fines de explotación sexual

Subtema	Citas textuales
Conocimiento social del problema	«Ahora con las campañas publicitarias que el propio Ministerio hace, las fuerzas y cuerpos policiales también, que, pues naturalmente se oye más, ¿no? Pero de ahí a que haya una conciencia social va un abismo. No, no la hay.» IC 2 «Se cree que es algo totalmente ajeno a nosotros, que solamente pasa en otro sitio, que, si pasa aquí, son personas de otros países (...) No existe una concienciación, y además hay una negación, es decir no solo no pasa, sino que no puede pasar, por ejemplo, a personas nacionales.» IC 5 «Es una realidad de la que es verdad que es muy difícil tener un acercamiento real, porque es una realidad que constantemente va cambiando, por lo que implica, tanto por los que la ejercen, como por los opresores, y por las víctimas.» IC 8
Estereotipos	«Una víctima de trata no siempre está en un club encerrada, encadenada con unas cadenas físicas, ¿no? (...) Puede vivir en unas condiciones de falsa autonomía, puede ser una mujer que va a un centro de salud, a una peluquería, pero ejerce en un piso, y tiene unas cadenas invisibles. Estas cadenas invisibles son unas amenazas.» IC 8 «Hay mucho imaginario ahí, con mucho estereotipo, la típica imagen de las mujeres con las manos atadas, o metida en una habitación, sin poder salir. Puede ser que se dé algún caso así, pero no es tampoco lo más común.» IC 9
Conocimiento en el sector salud	«Te hablo como algo parecido a lo que pasaba hace 20 años con la violencia de género, “es que eso no nos pertenece a nosotros”, cuando todavía hay algunos profesionales que lo dicen, ¿no?, “esto es un problema de la policía, o es un problema del trabajador social, pero el nuestro no es un problema social”. No entra dentro de que sea un problema de salud.» IC 2

IC: informante clave.

lo que suele dar lugar a percepciones erróneas, tipificadas y estereotipadas sobre la trata de mujeres con fines de explotación sexual.

Se reconoce el esfuerzo de sensibilización y visibilización del problema realizado en los últimos años por organizaciones no gubernamentales y gobiernos. Sin embargo, opinan que, en general, el personal sanitario no es consciente de la importancia de su papel en la detección del problema, y sigue considerando que la trata de mujeres con fines de explotación sexual es un asunto propio del ámbito policial y no del ámbito de la salud.

Tema B: carencias y dificultades detectadas en el sector salud

A partir de las opiniones recogidas, se han distinguido tres tipos de dificultades (fig. 2):

1) Relacionadas con víctimas y traficantes

En este tema se han enmarcado cinco grupos de dificultades (fig. 2 y tabla 3). Muchas mujeres llegan a España cuando las redes

de trata ya han hecho un trabajo de manipulación. Las niñas son especialmente vulnerables y están solas, su única referencia es una familia lejana (que se convierte en rehén), unos tratantes (que las vigilan, someten y controlan) y un mundo desconocido (que se les muestra hostil). En esta situación, las mujeres se creen responsables y culpables, y tardan mucho tiempo en tomar conciencia de que son víctimas.

El territorio andaluz es socialmente heterogéneo y, como ya se ha comentado, las formas de explotación se superponen o son consecutivas. A ello se une la ventaja temporal y la constante modificación de estrategias de las mafias. Además de amenazar a las víctimas, suelen impedir que aprendan el idioma o que sepan en qué ciudad están. También emplean seguros de salud privados que dificultan el acceso desde la sanidad pública a otros recursos y la salida del aislamiento. Se suman las dificultades idiomáticas, culturales, el miedo y el desconocimiento del sistema sanitario. Hay que tener en cuenta que gran parte de las víctimas proceden de países con sistemas públicos y con formas de relación interpersonal muy diferentes. Todas estas realidades dan lugar a una desconfianza en el sistema sanitario.

Tabla 3

Tema B: carencias y dificultades detectadas en el sector salud

Subtema	Citas textuales
<i>Relacionadas con víctimas y traficantes</i>	
Falta de reconocimiento como víctimas	«No se ven como víctimas de trata. Algunas niñas vienen hechizadas, coaccionadas, por quienes identifican como sus benefactores: si hablas matarán a tu familia, en Europa la policía es mala, te van a deportar, etc.» IC 1
Heterogeneidad de contextos	«Nosotros trabajamos mucho el contexto de prostitución, y la aparición de indicios va a ser mayor que en otros entornos o cuando se trabaja con otra realidad, así que la casuística varía mucho dentro de la misma provincia y a nivel andaluz.» IC 5
Diversidad de estrategias de las mafias	«A veces no es una forma de trata u otra. Muchas veces se mezclan y se suman. Y entonces ahí creo que es una dificultad.» IC 6 «En pisos nos encontramos con que la mayoría de mujeres no tienen tarjeta sanitaria y no es beneficiaria del sistema público de salud. Podría tener sentido que en las clínicas privadas exista como una colaboración. Por eso la realidad de la trata es muy macro.» IC 8 «¿Por qué esa mujer no ha aprendido el idioma? No le interesa a la red. Si estás en una red de trata van a intentar que no lo aprendas.» IC 10
Diferencias culturales	«Por ejemplo, para algunas de ellas es una falta de respeto mirarles a los ojos, y en nuestra cultura es una falta de respeto que hablemos sin mirar a los ojos. La médica puede pensar que es una falta de respeto, de interés o de motivación; para ellas es una muestra de respeto hacia la médica.» IC 8
Desconfianza en el sistema sanitario	«Estás hablando con ella y está mirando para todas partes, como si la estuvieran vigilando. O incluso les ofrezco preservativos y como que buscan para pagarte. Y entonces ves cómo se están aprovechando de ellas en todo, o sea, lo gratuito para ellas no existe. Tienen una deuda.» IC 7
<i>Relacionadas con profesionales de la salud</i>	
Falta de capacitación	«Para la mujer no tiene que ser fácil de explicar y hacerse entender también, la otra persona tiene que saber comunicar y escuchar, partimos de la base de que es complejo (...) No es fácil, por cuestión de tiempo, conocimiento y formación especializada. A eso se enfrentan los y las profesionales sanitarios para tratar este problema.» IC 5
Falta de sensibilidad	«Tenemos profesionales de otros centros de salud que prácticamente las mujeres no quieren ir con ellos, porque se sienten insultadas, se sienten ofendidas, se sienten regañadas. Esa figura paternalista de “es que, pues si te has quedado embarazada, pues tenías que tener más cuidado, ¿no?”» IC 9
Falta de homogeneidad en la actuación	«Cuando hacemos las derivaciones sanitarias con el tema de los informes, dependiendo de qué centro de salud te toque tienes una respuesta u otra.» IC 5 «Uno de los elementos que seguro falta es la cuestión de la homogeneidad en cuanto a la posible intervención (...) Esto es un elemento que es indispensable superar. La arbitrariedad, dependiendo de la persona que te toque, cuando esté más o menos sensibilizada; eso no puede ser.» IC 6
<i>Relacionadas con el sistema sanitario</i>	
Carencia de personal de intermediación cultural	«Hay nigerianas que están controladas por el vudú; claro, entonces llegan contando una historia que muchas veces con nuestra visión un poco occidental no sabes entenderla.» IC 7 «Los informes médicos es otra de las carencias que yo siempre veo que ellas no lo entienden, y traducir un lenguaje tan técnico es que es muy, muy complicado.» IC 8
Falta de tiempo	«Desde la pandemia, el personal sanitario está saturado, se dan citas para dentro de 15 días, con pocos minutos para atención primaria. Diles tú que detecten un caso de trata en 5 minutos, es una utopía. En las actuales condiciones no es posible detectar.» IC 4
Trabas administrativas	«Aún encontramos casos de denegación de la cobertura básica sanitaria. Por ejemplo, a veces acuden a urgencias y se les factura.» IC 4 «Hay un requisito, que es que, si no tienes el NIE, no eres legal en España, no tienes acceso al servicio público. Pero esto dificulta muchísimo; a lo mejor puedes ir a servicios sociales, pero no puedes solicitar nada.» IC 8
Falta de atención integral a las víctimas	«Existen estrategias, la estrategia también nacional, el plan integral nacional contra la trata, pero una ley integral contra la trata no existe, y creo que es una de las principales [barreras].» IC 8 «A nivel nacional, bueno, una ley integral contra la trata, ¿sabes? Porque, al final, bueno, tenemos protocolos, tenemos estrategias, planes; que está muy bien, pero al final necesitamos algo que recoja todo eso.» IC 9

IC: informante clave.

2) Relacionadas con los/las profesionales de la salud

En este tema se han identificado tres grupos de dificultades (fig. 2 y tabla 3). Se percibe una falta de formación que capacite para la detección y genere una mayor empatía, paciencia, una ruptura de estereotipos, etc. Se señala también una falta de sensibilidad: se habla de profesionales con conciencia y compromiso, que se forman y solicitan más formación, pero también de profesionales que revictimizan a las mujeres, con preguntas que generan culpa y desconfianza.

Se advierte una arbitrariedad entre profesionales. En nuestro contexto sanitario existen diferentes protocolos de actuación que podrían ser una ayuda en los casos de sospecha de trata, incluido el de violencia de género, que ofrece pautas para detectar situaciones de trata de mujeres con fines de explotación sexual. Sin embargo, en opinión de las informantes clave, se utilizan de manera parcial y a discreción del profesional.

3) Relacionadas con el sistema sanitario

Finalmente, en este tema se han incluido cuatro grupos de dificultades (fig. 2 y tabla 3). Una de las principales barreras identi-

ficadas es la ausencia de intermediación cultural que traduzca, pero sobre todo que ayude a interpretar especificidades culturales. Esta carencia es muy visible en la salud mental. Todas las informantes clave ponen el foco en estos servicios como ámbitos que resultan cruciales para detectar la trata de mujeres con fines de explotación sexual. Por otra parte, la recuperación psicológica de las víctimas es lenta y consideran que el sistema sanitario público no cuenta con recursos y espacios para la atención a la salud mental. La falta de tiempo para el adecuado abordaje de un problema tan complejo es otra de las dificultades identificadas.

Otra barrera está relacionada con la atención administrativa de las víctimas. Por ejemplo, la complejidad para acceder a la tarjeta sanitaria, el uso de una misma tarjeta por varias usuarias o la asistencia a clínicas privadas en las que las mujeres son atendidas sin garantías, a menudo sobremedicadas, incluso con tratamientos farmacológicos de salud mental, sin ningún tipo de seguimiento o controles básicos.

Por último, señalan la falta de atención integral. Según las informantes clave, hasta el momento la atención a las víctimas está muy fraccionada. A pesar de contar con herramientas de gran valor, como las estrategias o planes contra la trata, en la práctica aún no se ofrece una atención integral definida por una legislación específica.

Tabla 4

Tema C: propuestas para implementar desde el sector salud

Subtema	Citas textuales
Incorporación del enfoque de género en la atención	«En este trabajo tenemos que tener, queramos o no queramos, una perspectiva de género. O sea, es necesario, fundamental y luchamos por ello, porque hay que entender que todo esto no le pasa a un hombre.» IC 7
Acercamiento de la atención sanitaria a las víctimas	«Si no tenemos una perspectiva de género para entender el problema, o para acompañar a la víctima, no estamos haciendo nada.» IC 8 «Es importante que haya, en cada dispositivo de urgencias, en cada centro de salud, alguna persona referente. Porque requiere unos conocimientos más específicos legales, unos conocimientos más específicos de documentos, de acceso a recursos.» IC 2
Proporcionar actos únicos sanitarios	«Sería bueno que una mujer, aunque no tenga documentación, se pueda gestionar ella misma la tarjeta sanitaria, o sea, que pueda acceder ella, aunque nosotras no la identifiquemos.» IC 7 «En un acto único, donde la mujer va solamente un día, y se hace todas las pruebas. Las mujeres se van moviendo de un sitio a otro; lo difícil que es que vayan a la cita en diferentes días, o en horario de mañana.» IC 9 «Tenemos un médico o una médica de referencia para enfermedades de transmisión sexual, y cada usuaria tiene, tiene su médico, cualquier problema podemos llamar, contactar y estupendamente.» IC 7
Formación continuada especializada	«Cuando se hace una formación, tiene que ser obligatoria, porque si se da la opción a los profesionales de ir o no ir, la verdad es que luego falta mucha gente.» IC 9 «Formación en competencias culturales en los servicios de salud, para entender qué necesidades y cómo conectar. Porque creo que el objetivo es que la mujer no se desvincule de los procesos sanitarios.» IC 10
Atención a la salud mental	«Cuando la mujer sale de la situación de trata, hay que trabajar en la recuperación, para eso es fundamental el acceso a salud mental, pero es la hermana pobre de nuestro sistema sanitario.» IC 4 «Las entidades normalmente no podemos acoger a chicas con problemas de salud mental grave y no hay recursos para salud mental, ya no digo especializados en trata, que sería un ideal, pero bueno, podría haber recursos a lo mejor de salud mental y violencia de género, por ejemplo. Donde la mujer tuviera una atención más especializada en sus circunstancias.» IC 10
Mejorar la coordinación	«Es fundamental su posición [de las organizaciones no gubernamentales] porque, a veces, para poder establecer contacto con estas mujeres, nos encontramos con barreras idiomáticas, con barreras culturales, que los profesionales sanitarios no conocemos.» IC 2 «Es fundamental conocer más y establecer mejores canales de coordinación entre entidades sociales, administración pública y las entidades sanitarias.» IC 3 «Es muy importante que haya un mensaje claro y único, inequívoco para todo el sector. Para evitar que cada uno diga "ay, yo no he recibido nada, no he recibido ningún papel, así que yo sigo actuando como quiera".» IC 6 «Un agente clave en cada centro de salud, para poder consultar y poder facilitar el acceso o las derivaciones que sean pertinentes.» IC 7
Unificación de criterios/protocolización	«El protocolo de violencia, o de trata, o de mutilación genital femenina. Esto hay que hacerlo accesible. Si no, con los 10.000 protocolos que hay, la gente dice "yo no tengo tiempo de esto".» IC 4 «Un protocolo específico, igual que el de violencia de género; crear un organigrama, todo muy claro sobre los aspectos sanitarios.» IC 5 «Darle más formalidad al tema de las derivaciones. Porque muchas veces estamos perdidos, porque sabemos que han abierto una nueva consulta de la mujer, ¿pero cómo se deriva a las mujeres?, ¿podemos hacerlo nosotras como entidad?» IC 9

IC: informantes clave.

Tema C: propuestas para implementar desde el sector salud

Se han identificado varias propuestas clasificadas en siete subtemas (fig. 2 y tabla 4). Todas las informantes clave coinciden en que un problema como la trata de mujeres con fines de explotación sexual requiere necesariamente incorporar un enfoque de género en la planificación, la detección, el abordaje y la intervención.

Es necesario también un acercamiento de la atención sanitaria, para lo que proponen el empleo de unidades móviles de salud a zonas de asentamientos, cortijadas, etc., para la atención y el contacto con las víctimas. Plantean proporcionar actos únicos sanitarios, una sola cita en la que prestar el máximo de servicios: tarjeta sanitaria, pruebas, diagnósticos, etc. Una de las experiencias de éxito que han nombrado más informantes es contar con una persona de referencia en el centro de salud, pues eso facilita todas las gestiones.

Otra de las propuestas es la formación continuada de profesionales como primer escalón para el abordaje adecuado; una formación obligatoria, transversal a cualquier profesional y práctica. Se hace hincapié en la atención a la salud mental de las supervivientes por profesionales especializados para que desarrollen recorridos de inclusión social más completos y adaptados a sus realidades.

Una propuesta más es la colaboración entre las entidades sociales y el sistema sanitario para generar espacios de trabajo donde

hacer efectivas las políticas públicas de trata de mujeres con fines de explotación sexual. Y finalmente se han recogido propuestas relacionadas con la protocolización de las actuaciones: por un parte, protocolizar las experiencias que se llevan a cabo de manera informal y que han mostrado ser efectivas y exitosas, y, por otra parte, aligerar los protocolos ya existentes, darlos a conocer y hacerlos accesibles al personal sanitario.

Discusión

Este trabajo presenta información sobre las particularidades del abordaje de la trata de mujeres con fines de explotación sexual en el ámbito sanitario desde el punto de vista de profesionales en contacto directo con las víctimas. Entre los resultados, destaca la percepción de una falta de conciencia y conocimiento sobre este tema entre profesionales de la salud. También se han identificado diversos desafíos del sector sanitario para dar una respuesta integral y efectiva a este complejo problema.

Los resultados están en consonancia y refuerzan algunas conclusiones de otros estudios realizados con profesionales de diversos perfiles. Como señalan Meneses et al. en España²⁴ y otros autores en el ámbito internacional^{15,25}, una de las principales dificultades es no reconocerse como víctima, ya sea por miedo o por desconfianza. En cuanto al personal sanitario, otros estudios

han identificado obstáculos como falta de confianza²⁶, escasa capacitación^{26,27}, barreras del idioma, falta de citas flexibles o ausencia de coordinación²⁸; obstáculos también reconocidos por las/los informantes clave de este estudio.

Por otra parte, la ausencia de tratamientos de salud mental es una de las mayores preocupaciones y barreras percibidas. En el estudio de Robitz et al.²⁹ se halló que las supervivientes valoran especialmente los servicios de salud mental y desean encontrar profesionales que no las juzguen y muestren comprensión. Sin embargo, tal como indican Panda et al.³⁰, y confirman nuestros/as informantes clave, a día de hoy las necesidades de salud mental no son cubiertas por el sistema sanitario.

En el discurso de informantes clave también se han identificado diferentes propuestas en la línea de las indicadas en otros estudios, como la coordinación y la integración de recursos, ya recomendada por Jiménez y Tarancón³¹, y por Villacampa y Torres³². De cualquier manera, como indican otros autores^{15,19,33}, sin la preparación adecuada es posible que las víctimas pasen inadvertidas para el personal sanitario.

Así mismo, el sistema sanitario español cuenta con un amplio recorrido en protocolización de actuaciones ante la violencia de género. Las pautas para abordar la trata de mujeres con fines de explotación sexual están indicadas para el personal sanitario, aunque la condición necesaria para ello es conocer los protocolos y hacerlos accesibles. En opinión de las informantes clave, si esta premisa no se está cumpliendo, habría que elaborar protocolos comprensibles y aceptables por el personal sanitario.

El conjunto de normas internacionales compromete a los países a detectar, identificar y ofrecer asistencia integral, accesible y apropiada a las víctimas de trata de mujeres con fines de explotación sexual. Según algunas estimaciones, más de la mitad de ellas interactúan con el sistema sanitario en algún momento, por lo que los/las profesionales de la salud se encuentran en una posición privilegiada, pero para ser una fuerza impulsora del cambio resulta fundamental su formación e implicación³⁴.

Una ley que aborde la trata de manera integral podría poner solución a algunas de las barreras identificadas en este estudio, como la falta de homogeneidad en las actuaciones o la falta de intervenciones coordinadas. La Ley Orgánica Integral contra la Trata y la Explotación de Seres humanos está en fase de anteproyecto, por lo que aún habrá que esperar para ver materializadas las medidas de prevención y lucha contra la trata de mujeres con fines de explotación sexual.

Fortalezas y limitaciones

El perfil de los/las profesionales participantes en este estudio es probablemente el que tiene un conocimiento más cercano de las realidades y dificultades que enfrentan las víctimas de trata de mujeres con fines de explotación sexual en España¹⁵. Facilitan el acceso de las mujeres a los servicios de salud y las acompañan en el proceso de recuperación y reintegración social, por lo que su opinión resulta esencial. Consideramos que este enfoque aporta valor y es una fortaleza del estudio. Además, se ha obtenido el discurso de informantes clave con suficiente experiencia y con diferentes enfoques, ofreciendo información rica y distintos matices en las barreras y propuestas (triangulación de perspectivas).

Como limitaciones, hay que tener en cuenta que el estudio se ha realizado en Andalucía, una región con características muy específicas en cuanto a la realidad de la trata de mujeres con fines de explotación sexual, como ya hemos comentado. Investigaciones futuras deberían determinar si los temas que hemos identificado aparecen en otras comunidades autónomas. Además, aunque se ha intentado representar diferentes perfiles con interés en el tema, se ha incluido un mayor número de profesionales de acción social y

menor del ámbito sanitario. En este sentido, sería necesario complementar los resultados en nuestro contexto con las percepciones de profesionales asistenciales, y más necesario aún, con las de las propias víctimas y supervivientes de la trata de mujeres con fines de explotación sexual.

Conclusiones

Se requieren mejoras en la sensibilización de los/las profesionales de la salud, el desarrollo de protocolos estandarizados, una mayor colaboración entre sectores, la provisión de servicios especializados en salud mental y una mediación cultural eficaz. Contar con una Ley Integral sobre Trata podría dar solución a muchas de las barreras identificadas.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Datos a disposición de las personas que los soliciten contactando con la autora para correspondencia.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Se estima que al menos la mitad de las víctimas de trata con fines de explotación sexual acuden al sistema sanitario mientras están siendo explotadas por las redes. El sector salud está en una posición de privilegio y responsabilidad en la detección de posibles víctimas y en el abordaje integral de su salud.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se ha obtenido la opinión de un grupo heterogéneo de informantes clave que han identificado barreras relacionadas con las víctimas y los traficantes, con el sistema sanitario y con los/las profesionales de salud.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Se requieren protocolos de coordinación aceptables para todas las partes implicadas en la asistencia integral a las víctimas de trata con fines de explotación sexual, así como una mayor sensibilización y formación del personal sanitario en el problema.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez Dardet.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Todas las personas firmantes han trabajado de forma coordinada en la elaboración del diseño del trabajo, su ejecución y posterior análisis. I. Ruiz-Pérez fue responsable de la concepción y el diseño del estudio. G. Pastor-Moreno fue responsable del análisis de los

datos, codificó las entrevistas en profundidad junto al personal externo contratado para el estudio y escribió el borrador inicial del documento. L. Sordo participó en el análisis y la interpretación de los datos. I. Ruiz-Pérez y L. Sordo hicieron contribuciones sustanciales para construir la estructura y la versión final del artículo. Los tres discutieron y colaboraron en el análisis y la interpretación de la información. La versión definitiva del artículo cuenta con la aprobación de todas las personas firmantes.

Agradecimientos

A todos/as los/las profesionales que han participado en las entrevistas, compartiendo sus opiniones y percepciones sobre el problema de forma abierta y altruista.

Financiación

Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía, Pacto de Estado contra la Violencia de Género.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Estatuto de Roma. Roma, Italia: Corte Penal Internacional; 1998. Acta n.º 183/9. Disponible en: [https://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute\(s\).pdf](https://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute(s).pdf).
2. Protocolo de las Naciones Unidas para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños. Palermo, Italia: Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC); 2000. Resolución n.º 55/25. Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/protocol-prevent-suppress-and-punish-trafficking-persons>.
3. Organización Internacional del Trabajo, Walk Free, Organización Internacional de Migraciones. Estimaciones mundiales sobre la esclavitud moderna: trabajo forzoso y matrimonio forzoso. Resumen ejecutivo. Ginebra, Suiza: ONU; 2022. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_norm/-ipec/documents/publication/wcms.854797.pdf.
4. Ministerio del Interior. Trata y explotación de seres humanos en España. Balance estadístico 2016-20. Madrid: Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado. Gobierno de España; 2022. Disponible en: <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/prensa/balances-e-informes/2020/Balance-Ministerio-TSH-2016-2020.pdf>.
5. Walby S, Apitzsch B, Armstrong JE, et al. Study on the gender dimension of trafficking in human beings. Final report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016. Disponible en: <https://ec.europa.eu/anti-trafficking/study-gender-dimension-trafficking-human-beings-es>.
6. Lederer LJ, Wetzel CA. The health consequences of sex trafficking and their implications for identifying victims in healthcare facilities. *Annals Health L*. 2014;23:61-91.
7. Lepianka C, Colbert AM. Characteristics and healthcare needs of women who are trafficked for sex in the United States: an integrative literature review. *J Forensic Nurs*. 2020;16:6-15.
8. Macias-Konstantopoulos W. Human trafficking: the role of medicine in interrupting the cycle of abuse and violence. *Ann Intern Med*. 2016;165:582-8.
9. Bick D, Howard LM, Oram S, et al. Maternity care for trafficked women: survivor experiences and clinicians' perspectives in the United Kingdom's National Health Service. *PLoS One*. 2017;12:e0187856.
10. Fazio N, Lynch J, Devlin M, et al. Mental health problems among youth experiencing sex trafficking. *Nurse Pract*. 2021;46:6-11.
11. Baldwin SB, Eisenman DP, Sayles JN, et al. Identification of human trafficking victims in health care settings. *Health Hum Rights*. 2011;13:E36-49.
12. Chisolm-Straker M, Baldwin S, Gaigbé-Togbé B, et al. Health care and human trafficking: we are seeing the unseen. *J Health Care Poor Underserved*. 2016;27:1220-33.
13. Giménez-Salinas Framis A. La explotación y trata de mujeres con fines sexuales: el papel del sector salud. *Gac Sanit*. 2011;25:351-2.
14. Diputación Foral de Bizkaia. Diagnóstico: Dificultades y necesidades en la atención a víctimas y supervivientes de trata con fines de explotación sexual en Bizkaia. Bizkaia: Departamento de Empleo, Inclusión Social e Igualdad; 2021. Disponible en: <https://web.bizkaia.eus/documents/880299/7139949/DIAGNOSTICO+cast.pdf/2ca5ce46-2853-cab6-c5fc-2e76cb2de178?t=1632391798524>.
15. Westwood J, Howard LM, Stanley N, et al. Access to, and experiences of, health-care services by trafficked people: findings from a mixed-methods study in England. *Br J Gen Pract*. 2016;66:e794-801.
16. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Global Report on Trafficking in Persons 2022. New York: United Nations; 2022. Informe n.º E.23.IV.1. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/2022/GLOTIP_2022-web.pdf.
17. Jiménez-Lasserotte MDM, López-Domene E, Hernández-Padilla JM, et al. Understanding violence against women irregular migrants who arrive in Spain in small boats. *Healthcare (Basel)*. 2020;8:299.
18. López-Domene E, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, et al. Emergency care for women irregular migrants who arrive in Spain by small boat: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:3287.
19. Ruiz-González C, Román P, Benayas-Pérez N, et al. Midwives' experiences and perceptions in treating victims of sex trafficking: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2022;78:2139-49.
20. Meuser M, Nagel U. The expert interview and changes in knowledge production. En: Bogner A, Littig B, Menz W, editores. *Interviewing experts*. London: Palgrave Macmillan UK; 2009. p. 17-42.
21. Luciani M, Campbell K, Tschirhart H, et al. How to design a qualitative health research study. Part 1: design and purposeful sampling considerations. *Prof Infirm*. 2019;72:152-61.
22. Clarke V, Braun V. Thematic analysis. A practical guide. London, UK: SAGE Publications; 2021.
23. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks, USA: SAGE Publications; 1985:289-331.
24. Meneses Falcón MC, Uroz Olivares J, Rúa Vieites A, et al. Apoyando a las víctimas de trata. Las necesidades de las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual desde la perspectiva de las entidades especializadas y profesionales involucrados. Propuesta para la sensibilización contra la trata. Madrid: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género; 2015. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Apoyando-Victimas.Trata.pdf>.
25. Ijadi-Maghsoodi R, Cook M, Barnert ES, et al. Understanding and responding to the needs of commercially sexually exploited youth: recommendations for the mental health provider. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2016;25:107-22.
26. Ross C, Dimitrova S, Howard L, et al. Human trafficking and health: a cross-sectional survey of NHS professionals' contact with victims of human trafficking. *BMJ Open*. 2015;5:e008682.
27. Munro-Kramer ML, Beck DC, Martin KE, et al. Understanding health facility needs for human trafficking response in Michigan. *Public Health Rep*. 2022;137 (1 Suppl):102S-105S.
28. Garg A, Panda P, Neudecker M, et al. Barriers to the access and utilization of healthcare for trafficked youth: a systematic review. *Child Abuse Negl*. 2020;100:104137.
29. Robitz R, Ulloa EC, Salazar M, et al. Mental health service needs of commercially sexually exploited youth: voices of survivors and stakeholders. *Violence Vict*. 2020;35:354-62.
30. Panda P, Garg A, Lee S, et al. Barriers to the access and utilization of healthcare for trafficked youth in the United States. *Child Abuse Negl*. 2021;121:105259.
31. Jiménez Romero M, Tarancón Gómez P. Perspectivas de profesionales del tercer sector sobre la intervención con víctimas de trata con fines de explotación sexual. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. 2018:20-5.
32. Villacampa Estiarte C, Torres Ferrer C. Aproximación institucional a la trata de seres humanos en España: valoración crítica. *Estudios Penales y Criminológicos*. 2021:189-232.
33. Rapoza S. Sex trafficking: a literature review with implications for health care providers. *Adv Emerg Nurs J*. 2022;44:248-61.
34. The Lancet. Health providers-helping to disrupt human trafficking. *Lancet*. 2017;390:532.