Entre el riesgo y el cuidado:
Factores de riesgo en salud, determinantes sociales y estrategias de cuidado en personas que realizan actividades sexuales pagadas en los territorios priorizados de Bogotá

Secretaría Distrital de Salud

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Presentado por:
Fundación Foro Cívico

Coordinadora
Jenny Carolina López Pacheco

Bogotá D.C.
Cundinamarca
Colombia

2025

0) Introducción
Entre la calle y el cuidado
Salud, trabajo sexual y ciudad en los territorios priorizados de Bogotá

El presente documento recoge un protocolo de investigación elaborado como insumo inicial para el desarrollo de un estudio sobre salud pública haciendo énfasis en la salud ocupacional. Se enmarca en una solicitud formulada por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a la Fundación Foro Cívico, en el contexto de las acciones institucionales orientadas a comprender y mejorar las condiciones de vida y de trabajo de las personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas (ASP) en la ciudad. En tal sentido, el texto no constituye aún el informe final ni un diseño cerrado, sino una propuesta estructurada que orienta el rumbo conceptual y metodológico del estudio.

El objeto central de la investigación consiste en caracterizar y analizar los riesgos de salud ocupacional a los que se enfrentan las personas que practican ASP en diversas localidades de Bogotá. Para ello, el protocolo enfatiza en la identificación de las determinantes sociales de la salud que inciden en dichos riesgos (condiciones de vida, de trabajo, de acceso a servicios, de protección social, entre otras), así como en el reconocimiento de las estrategias de cuidado y autocuidado que estas personas despliegan frente a los riesgos a los que están expuestas. La atención a los territorios priorizados de la ciudad permite, además, situar estas dinámicas en escenarios concretos, donde se entrecruzan desigualdades, formas de control y recursos comunitarios.

Se trata de un documento provisional que recoge un estado de avance del proceso de formulación del estudio, por lo cual, varios componentes requieren aún mayor desarrollo, contraste y ajuste. No obstante, su función principal es la de iniciar una sistematización ordenada del estudio, dando forma a sus elementos configurantes. En consecuencia, el protocolo presenta un planteamiento del problema, una primera aproximación a los antecedentes, la pregunta de investigación, los objetivos generales y específicos, así como también un marco teórico y un marco metodológico de carácter provisional. Estos apartados ofrecen una base coherente para la discusión y la retroalimentación interinstitucional, y servirán como guía para las fases posteriores de recolección, de análisis de información y formulación de recomendaciones en materia de salud ocupacional y gestión del riesgo en las actividades sexuales pagadas en Bogotá.

1) Formulación del problema
Riesgos que no son solo del cuerpo
Desigualdades, estigma y salud ocupacional en las actividades sexuales pagadas

Se entiende como problemática a estudiar que en Bogotá no existe una caracterización integral, actualizada y construida con arreglo a un enfoque «poblacional», «diferencial» y de «género» acerca la *salud autopercibida* de las personas que realizan ASP, entendida esta salud como la evaluación subjetiva que hacen las personas que realizan dicha actividad acerca de su salud física, mental y sexual-reproductiva en relación con las diversas condiciones sociales, laborales y ocupacionales que las rodean.

La ausencia del tipo de caracterización enunciada limita la perspectiva pública acerca de cómo las Determinantes Sociales de la Salud (DSS) –que pueden ser socioeconómicas, sociopolíticas, socioculturales y socioambientales– configuran los riesgos ocupacionales específicos de la ASP (como la exposición a todo tipo de violencias, al humo del cigarrillo y a sustancias psicoactivas, prácticas laborales coercitivas, el estigma social o condiciones de trabajo sumamente inseguras) y, al mismo tiempo, configuran las estrategias de cuidado que las propias personas desarrollan para hacer frente a los riesgos ocupacionales y para recuperarse ante las afectaciones negativas producidas que han sido producidas por estos riesgos.

Los estudios previos en Colombia y en América Latina (ONU Mujeres, 2020 y OPS/ OMS, 2019) han mostrado que la intersección entre la pobreza, el género, la migración y la discriminación condicionan la manera en que las trabajadoras y trabajadores sexuales perciben su salud, el modo en que acceden a servicios de salubridad y la manera en que generan recursos personales y comunitarios para sostener sus condiciones de bienestar. La premisa consiste en que Bogotá, si bien posee ya caracterizaciones que dan cuenta de la situación que hoy viven las personas que practican ASP, precisa de seguir ampliando la información que tiene a disposición para afianzar, con arreglo a la evidencia empírica, las decisiones públicas que buscan mejorar la garantía de derechos y la calidad de vida de esta población.

En América Latina, la situación de quienes ejercen trabajo sexual o ASP se percibe desde la salud pública y desde los Derechos Humanos como un campo atravesado por diversas vulneraciones estructurales y, al mismo tiempo, por una organización sociopolítica creciente de las propias trabajadoras(as) sexuales. Los informes de ONUSIDA muestran que el VIH sigue siendo una epidemia concentrada en poblaciones clave, pues la mediana de prevalencia entre trabajadoras sexuales se sitúa alrededor del 1,3–1,4 % frente a cerca del 0,5 % en la población adulta general, lo que mantiene al trabajo sexual o ASP en el centro de las agendas públicas de prevención en la región[1]. Estudios regionales de RedTraSex documentan, en al menos nueve países, el estigma la y discriminación que están presentes en los servicios de salud, la violencia policial y la ausencia de un reconocimiento laboral adecuado, pese a que los marcos jurídicos son muy heterogéneos y oscilan entre la adopción de modelos abolicionistas, prohibicionistas y regulacionistas[2]. Al mismo

tiempo, trabajos como el de Cabezas muestran la emergencia de movimientos sociales de trabajadoras(as) sexuales que disputan, frente a las narrativas dominantes –que les reducen a la condición de ser víctimas pasivas o "vectores de enfermedad"– reivindicando el trabajo sexual o la prostitución como un trabajo digno, politizando las demandas de salud, de seguridad y la propia condición ciudadanía en cuanto a la garantía de los derechos[3].

Durante el periodo 2015-2025, en Colombia la población que realiza ASP ha sido percibida institucionalmente como un grupo de alta vulnerabilidad en salud pública, aunque con avances normativos que intentan reconocer sus derechos. Por ejemplo, el estudio nacional «*Resultados del Estudio Comportamiento Sexual y Prevalencia de la Infección por VIH en Mujeres Trabajadoras Sexuales en Cinco Ciudades de Colombia, 2012*» –aunque anterior a 2015– resulta todavía citado en este periodo como base para la clasificación del trabajo sexual como población clave en la estrategia nacional frente al VIH[4]. En 2019, la RedTraSex en Colombia publicó el estudio titulado «*Estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en Colombia*» que documenta sistemáticamente las prácticas de discriminación en servicios de salud. A su vez, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, adoptada en 2013, se ha seguido usando en este periodo para exigir que las intervenciones de salud sexual y reproductiva consideren a las personas en ASP sin coerción y sin pruebas obligatorias, lo cual es un indicio de la evolución normativa hacia la consolidación de un enfoque de derechos[4].

No obstante, la percepción social y académica sigue señalando que las personas en ASP se enfrentan a condiciones de precariedad laboral, de informalidad, movilidad forzada y migración, así como también al estigma social persistente que condiciona su acceso a los servicios de salud. La documentación más reciente sobre problemáticas sociales del trabajo sexual en Colombia (2024) describe cómo la invisibilidad, la criminalización y la falta de reconocimiento laboral operan en múltiples ciudades del país[5]. En este sentido, aunque las políticas públicas han avanzado en reconocimiento y en normatividad, en el terreno la percepción es donde la población en ASP continúa siendo vista como "vulnerable" y como objeto de medidas de salud y de control, más que plenamente integrada como trabajadora con derechos plenos.

En la ciudad de Bogotá, entre 2015 y 2025 ha comenzado a consolidarse un cambio de percepción institucional respecto de las personas que realizan ASP, transitando desde una perspectiva predominantemente de orden público hacia una perspectiva que incorpora la salud, los Derechos Humanos y el enfoque diferencial. Por ejemplo, la caracterización realizada por el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá (OMEG) en 2019 –«*Caracterización de personas que realizan actividades sexuales pagadas en contextos de prostitución*»– ofrece datos relacionados con las mujeres cisgénero, con la presencia de personas trans, las condiciones de informalidad y de vulnerabilidad, entre otros[6]. En 2019 también se aprobó el CONPES D.C. 11 de 2019 que ajusta la *Política Pública de Actividades Sexuales Pagadas 2020-2029* para Bogotá y en el que se plantea el reconocimiento de quienes realizan ASP como sujetos de derechos y no sólo como objetos de intervención[7].

A pesar de estos desarrollos normativos, la percepción obtenida a través del trabajo de campo muestra que las barreras siguen siendo bastante elevadas, pues según boletines de la Alcaldía Mayor de Bogotá las personas que realizan ASP han sido objeto de violencia. Por ejemplo, entre 2022 y 2023 los informes del distrito indicaron altos porcentajes de violencia sufrida por estas personas, y las barreras al acceso en salud, vivienda y empleo persisten en la práctica[8]. Así, entre 2015 y 2025 la mirada sobre las personas en ASP en Bogotá se vuelve más compleja, pues ya no son percibidas como un "problema de orden público", sino como una población vulnerable con derechos, aunque la realización concreta de ese reconocimiento a través de la implementación de políticas públicas específicas siga siendo incompleta, tanto en términos operativos como en relación a la percepción social.

Desde el marco interpretativo trazado por los Objetivos de Desarrollo Sostenible, esta ausencia de información impide avanzar de manera efectiva en los ODS 3 (Salud y bienestar), 5 (Igualdad de género), 8 (Trabajo decente), 10 (Reducción de desigualdades) y 11 (Ciudades sostenibles), dado que todos estos objetivos están relacionados con la promoción de entornos seguros, con el acceso equitativo a los servicios públicos y la construcción de condiciones sociales que permitan a determinadas poblaciones ejercer su autonomía y sostener prácticas de autocuidado que fortalezcan la salud.

Lo que puede ser señalado como problemática general, es que la falta de una caracterización robusta sobre este tema constituye una barrera estructural para el diseño de intervenciones públicas basadas en evidencia empírica, culturalmente sensibles y articuladas con los compromisos nacionales e internacionales en materia de salud y de Derechos Humanos.

2) Antecedentes
Lo que ya se ha dicho (y lo que falta por decir): Estudios, políticas y debates sobre trabajo sexual y salud en Bogotá y Colombia

Los antecedentes de esta investigación permiten situar el estudio en el cruce entre salud pública, salud ocupacional y trabajo sexual en Bogotá. En este apartado se presenta, de manera sintética, el camino ya recorrido por las políticas distritales y nacionales en relación con las personas que realizan ASP, así como también permite ubicar los principales hallazgos de investigaciones académicas y técnicas acerca de sus condiciones de vida, de trabajo y de salud. Se revisan, en particular, las experiencias de caracterización poblacional, los estudios sobre determinantes sociales de la salud y los análisis sobre violencia, estigma y acceso a servicios, junto con aquellos trabajos que han explorado las prácticas de cuidado y de autocuidado en este campo. Esta mirada de conjunto permite identificar vacíos de información, tensiones teóricas y retos metodológicos que justifican la presente investigación y orientan la formulación de su pregunta, sus objetivos y su diseño mixto.

2.1. Antecedentes Normativos

La formulación de la Política Pública Distrital de Actividades Sexuales Pagadas (ASP) en Bogotá se apoya en un marco normativo amplio que combina la Constitución Política, el bloque de constitucionalidad, la legislación laboral, el Código Penal, las normas de convivencia ciudadana y los desarrollos jurisprudenciales de la Corte Constitucional. En primer lugar, la Constitución de 1991, especialmente a través de su artículo 25, reconoce el trabajo como un derecho y una obligación social que debe gozar de especial protección del Estado "en todas sus modalidades", lo que incluye las actividades sexuales pagadas cuando son ejercidas de manera voluntaria por personas adultas. Este mandato se refuerza mediante el bloque de constitucionalidad, que incorpora tratados y convenios internacionales en materia de derechos humanos, igualdad y trabajo decente, imponiendo al Estado la obligación de garantizar condiciones dignas, libres de violencia, discriminación y explotación para quienes ejercen ASP.

En esa misma línea, los convenios de la OIT sobre discriminación, trabajo forzoso, violencia y acoso en el mundo del trabajo, junto con instrumentos como la CEDAW, el PIDESC y el Convenio para la represión de la trata de personas y la explotación de la prostitución ajena, obligan a diferenciar claramente entre el trabajo sexual voluntario y las diversas formas de explotación y trata. Esta distinción ha sido desarrollada por la Corte Constitucional, que a través de decisiones como las sentencias T-629 de 2010, T-736 de 2015, T-594 de 2016 y T-073 de 2017 ha reconocido a las personas que ejercen actividades sexuales pagadas como sujetas de especial protección, ha consolidado la idea de que la prostitución voluntaria es una actividad lícita y ha exigido a las autoridades evitar detenciones arbitrarias, hostigamientos y cierres de establecimientos que vulneren el derecho al trabajo, al mínimo vital, a la dignidad y a la libertad personal.

El marco normativo también se articula con el Código Penal (Ley 599 de 2000), que sanciona la trata de personas, la explotación de la prostitución ajena, la inducción a la prostitución y los delitos sexuales contra menores, entre otros, estableciendo la obligación de perseguir a quienes se lucran de la explotación y no a las personas que trabajan por cuenta propia. De forma complementaria, el Código Nacional de Seguridad y Convivencia (Ley 1801 de 2016) aclara que el ejercicio de la prostitución, en sí mismo, no es objeto de medidas correctivas, aunque regula comportamientos específicos en el espacio público. A nivel distrital, la Política Pública de Actividades Sexuales Pagadas (CONPES D.C. 11 de 2019) se orienta hacia un enfoque garantista, que reconoce las ASP como trabajo y busca articular salud, derechos laborales, seguridad y convivencia.

Desde la perspectiva de la salud y la seguridad en el trabajo, este marco implica reconocer y gestionar los riesgos físicos, mentales, sociales y estructurales que enfrentan las personas que realizan ASP. La identificación de riesgos como las infecciones de transmisión sexual, la violencia física y sexual, el agotamiento, el estrés postraumático, la ansiedad, la depresión, el estigma, el aislamiento y la precariedad laboral pone en evidencia la necesidad de políticas específicas de prevención y de sistemas de seguridad y salud en el trabajo que integren enfoque de género, diferencial y de derechos. Al mismo tiempo, el avance de las nuevas modalidades digitales —modelaje webcam, escorts que se publicitan en redes y plataformas, y formas híbridas de trabajo sexual online y offline— ha abierto un campo de vulnerabilidades adicionales (violencia digital, sextorsión, explotación laboral digital, transfobia) que desafía los marcos regulatorios tradicionales. Todo ello justifica que la política pública distrital avance hacia un modelo reglamentarista que reconozca las ASP como trabajo, fortalezca la protección frente a delitos de explotación y trata, y adapte la regulación a los escenarios digitales contemporáneos.

Tabla 1
Bloque de constitucionalidad y tratados internacionales relevantes

Instrumento	Contenido clave	Implicación para ASP
Convenio OIT 111 (discriminación)	Prohíbe la discriminación en empleo y ocupación por motivos de sexo, raza, religión, opinión, etc.	Obliga a evitar tratos discriminatorios hacia personas que ejercen ASP en el ámbito laboral y en el acceso a derechos.
Convenio OIT 190 (violencia y acoso)	Reconoce el derecho a un mundo del trabajo libre de violencia y acoso, incluido el basado en género.	Exige prevenir y sancionar la violencia y el acoso contra quienes realizan ASP, en espacios físicos y digitales.
Convenio OIT 105 (trabajo forzoso)	Ordena la abolición del trabajo forzoso u obligatorio.	Refuerza la obligación de distinguir el trabajo sexual voluntario de la trata y la explotación forzada.
CEDAW	Obliga a eliminar todas las formas de discriminación	Fundamenta la protección de los derechos laborales,

	contra la mujer en la vida pública y privada.	sexuales y reproductivos de mujeres que ejercen ASP.
PIDESC	Reconoce el derecho al trabajo en condiciones equitativas y satisfactorias.	Sustenta la exigencia de condiciones dignas y justas para quienes realizan ASP.
Convenio para la represión de la trata de personas y de la explotación de la prostitución ajena (1950)	Obliga a sancionar a quienes explotan la prostitución de otras personas.	Refuerza la persecución de redes de explotación y proxenetismo, protegiendo a quienes ejercen ASP de manera voluntaria.

Tabla 2
Jurisprudencia clave de la Corte Constitucional

Sentencia	Año	Eje central	Relevancia para ASP
T29	2010	Reconoce la prostitución voluntaria como actividad lícita y la posibilidad de relación laboral con pleno reconocimiento de derechos.	Afirma que quienes ejercen ASP son trabajadoras con derechos, incluyendo protección a la maternidad y al mínimo vital.
T-736	2015	Ordena ofrecer alternativas y medidas de reubicación antes del cierre de establecimientos.	Protege el derecho al trabajo y al mínimo vital de personas que ejercen ASP frente a decisiones administrativas.
T-5-694	2016	Prohíbe detenciones arbitrarias y hostigamiento policial basados en prejuicios.	Refuerza la protección de la libertad, dignidad e igualdad de las trabajadoras sexuales ante abusos policiales.
T-073	2017	Subraya la obligación de proteger a personas migrantes en ASP frente a trata y explotación	Visibiliza la intersección entre migración, trabajo sexual y explotación, y la necesidad de protección reforzada.

		(aunque luego fue anulada).	

Tabla 3

Principales derechos laborales aplicables a las ASP

Derecho laboral	Contenido / alcance
Remuneración justa	Derecho a recibir un pago digno y acorde con las funciones realizadas.
Seguridad social	Afiliación a salud, pensión y riesgos laborales.
Jornada y descansos	Definición de jornadas razonables y tiempos de descanso adecuados.
Condiciones seguras y saludables	Entornos de trabajo que minimicen riesgos físicos, biológicos, químicos y psicosociales.
No discriminación	Prohibición de trato desigual por la naturaleza del trabajo, género, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad, etc.
Protección frente al despido injustificado	Garantías mínimas contra la terminación arbitraria de acuerdos laborales.

Tabla 4

Delitos relevantes del Código Penal (diferenciación con ASP voluntarias)

Tipo penal	Descripción
Trata de personas	Captar, trasladar o recibir personas con fines de explotación, incluida la explotación sexual, mediante coacción, engaño o abuso de vulnerabilidad.
Inducción a la prostitución	Inducir a otra persona a la prostitución o mantenerla en ella, con ánimo de lucro.
Proxenetismo	Obtener provecho económico explotando la prostitución ajena.
Delitos sexuales contra menores de edad	Cualquier acto sexual con menores de 18 años, siempre ilícito, independientemente del consentimiento.

Tabla 5

Modelos regulatorios internacionales de las ASP

Modelo	Características	Ejemplos internacionales	Pros	Contras
Prohibicionista	Considera las ASP un delito; criminaliza a la persona que ejerce, al cliente y a terceros.	Varios estados de EE. UU.	Envía un mensaje de rechazo social a la prostitución.	Fomenta la clandestinidad, aumenta violencia y criminaliza a personas trabajadoras, dificultando la lucha contra la trata.
Abolicionista / "modelo nórdico"	Despenaliza a la persona que ejerce, pero penaliza al cliente y a proxenetas, buscando reducir la demanda.	Suecia, Noruega, Canadá, Francia.	Visibiliza a la persona que ejerce como sujeto de derechos y sanciona la demanda.	Mantiene la actividad en la clandestinidad, no reconoce plenamente la autonomía de quienes eligen este trabajo y su eficacia es discutida.
Reglamentarista	Reconoce las ASP como trabajo legítimo y lo regula (lugares, condiciones, requisitos).	Alemania, Países Bajos.	Otorga derechos laborales, reduce clandestinidad, mejora salud pública y puede generar ingresos fiscales.	Requiere regulación y vigilancia robustas; puede ser aprovechado por redes criminales y no elimina por sí solo el estigma.

Tabla 6

Factores de riesgo para la salud y vulneración de derechos

Tipo de riesgo	Ejemplos principales	Derechos potencialmente vulnerados
Riesgos físicos	ITS y VIH; embarazos no deseados; violencia física y	Derecho a la vida, a la salud, a la integridad personal, a

	sexual; agotamiento y lesiones por largas jornadas.	una jornada justa y al descanso.
Riesgos mentales y emocionales	Estrés postraumático, ansiedad, depresión; estigma, doble vida, aislamiento social; consumo problemático de sustancias como afrontamiento.	Derecho a la salud mental, a la dignidad, al libre desarrollo de la personalidad, a no ser discriminado.
Riesgos estructurales y sociales	Clandestinidad; falta de reconocimiento legal; precariedad y explotación laboral; ausencia de mecanismos eficaces de denuncia.	Derecho al trabajo, a la justicia, a una remuneración justa, a condiciones equitativas y satisfactorias.

Tabla 7

Nuevas modalidades de ASP y actores en la era digital

Modalidad / actor	Descripción	Riesgos asociados
Modelaje webcam	Personas que transmiten contenido sexual explícito vía plataformas, muchas veces en estudios con fuerte control empresarial.	Contratos abusivos, comisiones desproporcionadas, falta de seguridad social, vigilancia y control de la vida privada.
Escorts y acompañantes en redes	Personas que promocionan sus servicios de forma independiente en redes sociales o sitios web.	Aislamiento, mayor exposición a violencia física, ausencia de redes de apoyo inmediatas.
Mujeres trans y personas no binarias	Personas que enfrentan simultáneamente transfobia y estigma por el trabajo sexual.	Violencia transfóbica, discursos de odio, agresiones específicas, mayor vulnerabilidad social y económica.

Tabla 8

Nuevas violencias y vulneraciones de derechos en contextos digitales

Tipo de violencia	Descripción	Impacto en derechos
Violencia digital	Ciberacoso, doxing, sextorsión, difusión no consentida de contenidos íntimos.	Afecta la privacidad, la honra, la integridad psicológica y la seguridad personal.

Explotación laboral digital	Condiciones abusivas en estudios webcam, control de cuentas y pagos, ausencia de contratos claros.	Vulneración del derecho al trabajo digno, a la remuneración justa y a la seguridad social.
Aislamiento en trabajo independiente	Encuentros en espacios privados sin red de apoyo.	Incremento del riesgo de violencia física y sexual y dificultad para activar rutas de protección.
Violencia transfóbica	Agresiones y discursos de odio contra personas trans en línea y fuera de línea.	Vulneración del derecho a la igualdad, a la no discriminación y a la integridad personal.

Tabla 9

Necesidades de regulación específicas para nuevas modalidades

Línea de acción regulatoria	Contenido
Reconocimiento laboral en modalidades digitales	Extender el reconocimiento de las ASP como trabajo a quienes ejercen modelaje webcam y otras formas digitales.
Regulación de plataformas y estudios	Crear registros y mecanismos de supervisión para estudios y plataformas, exigiendo protección de datos y prevención de trata.
Alfabetización y seguridad digital	Programas de formación en ciberseguridad y manejo de riesgos digitales para personas que ejercen ASP.
Protocolos con enfoque de género y diferencial	Rutas de atención a violencia y explotación que contemplen modalidades digitales y la realidad de mujeres trans y personas no binarias.
Persecución de explotación digital	Adecuación de tipos penales de proxenetismo y trata para abarcar formas de explotación en línea.

En síntesis, el marco normativo que sustenta la Política Pública Distrital de Actividades Sexuales Pagadas en Bogotá configura un escenario en el que el trabajo sexual voluntario, ejercido por personas adultas, debe ser comprendido como una actividad lícita amparada por la Constitución, el bloque de constitucionalidad y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, al tiempo que se diferencian con claridad las conductas delictivas de trata, explotación y proxenetismo. La articulación entre los estándares internacionales de derechos humanos y trabajo decente, las normas penales, las reglas de convivencia ciudadana y los desarrollos específicos de la política distrital obliga a desplazar la mirada desde la criminalización y el control policial hacia la garantía de derechos, la prevención de violencias y la gestión integral de los riesgos en salud, con énfasis en la seguridad y

salud en el trabajo. Al incorporar también los desafíos que plantean las nuevas modalidades digitales de las ASP, este entramado jurídico no solo legitima el abordaje de la salud ocupacional y de las determinantes sociales en esta población, sino que exige que cualquier análisis e intervención –como el que propone la presente investigación– se inscriba en un enfoque garantista, diferencial y de género, capaz de responder tanto a las vulneraciones históricas como a las formas contemporáneas de explotación y violencia que atraviesan el campo del trabajo sexual en la ciudad.

2.2. Seguridad y Salud en el Trabajo

La Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) es una disciplina orientada a prevenir lesiones y enfermedades derivadas de las condiciones laborales, promoviendo el bienestar físico, mental y social de las personas trabajadoras. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha señalado que cada año más de 2,93 millones de personas mueren como consecuencia de factores relacionados con el trabajo, lo que evidencia la urgente necesidad de implementar y controlar las medidas de prevención, la promoción de la salud ocupacional y la creación de entornos laborales más seguros[9].

En Colombia, la protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales tiene antecedentes desde la Ley 57 de 1915, que estableció la responsabilidad del empleador en casos de accidentes de trabajo y marcó el inicio de la regulación en materia de salud ocupacional. Décadas más tarde, la Resolución 1016 de 1989 definió la obligatoriedad de los programas de salud ocupacional en las empresas, mientras que la Ley 1562 de 2012 reformó el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL), ampliando su cobertura y consolidando la exigencia de implementar sistemas de gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Estos sistemas incluyen medidas de prevención, control de riesgos y promoción de ambientes laborales seguros, en línea con los estándares internacionales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Asimismo, la Resolución 2646 de 2008 introdujo lineamientos específicos para la identificación, evaluación y control de los riesgos psicosociales, reconociendo su impacto en la salud mental y en el desempeño laboral de las personas trabajadoras.

El Sistema General de Riesgos Laborales - SGRL, regulado por la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1072 de 2015, fue diseñado principalmente para proteger a los trabajadores dependientes vinculados mediante contrato laboral, a los trabajadores independientes con contratos de prestación de servicios cuya duración sea superior a un mes, y a los afiliados voluntarios regulados por el Decreto 1563 de 2016. Sin embargo, las personas que realizan actividades sexuales pagadas (PRASP) suelen desempeñarse en condiciones de informalidad, bajo contratos verbales o esquemas de trabajo por cuenta propia que no cumplen con los requisitos legales para la afiliación obligatoria al Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que las deja fuera de la protección automática del sistema.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha reconocido parcialmente esta problemática. En las Sentencias T-629 de 2010 y T-736 de 2015, la Corte estableció que el trabajo sexual ejercido de manera voluntaria constituye una actividad económica lícita, y que la omisión del Estado en

regularla como trabajo formal genera discriminación legal y vulneración de derechos fundamentales. Esta falta de regulación implica que el Estado no ha definido mecanismos ni la obligatoriedad de afiliación al SGRL para quienes ejercen esta actividad, perpetuando así su desprotección frente a los riesgos ocupacionales existentes en este tipo de actividades.[10–12]

En este contexto, resulta evidente que la evolución normativa del Sistema General de Riesgos Laborales en Colombia, aunque ha buscado ampliar la cobertura y fortalecer la prevención de riesgos físicos y psicosociales, aún presenta vacíos frente a ciertas ocupaciones y formas de trabajo. Esta falta de regulación y protección se conecta directamente con la problemática de la violencia en el ámbito laboral, entendida no solo como agresión física, sino también como manifestaciones cotidianas derivadas de la organización del trabajo, que afectan la salud, la seguridad y el bienestar integral de las personas trabajadoras.

La violencia es reconocida como un fenómeno social complejo y desestabilizante que afecta amplios sectores poblacionales en Colombia. Aunque tradicionalmente su estudio se ha centrado en ciertos grupos específicos, existe una creciente preocupación mundial por incluirla como parte de la realidad que vincula salud y trabajo.

El ámbito laboral, al implicar el encuentro de personas bajo condiciones y objetivos determinados, constituye un escenario concreto en el que la violencia puede manifestarse. Es fundamental comprender que la violencia relacionada con el trabajo no se limita a su expresión física materializada en lesiones o incluso la muerte, sino que también adopta formas cotidianas vinculadas directamente con la organización del trabajo. Estas manifestaciones se convierten en factores negativos para el bienestar de las personas trabajadoras, generando efectos en su salud y seguridad, así como repercusiones en el entorno familiar y social.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia en el trabajo como: “Toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma” (OIT, 2003)[13].

En el caso de las actividades sexuales pagadas, la violencia constituye un riesgo significativo y central en la salud y seguridad laboral de las trabajadoras y los trabajadores sexuales, quienes enfrentan niveles de agresión desproporcionadamente más altos que otras poblaciones a nivel mundial. Este riesgo se manifiesta en formas complejas, trascendiendo la expresión física o sexual para incluir la violencia psicológica, el acoso, la discriminación, el estrés postraumático y en algunos casos la explotación. Las fuentes de violencia son diversas, proviniendo no solo de clientes, sino también de proxenetas, dueños de establecimientos, parejas íntimas, otras trabajadoras sexuales, entre otros. Un factor determinante que exacerba esta exposición a la violencia (física y sexual) es la criminalización del trabajo sexual, lo que dificulta el acceso a la protección y a condiciones laborales seguras, situando a estas personas trabajadoras en un contexto de vulnerabilidad estructural sexual, lo que dificulta el acceso a la protección y a condiciones laborales seguras, situando a estas trabajadoras en un contexto de vulnerabilidad [14].

La evidencia recopilada en diferentes estudios confirma que estos riesgos no son solo teóricos, sino que se manifiestan en escenarios concretos de la realidad colombiana. La Corporación Universitaria Minuto de Dios (UNIMINUTO), a través del semillero de investigación Salute Innovare, desarrolló un proyecto en la Localidad de Los Mártires de Bogotá, particularmente en el barrio Santa Fe, aplicando la Guía Técnica Colombiana GTC 45-2012. Los resultados, obtenidos mediante encuestas a 112 mujeres trabajadoras sexuales, revelaron una exposición amplia a peligros físicos, químicos, eléctricos, mecánicos, locativos, biomecánicos, biológicos, psicosociales y de orden público. Entre los hallazgos más críticos se destacan los riesgos psicosociales como el estrés, la angustia y la ansiedad, la violencia ocupacional ejercida por clientes, proxenetas y otros actores, así como riesgos específicos asociados al trabajo en establecimientos (choques eléctricos, caídas, infecciones por fluidos) y en la calle (temperaturas extremas, humo vehicular, atracos y accidentes de tránsito). Este estudio evidenció que la mayoría de las mujeres desconocen los factores de riesgo ocupacionales a los que están expuestas, limitando su percepción a peligros públicos y enfermedades de transmisión sexual.

3) Pregunta y objetivos
De la pregunta a la ruta de investigación
Configuraciones del riesgo en salud y estrategias de cuidado en las ASP

El planteamiento del problema y la formulación de la pregunta de investigación buscan condensar, de manera articulada, las tensiones que atraviesan la salud de las personas que realizan ASP en los territorios priorizados de Bogotá. A partir de los antecedentes revisados, se reconoce que esta población se enfrenta a múltiples factores de riesgo en salud, estrechamente ligados a sus condiciones de trabajo y de vida, pero también que despliega diversas estrategias de cuidado y autocuidado que suelen quedar invisibilizadas en los enfoques centrados solo en el daño. En este contexto, la pregunta permite delimitar el problema en términos analíticos y operativos, orientando el estudio hacia la comprensión de cómo se entrelazan las dimensiones estructurales, ocupacionales y subjetivas en la gestión cotidiana del riesgo en salud de esta población.

3.1.) Pregunta-problema

¿De qué manera se configuran los *factores de riesgo en salud*, con énfasis en *salud ocupacional*, en el marco de los *determinantes sociales de la salud* y de las *estrategias de cuidado*, entre las personas que practican actividades sexuales pagadas (ASP) en los territorios priorizados de Bogotá?

3.2.) Objetivo general

Identificar cómo se *configuran los factores de riesgo en salud*, con *énfasis en la salud ocupacional*, en el marco de las *determinantes sociales de la salud* y de las *prácticas de cuidado y autocuidado* de las personas que realizan ASP en Bogotá, a partir de los enfoques diferencial, de género y poblacional.

3.2.1.) Objetivos específicos

1. *Describir* las características sociodemográficas de las personas que realizan ASP en Bogotá.

2. *Identificar* las principales determinantes sociales de la salud y su relación con los factores de riesgo en salud ocupacional entre las personas que realizan ASP en Bogotá.

3. *Establecer* las prácticas de cuidado y de autocuidado y los activos en salud de las personas que realizan ASP en Bogotá.

4. *Explorar* las percepciones, narrativas y significados que las personas que realizan ASP –incluyendo sus modalidades emergentes– atribuyen a sus experiencias de riesgo en salud

ocupacional, cuidado y autocuidado en el trabajo.

5. *Comprender,* desde el punto de vista de la interseccionalidad, las prácticas de cuidado y autocuidado que han adoptado las personas que realizan ASP en Bogotá.

6. *Contrastar* los hallazgos cuantitativos y cualitativos generando una comprensión integral de la relación entre las determinantes sociales de la salud, la configuración de los factores de riesgo en salud ocupacional y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan ASP en Bogotá.

4) Marco Teórico
Determinantes sociales, salud ocupacional y salutogénesis: *Claves para interpretar el riesgo y el cuidado en ASP*

La presente investigación parte de la pregunta por cómo se configuran los factores de riesgo en salud, con énfasis en la salud ocupacional, en el marco de las determinantes sociales y las estrategias de cuidado entre las personas que practican ASP en los territorios priorizados de Bogotá. Esta formulación supone desplazar el foco desde una visión restringida de "conductas de riesgo" hacia una comprensión más amplia, en la que la salud de quienes realizan actividades sexuales pagadas se entiende como resultado de procesos sociales, económicos, políticos y culturales que atraviesan su vida cotidiana y sus condiciones de trabajo. Los territorios priorizados de la ciudad se conciben, en este sentido, como espacios en los que se condensan desigualdades estructurales y dinámicas específicas de control, de violencia, de estigmatización y también de organización comunitaria y de cuidado.

De acuerdo con ello, el marco teórico se organiza en torno a tres núcleos articulados. En primer lugar, se abordará el campo de los determinantes sociales de la salud y su traducción al ámbito de la salud ocupacional, con el fin de comprender cómo las condiciones socioeconómicas, educativas, de vivienda, acceso a servicios, redes de apoyo y trayectorias migratorias se vinculan con los factores de riesgo en salud asociados al ejercicio de actividades sexuales pagadas en contextos urbanos específicos. En segundo lugar, se profundizará en la noción de factores de riesgo en salud con énfasis ocupacional, diferenciando aquellos ligados a la organización del trabajo, al entorno físico y a las exigencias propias de la actividad (exposición a violencias, ITS, consumos, horarios, movilidad, intermediación) de aquellos que emanan del estigma, la discriminación y la criminalización, que inciden de manera directa en la posibilidad de acceder a servicios y de exigir derechos.

En tercer lugar, el marco incorpora la dimensión de las estrategias de cuidado y autocuidado, entendidas no solo como decisiones individuales, sino como prácticas relacionales y colectivas que las personas que realizan actividades sexuales pagadas despliegan para gestionar el riesgo en salud, negociar condiciones, protegerse mutuamente y dotar de sentido sus experiencias en el trabajo y en el territorio. Esta perspectiva se cruza con los enfoques diferencial, de género, poblacional y territorial, que permiten analizar cómo las diferencias de género, edad, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad y ubicación espacial configuran modos específicos de exposición al riesgo y de construcción de recursos para enfrentarlo. La articulación de estos ejes permitirá, finalmente, interpretar los hallazgos empíricos como parte de un entramado en el que determinantes sociales, factores de riesgo en salud y prácticas de cuidado se co-constituyen, ofreciendo claves para pensar intervenciones y políticas públicas dirigidas a las personas que practican actividades sexuales pagadas en los territorios priorizados de Bogotá.

4.2. Factores de Riesgo Laboral

Para hablar de los factores de riesgo a nivel laboral en las personas que realizan actividades sexuales pagadas, es necesario contextualizar al lector con conceptos previos que permitan reconocer la complejidad de la problemática que se desea abordar. Estos conceptos constituyen el marco conceptual, en el cual se definen nociones fundamentales que no solo facilitan la comprensión, sino que también sirven como base para el análisis en el marco teórico, donde se profundiza en la manera en que estos riesgos se manifiestan en la práctica del trabajo sexual. Entre los principales conceptos se destacan:

- *Sistema general de Riesgos Laborales:* Es el conjunto de entidades públicas y privadas, así como de normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores frente a los efectos de las enfermedades y accidentes derivados de la actividad laboral. (Ley 1562 de 2012, Art. 1).

- *Seguridad y Salud en el Trabajo (SST):* Según la ley 1562 de 2012, se entiende como Seguridad y Salud en el Trabajo "como aquella disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones". (Ley 1562 de 2012, Art. 1). [15]

- *Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST):* Es un desarrollo lógico y por etapas de un proceso, basado en la mejora continua de aspectos clave como la política, la planificación, la organización, la aplicación, la auditoría y las acciones de mejora. Su objetivo es anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos identificados que puedan afectar la seguridad y salud de las personas trabajadoras en los espacios laborales. (Ministerio de Trabajo s.f)[16].

- *Accidente de trabajo:* Según lo estipulado en la Ley 1562 de 2012, un accidente de trabajo es considerado como "todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo" (Ley 1562 de 2012, Art. 3). Además, se considera accidente de trabajo el que ocurra durante el traslado entre la residencia y el lugar de trabajo, siempre que el transporte sea suministrado por el empleador. Igualmente, aplica para los que sucedan en actividades sindicales o en eventos deportivos y culturales organizados por el empleador[15].

- *Enfermedad laboral:* Es considerada como enfermedad laboral, según la ley 1562 de 2012 "la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de

causalidad con los factores de riesgo ocupacional será reconocida como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes". (Ley 1562 de 2012, Art. 4)[15].

- *Riesgo*: Es la combinación entre la posibilidad de que se presente un evento o exposición peligrosa en el ámbito laboral y la magnitud del daño, ya sea una lesión o un deterioro de la salud física o mental, que dicho evento o exposición puede generar en las personas trabajadoras. (Ministerio de Salud, 2024)[17].

- *Factor de riesgo ocupacional:* Son todas aquellas condiciones presentes en el ambiente laboral, los instrumentos, materiales, tareas desarrolladas, la organización del trabajo y el puesto de trabajo, entre otros, que pueden ocasionar un deterioro en la salud física o mental de las personas trabajadoras. (Ministerio de la Protección Social, 2011)[18]

- *Factor de riesgo físico:* Son condiciones ambientales de carácter físico, entendidas como formas de energía que se propagan en el entorno y que, al entrar en contacto con las personas, pueden ocasionar efectos adversos en la salud según su intensidad, tiempo de exposición y nivel de concentración. (Ministerio de la Protección Social, 2011)[18]

- *Factor de riesgo biológico:* Se entiende como el conjunto de microorganismos, sustancias tóxicas, fluidos biológicos, tejidos u órganos de origen humano o animal que se encuentran en ciertos entornos laborales y que, al entrar en contacto con el organismo, pueden provocar enfermedades transmisibles, reacciones alérgicas, intoxicaciones u otros efectos adversos en la salud de las personas trabajadoras. (Ministerio de la Protección Social, 2011)[18]

- *Factor de riesgo químico:* Hace referencia a las sustancias que pueden ingresar al organismo por absorción cutánea, inhalación o ingestión y que pueden ocasionar una afectación en la salud física, como quemaduras, intoxicaciones o irritaciones, dependiendo de la concentración y del tiempo de exposición al producto por parte de las personas trabajadoras. (Ministerio de la Protección Social, 2011)[18].

- *Factor de riesgo ergonómico:* Son aquellas condiciones inherentes al proceso o tarea laboral, relacionadas con el diseño del puesto y el entorno de trabajo, que imponen exigencias físicas sobre el sistema osteomuscular. Estos riesgos se manifiestan en posturas prolongadas, mantenidas, inadecuadas o forzadas; en cargas estáticas o dinámicas derivadas de movimientos repetitivos, levantamiento y transporte de objetos; lo que puede generar fatiga, lesiones y otros efectos adversos en la salud de las personas trabajadoras. (Ministerio de la Protección Social, 2011)[18].

- *Factor de riesgo psicosocial:* Son aquellas condiciones derivadas de la organización, el contenido y la realización del trabajo, así como de las interacciones sociales en el entorno laboral, que al ser identificadas y evaluadas pueden evidenciar efectos negativos en la salud mental de las personas trabajadoras o en el desempeño de la labor. (Resolución 2646 de 2008)[19].

- *Trabajo informal:* Toda actividad remunerada que no está regulada por la normatividad laboral, por lo que no garantiza prestaciones derivadas del vínculo laboral ni cotizaciones al Sistema General

de Seguridad Social (SGSS). Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), esta categoría incluye, entre otras, a los asalariados sin aportes, trabajadores por cuenta propia, trabajadores del sector informal y trabajadores familiares no remunerados. (DANE, 2025)[20].

- *Vulnerabilidad laboral:* Se entiende como la situación en la que los derechos de las personas trabajadoras no son garantizados, exponiéndolas a condiciones precarias en el ejercicio cotidiano de sus actividades laborales. (Villacís & Reis, 2015).

Estos conceptos constituyen una base para entender los riesgos laborales en el desarrollo de las actividades sexuales pagadas y permiten dar paso al análisis teórico.

4.4. Salutogénesis como sociológica de la salud

La perspectiva de la *salutogénesis*, propuesta por Aaron Antonovsky, orienta el análisis de la problemática que estamos estudiando hacia los factores que generan y mantienen la salud de las personas, más que hacia las causas de la enfermedad, lo cual propone una perspectiva metodológicamente clave a la hora de comprender la expe– riencia de las personas que realizan ASP en Bogotá. Desde esta perspectiva, el estudio de las determinantes sociales en salud no se limita a describir las desigualdades estructurales en el acceso a la salud –como, por ejemplo, la precariedad económica, la estigmatización social o la exclusión institucional–, sino que identifica también los recursos personales, comunitarios y contextuales que potencian el bienestar de las personas y que fortalecen el *sentido de coherencia* que estas desarrollan frente a entornos que son adversos. Asimismo, la salutogénesis permite analizar los riesgos ocupacionales desde una óptica no reduccionista: la exposición a las violencias, a las sustancias, a condiciones laborales inseguras o faltas de protección jurídica son comprendidas o interpretadas en sus conexiones con la capacidad de las trabajadoras y trabajadores sexuales para movilizar sus redes de apoyo, estrategias de afrontamiento psicosocial y mecanismos sociales para la gestión del riesgo. En términos generales, podríamos decir que esta perspectiva aporta una base sólida para el estudio de las prácticas de cuidado y de autocuidado, pues visibiliza cómo, pese a los escenarios sociales de vulnerabilidad, las personas que realizan ASP despliegan saberes situados, tácticas de protección y formas de organización que contribuyen, de manera activa, a la preservación de la salud física, mental, sexual-reproductiva y pública, ofreciendo así un marco metodológico integral, útil para el desarrollo de investigaciones planteadas en términos de derechos, de equidad y de bienestar para población.

Aaron Antonovsky (1923–1994) [21][22] fue un sociólogo y médico estadounidense-israelí cuya obra transformó profundamente la forma en que entendemos la salud pública y la investigación en salud. Trabajó en la Universidad Hebrea de Jerusalén y en la Universidad Ben-Gurión del Negev, en donde desarrolló un *marco teórico crítico* frente al modelo biomédico tradicional. Su mayor aporte fue el desarrollo de la teoría de la salutogénesis, a partir de la cual propuso un enfoque que desplazaba la atención desde las causas de la enfermedad (*patogénesis*) hacia los procesos y recursos que generan la salud, incluso en contextos sociales adversos. A partir de sus estudios con mujeres sobrevivientes al Holocausto, Antonovsky formuló el concepto central de su teoría: el *sentido de coherencia*, entendido esto como la capacidad que las personas tienen para percibir la vida como

algo comprensible, manejable y significativo. Este concepto permite explicar por qué y de qué modo algunas personas mantienen niveles de salud aceptables a pesar de las condiciones sociales, económicas o emocionales que les son altamente estresantes. Su obra principal, *Health, Stress and Coping* (1979)[23], es considerada como un texto fundacional en el campo epistémico de la "salud pública", la "salud colectiva" y a propósito de los estudios contemporáneos sobre el "bienestar".[1]

Ahora bien, la teorización de la salutogénesis, desarrollada por Aaron Antonovsky y continuada por otros autores y autoras como Monica Erikson, Bengt lindström y Maurice Mittelmark, entre otros y otras[22][24], ha ido estructurándose, como hemos dicho, a partir de un conjunto de elementos conceptuales que permiten comprender cómo es que las personas mantienen o fortalecen su salud incluso bajo condiciones sociales adversas. Pasaremos, pues, revista a los elementos estructurantes que hacen posible asumir un concepto salutogénico de la salud pública y de los otros estados de salud que aparecen entreverados en ella.

4.4.1. El continuo salud-enfermedad

En la teoría salutogénica la salud no es un estado dicotómico ("persona sana" vs "persona enferma"), sino que es un continuo dinámico que va desde el extremo de *ease* (facilidad, bienestar, funcionamiento óptimo) hasta el *dis-ease* (malestar, enfermedad o deterioro). Cada persona se sitúa en algún punto de ese continuo y se mueve a lo largo de él según cómo logra afrontar los estresores y manejar la tensión en su vida cotidiana. Antonovsky propone la aplicación de criterios como el dolor, la limitación funcional, el pronóstico y la necesidad de intervención para ubicar en qué lugar del continuo se encuentra una persona, más que etiquetas rígidas sobre diagnósticos.

4.4.2. El estrés y las demandas tensionales

En la salutogénesis se distinguen tres elementos estructurantes: a) los *estresores*, que son acontecimientos, condiciones o exigencias (sociales, laborales o biográficas) que plantean un reto en materia de salud; b) las *demandas tensionales* (*tension demands*), que son el conjunto de las exigencias concretas (resolver un conflicto, adaptarse a un cambio, enfrentar la precariedad, etc.) que ponen al organismo en un estado de tensión; y c) el *estrés*, que no es la mera presencia de estresores, sino la tensión que no puede ser manejada adecuadamente, produciendo desorganización y daño. Entonces, para Antonovsky la vida está inevitablemente llena de estresores y la cuestión clave no es "eliminar el estrés", sino cómo las personas transforman esas demandas tensionales en experiencias manejables y potencialmente fortalecedoras, dependiendo del sentido de coherencia y de los recursos de resistencia de que disponen.

---

[1] Es importante resaltar que el término "salud pública" remite al estudio y a la gestión de la salud y de la enfermedad en poblaciones específicas o diferenciadas, haciendo énfasis en la prevención, en el control y en la promoción de la salud, lo que es propio de la epidemiología y las políticas sanitarias. Por su parte, la "salud colectiva", que surge en la América Latina como una corriente de estudios críticos que conciben el proceso salud-enfermedad-atención como un fenómeno histórico, social y político, marcado por las determinantes sociales de la salud, y con una fuerte vinculación con los procesos sociales de transformación histórica. Finalmente, lo que indicamos como "estudios del bienestar" (o *well-being studies*) amplían el foco sobre la salud extendiendo al conjunto de las condiciones y experiencias que hacen que la vida sea "buena" o "valiosa", por lo cual conllevan la operatividad de nociones relativas a la felicidad, a la satisfacción, a las capacidades y a la calidad de vida integrando perspectivas de la psicología, la economía y la filosofía política.

4.4.3. El sentido de coherencia

El *sentido de coherencia* es el concepto nuclear de la teoría salutogénica. Antonovsky lo define como una orientación global de confianza articulada alrededor de: a) la *comprensibilidad* (dimensión cognitiva), que refiere los estímulos internos y externos se perciben como estructurados, previsibles y explicables, y no como un caos absoluto; b) la *manejabilidad* (dimensión conductual/instrumental), pues con ella la persona percibe que dispone de recursos adecuados (propios, de otros o institucionales) para hacer frente a las demandas de la vida; y; c) la *significatividad* (dimensión motivacional) de acuerdo con la cual las demandas tensionales son vividas como retos dignos de compromiso, con un sentido para la propia vida, y que vale la pena invertir energía en afrontarlas. En esta perspectiva, un SOC fuerte es el que facilita identificar y movilizar los recursos (GRR y SRR) para manejar las demandas tensionales y, a través de este mecanismo, influye en el movimiento de la persona hacia el polo saludable del continuo salud-enfermedad.

4.4.4. Los Recursos Generalizados de Resistencia

Los *Recursos Generalizados de Resistencia* (GRR) son condiciones, características o recursos relativamente estables, que están presentes en las personas, en el grupo o en el entorno, y que: a) facilitan afrontar de manera efectiva los estresores; y b) con– tribuyen al desarrollo y al mantenimiento de un sentido de coherencia fuerte. Ahora, Antonovsky incluye entre los GRR factores como, por ejemplo, los recursos materiales (p. ej., seguridad económica), conocimiento e inteligencia, educación, identidad del yo relativamente integrada, autoestima, estrategias de afrontamiento, apoyo social y redes de pertenencia, estabilidad y continuidad cultural, tradiciones, religiones o filosofías que brindan marcos de sentido, orientación preventiva en salud y ciertos recursos biológicos o constitucionales. Aquí lo fundamental no es solo "tener" GRR, sino tener la capacidad de usarlos y articularlos, lo que depende directamente del SOC. Un entorno rico en GRR tiende a generar experiencias vitales coherentes además de previsibles, que a su vez fortalecen el SOC y favorecen trayectorias más salutogénicas.

4.4.5. Los Recursos Específicos de Resistencia

Los *Recursos Específicos de Resistencia* (SRR) son aquellos recursos que se ponen en juego en situaciones concretas de tensión, es decir, son contextuales y están situados. Ejemplos típicos de SRR serían, según el caso, la intervención de una profesional específica (una enfermera, una psicóloga, una abogada), un programa puntual de apoyo (un taller de afrontamiento, un subsidio concreto, una intervención terapéutica determinada), una habilidad aplicable a un tipo concreto de problema (una técnica de relajación, un protocolo de seguridad laboral, un tratamiento farmacológico específico). En el modelo salutogenético, los GRR y el SOC proporcionan el "trasfondo", pues ayudan a que la persona reconozca, seleccione y active el SRR más adecuado cuando aparece un estresor determinado. El SOC funciona como un "sistema de navegación" que orienta el uso de la combinación posible de GRR y SRR, para evitar que la tensión se convierta en

estrés dañino y, en lo posible, transformar la experiencia en una oportunidad de crecimiento personal y colectivo.

5. Marco Metodológico
Mirar, escuchar y cruzar datos
Diseño mixto para comprender el riesgo en salud y el cuidado en los territorios priorizados de Bogotá

El marco metodológico de esta investigación se sustenta en un *diseño mixto* que articula estrategias cuantitativas y cualitativas, en coherencia con la complejidad de la pregunta que orienta el estudio. Por un lado, se requiere una aproximación cuantitativa que permita dimensionar los factores de riesgo en salud con énfasis ocupacional, describir las determinantes sociales que los estructuran y estimar la distribución de estos riesgos entre distintos grupos de personas que realizan actividades sexuales pagadas en los territorios priorizados de Bogotá. Por otro lado, es imprescindible una aproximación cualitativa que posibilite comprender, desde las voces y las experiencias de las propias personas en ASP, cómo significan esos riesgos, cómo los gestionan en su vida cotidiana y qué estrategias de cuidado y de autocuidado despliegan frente a ellos. El enfoque mixto no se limita a yuxtaponer dos tipos de datos, sino que busca su articulación sistemática: la información cuantitativa orienta la selección de territorios y de subgrupos en el análisis, mientras que la información cualitativa profundiza y matiza los patrones observados, y ambos componentes se integran en la fase interpretativa para producir una lectura más densa y situada de la relación entre los determinantes sociales de la salud, los factores de riesgo en salud y las prácticas de cuidado en el contexto de las ASP en Bogotá.

5.1. Diseño Cuantitativo

El componente cuantitativo del estudio se estructurará bajo un diseño de corte transversal, orientado a obtener una caracterización puntual de las condiciones de salud y las dinámicas asociadas al ejercicio de actividades sexuales pagadas en Bogotá.

a) *Población blanco:* Está constituida por todas las personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá, incluyendo las diferentes modalidades del ejercicio y las diferentes identidades de género, nacionalidades o condiciones territoriales.

b) *Población de referencia:* Corresponde al conjunto de personas que realizan actividades sexuales pagadas en las localidades priorizadas por la Secretaría Distrital de Salud, donde se ha identificado una mayor concentración de esta actividad.

c) *Población de estudio:* Está conformada por las personas de la población de referencia que cumplen los criterios definidos en el protocolo y que participan efectivamente en la recolección de la información.

5.1.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
a) Ser una persona mayor de 18 años. b) Ejercer actividades sexuales pagadas al momento del estudio. c) Residir o desarrollar la actividad en las localidades priorizadas por la Secretaría Distrital de Salud. d) Aceptar participar voluntariamente en el estudio mediante consentimiento informado.	a) Presentar un estado de alteración aguda que limite la participación, como intoxicación por sustancias psicoactivas o malestar que impida responder el cuestionario. b) Encontrarse en una situación que afecte su estabilidad o seguridad en el momento de la captación, como angustia intensa, llanto incontenible, agitación, haber sufrido un hecho de violencia reciente o cualquier condición que comprometa su bienestar inmediato y haga inadecuado aplicar el cuestionario. c) Haber participado en el pilotaje de los instrumentos. d) Manifestar incomodidad o decisión de retirarse durante el momento del proceso de aplicación del cuestionario.

5.1.1. Cálculo del tamaño de muestra

El diseño muestral será no probabilístico, se realiza el cálculo del tamaño de muestra como referencia técnica para garantizar una cobertura adecuada y precisión descriptiva, en cumplimiento del anexo técnico de la Secretaría Distrital de Salud.

El cálculo se efectuó utilizando la fórmula clásica para estimar proporciones en estudios transversales con corrección por población finita, conforme a los lineamientos metodológicos de Cochran y Lohr[25].

$n_0 = (Z^2 \times p \times (1 - p)) / d^2$

$n = n_0 / [1 + (n_0 - 1) / N]$

n ajustada = n × efecto del diseño

Parámetros empleados:

- Población operativa (N): 7.000 personas
- Proporción esperada (p): 0,50
- Nivel de confianza (Z): 1,96 (95 %)
- Error absoluto deseado (d): 4 (4 %)
- Efecto del diseño: 1,5 (heterogeneidad entre puntos de captación)

Tamaño de la muestra: 800 participantes de investigación

El estudio incluyen una población operativa de 7000 personas, una proporción esperada de 0,50, un nivel de confianza del 95% y un efecto de diseño de 1,5, se proyectaron distintos valores de precisión según el tamaño de muestra. En este sentido, se observa que tamaños de muestra iguales o superiores a 800 ofrecen niveles adecuados de precisión, teniendo en cuenta que se trata de una población de difícil acceso. Una muestra de 800 personas presenta un error absoluto esperado de 3,26 % sin efecto del diseño y de aproximadamente 4 % con el ajuste correspondiente. Del mismo modo, tamaños superiores como 1000 y 1200 participantes reducen progresivamente el error, alcanzando precisiones de 2,87 y 2,58 %, respectivamente, sin ajuste, y de 3,50 y 3,15 % con el efecto del diseño. Estos resultados permiten garantizar un equilibrio adecuado entre precisión técnica, capacidad operativa y factibilidad para el levantamiento de información en el marco del estudio.

Tamaño de muestra (n)	Error absoluto esperado (sin efecto del diseño)	Error ajustado (con efecto del diseño 1,5)
800	3,26 %	4 %
1000	2,87 %	3,50 %
1200	2,58 %	3,15 %

Estrategia de muestreo

El estudio aplicará un muestreo no probabilístico mixto, combinando dos métodos complementarios de captación: muestreo por sitio y tiempo, y captación por referencias controladas, recomendados para poblaciones ocultas o de difícil acceso[26].

El muestreo por sitio y tiempo se fundamenta en la identificación y programación sistemática de espacios y momentos en los que la población objetivo se encuentra disponible de manera recurrente, lo que permite captarla de forma estructurada y con registro estandarizado. Esta técnica es especialmente útil en contextos donde las poblaciones se congregan en microescenarios o puntos de actividad, como establecimientos nocturnos, zonas de trabajo en vía pública y entornos semiformales de comercio sexual. El Muestreo por sitio y tiempo se aplicará en las localidades priorizadas como: Santa Fe, Los Mártires, Engativá, Bosa, Kennedy, Chapinero, Suba, donde se han identificado corredores y zonas de alta concentración de establecimientos, moteles, bares, discotecas, espacios de oferta callejera y lugares donde se ejerce la actividad mediante modalidades híbridas. Para cada localidad se construirán listados operativos de puntos de captación georreferenciados, categorizados según tipo de lugar, densidad de actividad y horarios pico.

A partir de esta estructura, se programarán turnos definidos por punto de captación y franja horaria, con rotación sistemática entre días de semana, fines de semana y turnos nocturnos, dado que las dinámicas de la actividad varían significativamente según el momento del día. En cada turno se utilizará una invitación consecutiva con salto sistemático simple (por ejemplo, invitar a cada segunda o tercera persona disponible), lo que reduce la selección sesgada y mejora la trazabilidad. Durante el registro se documentará punto, fecha, hora, aforo aproximado y número de cuestionarios logrados, garantizando consistencia operativa.

Este enfoque permite captar personas vinculadas a establecimientos formales y semi-formales, así como quienes operan en zonas específicas de espacio público donde la presencia es visible y relativamente estable. En el contexto de Bogotá, estas dinámicas están atravesadas por factores territoriales como corredores nocturnos, áreas de alto flujo peatonal, zonas con presencia de control policial intermitente y microterritorios donde convergen trabajadores nacionales y migrantes.

Con respecto a la captación por referencias controladas: se aplicará para subpoblaciones de difícil acceso como lo pueden ser personas transgénero, no binarias, migrantes o que ejercen la actividad en vía pública. Cada participante podrá invitar a un número limitado de personas, bajo supervisión de gestores territoriales, siguiendo el modelo de muestreo por cadenas descrito por Salganik y Heckathorn[27].

Cada participante podrá referir un número restringido de personas dentro de su red social, siguiendo directrices definidas y bajo supervisión de gestores territoriales. Este límite permite mantener control sobre el crecimiento de la cadena, prevenir la concentración excesiva en redes particulares y facilitar el monitoreo ético del proceso. Para garantizar validez operativa se registrarán los códigos de referencia y la secuencia de captación, lo que permitirá evitar duplicidades y comprender la estructura básica de las redes.

La aplicación la Captación por referencias controladas ajustado es pertinente debido a la naturaleza descentralizada de la actividad sexual pagada en Bogotá, donde una fracción creciente de personas ejerce mediante canales digitales, aplicaciones, contactos privados y modalidades que no están asociadas a puntos fijos del territorio. En estos casos, la visibilidad es baja y el muestreo por sitio y tiempo por sí solo resulta insuficiente. Además, muchas mujeres migrantes, personas trans y trabajadoras independientes operan dentro de redes cerradas o grupos comunitarios, donde las recomendaciones personales constituyen el principal mecanismo de acceso seguro.

La articulación entre muestreo por sitio y tiempo y captación por referencias controladas permite adaptar el diseño muestral a las dinámicas reales de las actividades sexuales pagadas en las distintas localidades de Bogotá. Esta aproximación reconoce la heterogeneidad territorial, la segmentación por modalidad de trabajo y las barreras de acceso derivadas del estigma y la informalidad, y ofrece una estrategia metodológica coherente con las recomendaciones internacionales para el estudio de poblaciones ocultas, maximizando la diversidad de perfiles incluidos y la factibilidad operativa del estudio en el marco del enfoque poblacional, diferencial y de género.

5.1.2. Construcción de la muestra por localidades

La muestra se construirá mediante una estratificación operativa por localidades, definida con base en la concentración territorial de las actividades sexuales pagadas en Bogotá. Cada localidad priorizada funcionará como un estrato, y dentro de cada estrato se establecerán cuotas internas para garantizar la representación de los distintos perfiles poblacionales, conforme al enfoque poblacional, diferencial y de género.

Dentro de cada estrato se aplicarán cuotas basadas en las características de la población, a fin de evitar sobre-representación de grupos más visibles y asegurar la inclusión de subpoblaciones de difícil acceso.

5.2. El Diseño Cualitativo

La aplicación de un diseño metodológico cualitativo en esta investigación es clave en la medida en que el riesgo en salud ocupacional asociado a las ASP no “existe” sólo como una exposición medible, sino también como una *configuración situada* de las prácticas individuales y colectivas, de las relaciones sociales, trayectorias biográficas y barreras institucionales (el estigma, las violencias, reglas del territorio, interacción con los servicios de salud, las economías del cuidado, etc.) que sólo se hace inteligible cuando se recuperan los significados atribuidos a las experiencias y los procesos vitales desde la voz de quienes protagonizan la realidad que es objeto de estudio. De hecho, en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, la OPS/OMS insisten en que la comprensión de las causas complejas relativas a la inequidad demanda que la investigación sea también desarrollada desde las ciencias sociales. En esta perspectiva, la OMS reconoce que la evidencia cualitativa aporta un conocimiento valioso acerca de las necesidades, los valores y las percepciones que tienen las

personas y las instituciones prestadoras de servicios de salud, fortaleciendo la toma de decisiones públicas en materia de salud pública.

Metodológicamente, las guías institucionales en salud pública han planteado que las entrevistas, los ejercicios de observación, la realización de grupos focales y la aplicación de técnicas participativas permiten responder preguntas complejas y orientar acciones sociales y públicas pertinentes. Incluso, en el plano normativo colombiano la Resolución 8430 de 1993 exige proteger la privacidad de las personas, identificar y clasificar los riesgos individuales y colectivos, asegurar la confidencialidad de la información recabada y obtener un consentimiento informado de las personas participantes, además de prever todo tipo de salvaguardas específicas cuando se investiga en compañía de las comunidades y grupos subordinados.[2] Un componente cualitativo bien diseñado (participativo y con reducción de daños) permite operacionalizar estas *obligaciones éticas* en el trabajo de campo, reduciendo los riesgos psicosociales y garantizando la validación y el control ético del proceso de conocimiento.

5.2.1. La salutogénesis, visión holística y orientación epistémico-estructural

La perspectiva de la *salutogénesis*, propuesta por Aaron Antonovsky, orienta el análisis de la problemática que estamos estudiando hacia los *factores que generan y mantienen la salud de las personas*, más que hacia las causas de la enfermedad, lo cual propone una perspectiva metodológicamente clave a la hora de comprender la experiencia en salud de las personas que realizan ASP en Bogotá. Desde esta perspectiva, el estudio de las determinantes sociales en salud no se limita a describir las desigualdades estructurales en el acceso a la salud –como, por ejemplo, la precariedad económica, la estigmatización social o la exclusión institucional–, sino que identifica también los recursos personales, comunitarios y contextuales que potencian el bienestar de las personas y que fortalecen el *sentido de coherencia* que estas desarrollan frente a entornos sociales que les son adversos.

Asimismo, la salutogénesis permite analizar los riesgos ocupacionales desde una óptica no reduccionista, pues implica la exposición a las violencias, a las sustancias, a condiciones laborales inseguras o faltas de protección jurídica, las cuales son comprendidas o interpretadas en sus conexiones con la capacidad de las trabajadoras y trabajadores sexuales para movilizar sus redes de apoyo, estrategias de afrontamiento psicosocial y sus mecanismos sociales alrededor de la gestión del riesgo. En términos generales, podríamos decir que esta perspectiva nos aporta una base sólida para

[2] En el desarrollo del diseño cualitativo se observarán de manera especial los capítulos II y V de la Resolución 8430 de 1993 porque la investigación se realizará en un escenario donde los vínculos comunitarios, las normas del territorio y las relaciones con instituciones (salud, seguridad, control) inciden directamente en los riesgos ocupacionales y en las prácticas de cuidado y autocuidado, de modo que el capítulo II -investigación en comunidades- ofrece criterios clave para garantizar respeto por la organización social, pertinencia cultural, participación, acuerdos claros con actores locales y medidas efectivas de protección de la privacidad y la confidencialidad en contextos donde la exposición pública puede generar estigma o represalias. A su vez, el capítulo V -investigación con grupos subordinados- es central porque las personas que realizan ASP suelen enfrentar asimetrías de poder, discriminación y múltiples formas de vulnerabilidad, lo que exige reforzar salvaguardas para evitar coerción o inducción indebida, asegurar que el consentimiento informado sea plenamente libre y comprendido, minimizar riesgos psicosociales y sociales (por ejemplo, consecuencias legales, familiares o laborales), y definir protocolos de manejo de información sensibles. En conjunto, ambos capítulos orientan a que las técnicas cualitativas (entrevistas, observación, grupos focales y metodologías participativas) se implementen con enfoque de derechos, reducción de daños y protección reforzada, asegurando que la producción de conocimiento no incremente los riesgos de las personas ni de sus redes comunitarias.

el estudio de las prácticas del cuidado y del autocuidado pues visibiliza cómo, pese a la persistencia de escenarios sociales signados por condiciones de riesgo, las personas que realizan ASP despliegan saberes situados, tácticas de protección y formas de organización que contribuyen, de manera activa, a la preservación de la salud física, mental y sexual-reproductiva haciendo frente a sus condiciones de vulnerabilidad, ofreciendo así un marco metodológico integral, útil para el desarrollo de investigaciones planteadas en términos de derechos, de equidad y de bienestar para la población.

En este estudio, la salutogénesis resulta especialmente adecuada porque permite comprender la relación entre determinantes sociales de la salud, factores de riesgo en salud ocupacional y prácticas de cuidado/autocuidado en personas que realizan ASP no sólo desde lo que "enferma" o expone, sino desde los procesos mediante los cuales, en contextos de inequidad y estigma, las personas movilizan recursos, significados y estrategias para sostener la vida y protegerse. En vez de reducir el riesgo a una variable aislada, la mirada salutogénica lo sitúa en la trama de relaciones sociales, trayectorias biográficas y barreras institucionales (violencias, reglas del territorio, interacción con servicios de salud, economías del cuidado), atendiendo a cómo esas condiciones modelan tanto la vulnerabilidad como las capacidades de afrontamiento y las prácticas concretas de cuidado. Por eso dialoga de manera natural con un diseño cualitativo y participativo: al recuperar las voces, percepciones y necesidades de quienes protagonizan la experiencia, se vuelve posible identificar no sólo las exposiciones y daños, sino también los recursos disponibles (personales, comunitarios e institucionales), los sentidos que organizan el autocuidado y las tensiones que limitan u habilitan "trayectorias hacia la salud", produciendo evidencia útil para decisiones de salud pública con enfoque de derechos y reducción de daños.

5.2.2. Definición del enfoque metodológico cualitativo

En América Latina -y de manera particularmente intensa en Colombia y Bogotá- ASP) se configuran en contextos urbanos atravesados por desigualdades estructurales, economías de supervivencia, segmentaciones territoriales y regímenes de estigma que inciden directamente en la salud y en la vida cotidiana de quienes las realizan. En este escenario, los riesgos en salud ocupacional y los determinantes sociales de la salud no pueden comprenderse únicamente como "exposiciones" individuales, pues se producen y reconfiguran en la intersección entre violencias, normas informales del territorio, relaciones con fuerzas de control, barreras de acceso a servicios, redes de apoyo y prácticas de cuidado y autocuidado que las personas desarrollan para sostenerse y protegerse. Por ello, antes de definir el enfoque cualitativo, es clave subrayar su importancia: este enfoque permite reconstruir los significados, racionalidades prácticas y estrategias situadas con las que se vive, se gestiona y se enfrenta el riesgo, haciendo visible aquello que suele quedar fuera de los registros institucionales y aportando un conocimiento socialmente relevante para orientar decisiones de salud pública en la ciudad.

En esta investigación, el enfoque cualitativo se asume como una estrategia metodológica interpretativa y situada para comprender cómo se configuran los riesgos en salud ocupacional asociados a las ASP en su relación con los determinantes sociales de la salud y con las prácticas de

cuidado y autocuidado, en contextos urbanos específicos de Bogotá. Esto implica partir de que el riesgo no es sólo un dato medible, sino una experiencia socialmente producida que adquiere sentido en trayectorias de vida, relaciones de poder, arreglos territoriales, violencias, estigmas y formas concretas de interacción con instituciones (en particular, los servicios de salud). En consecuencia, el diseño cualitativo orienta la producción de conocimiento hacia la reconstrucción de significados, narrativas, percepciones y racionalidades prácticas de quienes realizan ASP –incluyendo modalidades emergentes–, así como hacia la identificación de recursos, barreras y estrategias de afrontamiento que sostienen el cuidado cotidiano. Operativamente, este enfoque se desarrollará mediante técnicas como entrevistas, observación, grupos focales y herramientas participativas, en un marco ético de confidencialidad, consentimiento informado, protección de la privacidad y salvaguardas, de modo que el proceso investigativo sea coherente con un horizonte de reducción de daños, enfoque diferencial e interseccionalidad, y produzca evidencia útil y contextualizada para la salud pública en la ciudad.

En todo caso, este encuadre general exige precisar con mayor detalle el tipo de enfoque cualitativo que orientará el estudio, pues "lo cualitativo" no es una sola tradición sino un campo plural de perspectivas con supuestos y estrategias propias. Según el problema, los objetivos y las condiciones ético-políticas del trabajo con poblaciones expuestas a estigma y violencias, podría optarse por enfoques como la etnografía (y la etnografía urbana/territorial), la fenomenología o el enfoque narrativo/biográfico, la teoría fundamentada (*grounded theor*y), el estudio de caso, la investigación-acción y, de manera especialmente pertinente en este tema, el enfoque cualitativo participativo (incluida la investigación basada en la comunidad), que reconoce a las personas participantes como coproductoras de conocimiento y fortalece la validez social, la reducción de daños y la utilidad pública de los hallazgos. Por ello, a continuación se delimitará la opción metodológica más adecuada, justificando su elección en función del contexto de Bogotá, los ejes de determinantes sociales, salud ocupacional y cuidado/autocuidado, y las salvaguardas requeridas para una investigación ética y situada.

5.2.3. El enfoque cualitativo-participativo

En Bogotá, donde las ASP se despliegan en territorios heterogéneos y bajo condiciones cambiantes de estigma, violencias y barreras institucionales, el enfoque cualitativo-participativo es especialmente importante porque permite producir conocimiento con las personas que realizan ASP y no sólo sobre ellas. Este enfoque reconoce que las experiencias de riesgo en salud ocupacional y las prácticas de cuidado y autocuidado están atravesadas por saberes situados, reglas del territorio, redes de apoyo y estrategias de reducción de daños que difícilmente emergen desde miradas externas o exclusivamente institucionales. Al incorporar activamente a las y los participantes en la definición de problemas, la interpretación de sentidos y la construcción de recomendaciones, el diseño cualitativo-participativo fortalece la confianza y la seguridad ética (confidencialidad, consentimiento, minimización de daños), mejora la validez contextual de los hallazgos y aumenta su potencial de traducirse en orientaciones realistas para la salud pública y la garantía de derechos en la ciudad.

El enfoque cualitativo-participativo es una orientación de investigación interpretativa y transformadora –con raíces en la investigación-acción (de tradición lewiniana), la Investigación-Acción Participativa latinoamericana (asociada a Fals Borda) y la pedagogía crítica (Freire), y con desarrollos contemporáneos en salud pública como la investigación basada en la comunidad/CBPR, además de aportes feministas y decoloniales– que entiende el conocimiento como una construcción situada y co-producida entre equipo investigador y actores sociales directamente implicados. En esta investigación se define por los siguientes elementos constitutivos: 1) *postura epistemológica* que reconoce el saber experiencial como conocimiento válido y analiza el fenómeno en su contexto territorial; 2) *participación sustantiva* de las personas que realizan ASP (y, cuando aplique, organizaciones aliadas) a lo largo del ciclo del estudio –priorización de preguntas, diseño de herramientas, producción de información, interpretación y recomendaciones–; 3) *redistribución del poder* mediante acuerdos explícitos de roles, decisiones compartidas y mecanismos de gobernanza del proceso (pautas de confidencialidad, límites, manejo de riesgos); 4) *reflexividad crítica* sobre el estigma, las relaciones de poder y posiciones del equipo; 5) *ética del cuidado y reducción de daño*s, con salvaguardas reforzadas (privacidad, consentimiento informado, minimización de exposición, manejo de malestar y rutas de apoyo); 6) *caja metodológica participativa*, que combina técnicas cualitativas (entrevistas, observación, grupos focales) con dispositivos de co-análisis y devolución (talleres, cartografías sociales, mapeo de riesgos/recursos, narrativas colectivas, priorización de acciones); y 7) *orientación a la acción y la utilidad pública*, buscando que los hallazgos se traduzcan en mejoras factibles para el cuidado/autocuidado, el acceso a servicios y la toma de decisiones en salud pública en Bogotá.

Para cerrar, es fundamental aterrizar este enfoque cualitativo-participativo en una aplicación concreta, pues su validez no depende sólo de declararlo como principio, sino de cómo se traduce en decisiones metodológicas precisas. Esto exige una selección cuidadosa y coherente de herramientas que, además de producir información rica y situada, hagan posible la participación real sin aumentar riesgos: qué técnicas se usarán (entrevistas, observación, grupos focales, talleres, cartografías, co-análisis), con qué secuencia, en qué espacios y tiempos, con qué criterios de convocatoria, qué protocolos de confidencialidad y reducción de daños se activarán, y cómo se garantizará la devolución y discusión de hallazgos con las personas participantes. En consecuencia, el siguiente paso del diseño es especificar el dispositivo metodológico (técnicas, guías, dinámicas participativas y salvaguardas) de modo que la participación sea efectiva, ética y pertinente para comprender —y eventualmente orientar— las prácticas de cuidado/autocuidado y los factores de riesgo en salud ocupacional en el contexto particular de Bogotá.

5.2.4. Herramientas de investigación cualitativa

La selección de herramientas de investigación cualitativo-participativa es un momento decisivo para estudiar, de manera rigurosa y ética, la articulación entre determinantes sociales de la salud, factores de riesgo en salud ocupacional y prácticas de cuidado y autocuidado en personas que realizan ASP. No se trata sólo de "escoger técnicas", sino de definir dispositivos capaces de captar experiencias situadas atravesadas por estigma, violencias y barreras de acceso, sin reproducir daños ni exponer a las y los participantes. Elegir adecuadamente entrevistas, observación, espacios colectivos de conversación y técnicas participativas permite recuperar significados, estrategias de reducción de

daños, redes de apoyo y reglas del territorio, a la vez que habilita la coproducción de hallazgos con quienes viven el fenómeno, fortaleciendo la validez contextual del conocimiento y su utilidad para orientar acciones de salud pública y garantía de derechos. Describiremos a continuación las diversa herramientas que serán eventualmente utilizadas en esta investigación:

A. Grupos focales (focus groups) y entrevistas grupales

La genealogía de los grupos focales puede comprenderse a partir de tres momentos complementarios: en primer lugar, su tradición fundacional se asocia a Robert K. Merton, Marjorie Fiske y Patricia Kendall, quienes en *The Focused Interview* sistematizaron la entrevista focalizada y aportaron elementos clave para la historia metodológica que desembocaría en la técnica de los *focus groups*; en segundo lugar, su consolidación como método cualitativo, especialmente en el ámbito académico, se vincula con los aportes de David L. Morgan, quien contribuyó a delimitar su lugar, alcances y criterios de uso dentro de la investigación social; y, en tercer lugar, su estandarización aplicada —en términos de diseño del estudio, moderación, elaboración de guías y modos de reporte— se reconoce en el trabajo de Krueger y Casey, que convirtió la técnica en un recurso ampliamente replicable para investigación aplicada y evaluación.

B. Grupos de discusión (tradición hispana: distinta al "focus group" anglosajón).

En el mundo hispanohablante, la técnica afín a los *focus groups* suele nombrarse como "grupo de discusión" y se encuentra estrechamente asociada a la tradición de la sociología crítica, cuya formalización y uso metodológico tienen en Jesús Ibáñez una referencia clásica. Posteriormente, en España, el método se robusteció mediante procesos de manualización y desarrollo metodológico, destacándose Javier Callejo por su sistematización ampliamente citada y especialmente útil para sustentar apartados de diseño y justificación en capítulos metodológicos. En América Latina, el desarrollo del grupo de discusión ha sido impulsado como estrategia interactiva para producir sentidos y comprender dinámicas sociales situadas, con aportes relevantes como los de María Eumelia Galeano, quien lo integra en diseños cualitativos orientados a captar la construcción colectiva de significados en contextos específicos.

C. Entrevistas semiestructuradas o en profundidad

En la entrevista cualitativa, pueden reconocerse varias vertientes contemporáneas que han marcado su desarrollo metodológico y su uso en ciencias sociales: una de las tradiciones más citadas es la de Kvale y Brinkmann, quienes entienden la entrevista como producción de conocimiento en interacción y ofrecen una guía práctica ampliamente estandarizada; en una línea afín pero con una estructura pedagógica muy utilizada, Irving Seidman sistematiza el enfoque de entrevista en profundidad como un proceso secuencial que favorece la reconstrucción densa de experiencias; para diseños semi-estructurados y especialmente biográfico-narrativos, Tom Wengraf aporta un manual técnico muy detallado para la conducción y el análisis de entrevistas narrativas; desde una perspectiva claramente construccionista, Holstein y Gubrium proponen la idea de la "entrevista activa", enfatizando cómo entrevistador y

entrevistado co-construyen sentidos en el propio acto conversacional; y, como referencia sólida en español —muy útil para fundamentación metodológica en castellano— destaca Miguel S. Valles, cuyo trabajo sobre entrevistas cualitativas ofrece una sistematización rigurosa y fácilmente articulable al capítulo metodológico.

6) Observación interactiva = observación participante / etnografía

En el campo de la observación participante, puede distinguirse un conjunto de referencias que han sido clave para su uso contemporáneo y su aplicación rigurosa: por un lado, James P. Spradley es reconocido por un manual clásico y altamente operativo, útil para orientar el paso a paso del trabajo de campo; por otro lado, Hammersley y Atkinson se han consolidado como un estándar en la etnografía contemporánea, al problematizar aspectos como la reflexividad, los roles del investigador, el acceso al terreno y las implicaciones éticas; y, finalmente, Emerson, Fretz y Shaw aportaron a la "modernización" de la observación al sistematizar la estandarización de las notas de campo, fortaleciendo la calidad del registro, la trazabilidad analítica y el tránsito desde la observación hacia la interpretación. Con base en estas herramientas, y dependiendo de cuáles se adopten como núcleo del diseño (por ejemplo, entrevistas, grupos focales y/u observación), es posible construir un paquete mínimo y bien alineado de referencias en APA 7 que sustente el capítulo metodológico sin sobrecargarlo.

En síntesis, una vez vislumbradas las herramientas cualitativo-participativas que se proyecta utilizar –y sus principales tradiciones metodológicas–, el siguiente paso del diseño consiste en precisar cómo se aplicarán en este estudio: con qué secuencia, en qué escenarios, bajo qué protocolos éticos y con qué criterios de análisis, para asegurar coherencia entre objetivos, técnicas y salvaguardas. Para ello, resulta indispensable definir también a quiénes se vinculará al proceso investigativo y qué diversidad de experiencias se busca comprender; en consecuencia, se plantea la adopción de un muestreo intencional de variación máxima, orientado a incluir participantes con perfiles, trayectorias, modalidades de ASP y condiciones territoriales diferentes, de modo que el estudio capture la heterogeneidad del fenómeno en Bogotá y permita interpretar cómo cambian los riesgos, los determinantes sociales y las prácticas de cuidado/autocuidado según contextos y posiciones sociales diversas.

5.2.5. Muestreo Intencional de variación máxima

El muestreo intencional de máxima variación se adoptará como estrategia de selección para el componente cualitativo, entendiendo que su propósito no es la representación estadística, sino la captación de la heterogeneidad de experiencias, narrativas y significaciones con las que las personas participantes, en sus contextos particulares, interpretan los riesgos en salud ocupacional, los determinantes sociales de la salud y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan ASP en Bogotá. En consecuencia, la inclusión de las personas participantes se realizará de manera deliberada buscando asegurar *contrastes analíticos* entre perfiles y escenarios determinados por los criterios de inclusión y diversidad que planteamos a continuación.

Esta máxima variación permitirá identificar patrones comunes y diferencias sustantivas en la configuración del riesgo y en la gestión cotidiana del cuidado, fortaleciendo la triangulación con los resultados cuantitativos y la pertinencia de las recomendaciones operativas. La incorporación de nuevos casos se mantendrá hasta alcanzar saturación teórica por categorías y por subgrupos definidos, documentando la decisión mediante matriz de saturación y salvaguardas de confidencialidad y consentimiento informado. Veámos ahora cuáles son los criterios que estructuran el muestre intencional.

5.2.5.1. Criterios que estructuran el muestreo intencional de máxima variación

El diseño de un muestreo intencional no puede quedar presentado como una decisión meramente operativa o de conveniencia, sino que requiere fundamentos científicos y académicos claros que expliquen por qué su armazón es pertinente para el fenómeno estudiado y para los objetivos de la investigación. Precisar esos fundamentos permite mostrar que los criterios de selección se derivan de un razonamiento metodológico consistente –coherente con el enfoque cualitativo-participativo, con el análisis de determinantes sociales y con la lógica de la interseccionalidad– y que buscan maximizar la diversidad informativa sin sacrificar rigor ni ética. En consecuencia, antes de describir la matriz de variación y sus cupos orientativos, es necesario justificar, desde la literatura metodológica especializada, la validez del muestreo intencional y la adecuación de la estrategia de variación máxima como vía para comprender comparativamente la configuración del riesgo ocupacional y las prácticas de cuidado/autocuidado en contextos urbanos como Bogotá.

Michael Quinn Patton es una referencia central porque convierte el muestreo intencional (*purposeful/purposive sampling*) en una decisión metodológica explícita y justificable, no en un "plan B" frente a la imposibilidad de muestrear aleatoriamente. En su formulación, la clave no es la representatividad estadística sino la riqueza informativa: seleccionar deliberadamente a quienes, por su trayectoria y posición en el fenómeno, permiten comprender mejor los procesos que se quieren explicar. Dentro de ese repertorio, la variación máxima se vuelve especialmente pertinente cuando el objeto de estudio es heterogéneo (como las ASP en Bogotá): se buscan casos que difieran de manera relevante entre sí para observar cómo cambian —y qué mantiene continuidad— los riesgos ocupacionales, los determinantes sociales y las prácticas de cuidado/autocuidado. Así, la variación máxima permite identificar patrones transversales que aparecen en condiciones diversas (lo que fortalece la transferibilidad de los hallazgos) y, al mismo tiempo, reconocer diferencias significativas que solo se hacen visibles cuando se incluyen perfiles contrastantes.

En el campo de la salud y de las ciencias sociales aplicadas, el uso de este tipo de muestreo se ha consolidado también por medio de revisiones metodológicas que lo traducen a lenguajes de "estándar de reporte" y de rigor práctico. Trabajos como los de Palinkas y colaboradores han sido influyentes al mostrar que el muestreo intencional –y estrategias como variación máxima, casos típicos, casos extremos o por criterio– es consistente con el propósito de comprender mecanismos, barreras, facilitadores y experiencias, siempre que se reporte con transparencia: a) el razonamiento que conecta objetivos y criterios de selección, b) la estrategia de reclutamiento y acceso, c) la composición final de la muestra y sus variaciones, y d) el criterio de cierre (por ejemplo, suficiencia de información/saturación en relación con categorías analíticas). En otras palabras, lo que vuelve

"robusta" esta elección no es un número mágico de participantes, sino la coherencia entre el fenómeno, la estrategia de selección y la justificación de por qué esa diversidad es necesaria para responder las preguntas de investigación.

La lógica operativa, entonces, consiste en construir una matriz de variación: una herramienta de planificación que define cupos orientativos (no rígidos) y objetivos por perfil, basada en ejes que –según el marco conceptual del estudio– probablemente modulan el riesgo ocupacional, los DSS y las condiciones de interseccionalidad. En esa matriz se distinguen criterios troncales (los "sí o sí", porque estructuran el fenómeno y permiten comparabilidad: por ejemplo, modalidad/escenario de ASP, territorio de trabajo, identidad de género, tiempo de vinculación, interacción con servicios e instituciones) y criterios afinadores (los que completan diversidad y capturan matices relevantes: por ejemplo, condición migratoria, pertenencia étnico-racial, edad, roles de cuidado, grado de organización colectiva, exposición a violencias específicas, formas de trabajo mediadas por plataformas). La matriz sirve, además, como instrumento de seguimiento: a medida que avanza el trabajo de campo, permite detectar vacíos de diversidad, ajustar el reclutamiento con criterios éticos de seguridad y confidencialidad, y asegurar que la muestra final refleje la heterogeneidad real que el estudio necesita para comprender, comparativamente, cómo se configuran riesgo, cuidado y autocuidado en Bogotá. Veamos ahora los elementos que darán forma a la matriz de variación.

A. Criterios troncales (los más estructurantes)

En esta investigación sobre ASP, los criterios troncales son los ejes de selección imprescindibles del muestreo intencional: aquellas dimensiones que, por su relación directa con los objetivos del estudio, se asume que estructuran el fenómeno y modulan de forma decisiva la configuración de los determinantes sociales de la salud, los riesgos en salud ocupacional y las prácticas de cuidado y autocuidado en Bogotá. Su función es doble: por un lado, garantizar comparabilidad analítica entre participantes y escenarios (es decir, poder contrastar experiencias bajo condiciones clave definidas desde el marco conceptual); y, por otro, asegurar cobertura de la heterogeneidad fundamental del campo de las ASP, evitando que la muestra quede sesgada hacia un solo tipo de modalidad, territorio o perfil. En términos prácticos, estos criterios troncales actúan como la "columna vertebral" de la matriz de variación: definen los contrastes mínimos que deben estar presentes en la muestra para que el análisis pueda explicar cómo cambian –y qué permanece– en el riesgo ocupacional y en el cuidado/autocuidado según contextos y posiciones sociales diferenciadas.

a.1. Modalidad / escenario de ASP (incluye emergentes)

a) Calle/espacio público;
b) Establecimiento (bares, "casas", clubes, etc.)
c) Domicilios/hoteles/"escort"

d) Digital/mediada por plataforma (webcam, contenido, redes, apps, etc.)

Esto no es un detalle menor, porque el tipo de modalidad y el escenario de trabajo transforman de manera directa la forma en que se vive el riesgo: cambian los niveles y tipos de exposición a violencias (acoso, coerción, agresiones físicas, violencias sexuales, extorsión), el grado de control del entorno (capacidad de negociar condiciones, escoger clientes, definir límites, decidir acompañamientos o rutas de salida), así como las jornadas y ritmos laborales (horarios nocturnos, tiempos muertos, picos de demanda, presión económica por "cumplir" metas diarias). También inciden en aspectos más "silenciosos" pero decisivos, como la ergonomía y las cargas corporales (posturas sostenidas, desplazamientos, fatiga, sueño fragmentado), la vigilancia (cámaras, control policial o de terceros, monitoreo en plataformas, exposición pública) y la intermediación (presencia de administradores, terceros, redes de recomendación o plataformas digitales) que puede ofrecer cierta protección, pero también introducir dependencia, cobros, reglas impuestas y restricciones a la autonomía. En conjunto, estas variaciones reconfiguran tanto los riesgos ocupacionales como las prácticas de cuidado y autocuidado disponibles y efectivamente practicables en cada contexto.

a.2. Identidad de género y expresión de género (enfoque de género + diferencial

a) Mujeres cisgénero
b) hombres cisgénero;
c) Mujeres transgénero;
d) Hombres transgpenero;
e) Personas no binarias/diversas.

Esto también reconfigura de manera profunda la relación con el estigma y la discriminación, porque no todas las modalidades y escenarios de ASP implican el mismo grado de visibilidad social, de control institucional o de exposición a juicios morales en el espacio público y en los servicios. En ciertos contextos, la estigmatización se intensifica por la interacción frecuente con autoridades, vecindarios o actores que regulan informalmente el territorio, lo que puede traducirse en violencias múltiples (hostigamiento, extorsión, amenazas, agresiones) y en prácticas de expulsión o confinamiento espacial. A su vez, estas condiciones inciden directamente en las barreras de acceso a la salud: miedo a ser identificadas/os, experiencias previas de maltrato, negación de servicios, atención moralizante, exigencia de pruebas o trámites innecesarios, o falta de rutas diferenciadas y confidenciales, lo que retrasa la consulta y reduce la continuidad del cuidado. Finalmente, el estigma y la precariedad laboral suelen tensionar el vínculo con los sistemas de protección social (afiliación intermitente, informalidad, falta de cotización, desconocimiento de derechos, exclusiones de facto), produciendo una mayor vulnerabilidad frente a eventos de salud, violencias y

crisis económicas; por eso, comprender cómo varían estas exposiciones según contexto es clave para explicar las prácticas reales de cuidado y autocuidado en Bogotá.

a.3. Localidad / zona de trabajo y de residencia (territorio como DSS)

En este diseño de muestreo se prioriza la heterogeneidad territorial como criterio troncal, diferenciando, por ejemplo, si se habita o se trabaja en el centro o en la periferia de la ciudad, y si la actividad se desarrolla en zonas de alta concentración de ASP o en territorios más dispersos. Estas variaciones territoriales no son solo geográficas: inciden directamente en la configuración de las redes de trabajo y de apoyo, en el tipo e intensidad del control institucional (presencia policial, operativos, regulación de facto), en el acceso y la oportunidad de uso de servicios de salud (distancia, oferta disponible, barreras de entrada, continuidad de atención), así como en las condiciones de seguridad cotidiana y en la movilidad (rutas, tiempos de desplazamiento, exposición en el espacio público), factores que en conjunto modulan los riesgos en salud ocupacional y las prácticas de cuidado y autocuidado.

a.4. Edad o ciclo vital (enfoque poblacional)

a) Persona joven (14-28)
b) Persona adulta (29-59)
c) Persona mayor (60 en adelante)

Aquí lo relevante es auscultar las trayectorias laborales de quienes realizan ASP —cómo ingresaron, qué transiciones han hecho entre modalidades (calle, establecimiento, plataformas, independencia), qué episodios de interrupción o desplazamiento han vivido y cómo se reconfigura su trabajo según el ciclo de vida–, porque esas trayectorias suelen condensar tanto oportunidades como vulnerabilidades. Al mismo tiempo, interesa caracterizar los tipos de agencia que se despliegan en cada contexto: los márgenes reales de decisión para negociar condiciones, poner límites, seleccionar o rechazar interacciones, definir horarios, activar estrategias de reducción de daños y buscar apoyo cuando se requiere. Esto se relaciona estrechamente con los grados de dependencia (de terceros, intermediarios, administradores, parejas, redes o plataformas) y con las obligaciones económicas que presionan el trabajo –deudas, arriendo, manutención de hijos u otras personas a cargo, envío de remesas, costos de salud, pagos de “derecho de piso” o cuotas informales–, ya que estas cargas pueden restringir la autonomía y aumentar la tolerancia a situaciones de riesgo. Finalmente, el análisis debe identificar los riesgos diferenciales que emergen de esas combinaciones: exposición a violencias y coerciones, mayor vigilancia o control, jornadas extensas, precarización e informalidad, consumo problemático o fatiga, afectaciones de salud mental y barreras de acceso a servicios, para comprender cómo se producen —y cómo se enfrentan— los riesgos ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado en Bogotá.

a.5. Condición migratoria y de movilidad

a) Nacional
b) Migrante regular
c) Migrante irregular
d) Desplazamiento interno

Aquí es bien importante afinar la teoría de los determinantes sociales de la salud (DSS) para no tratar estas dimensiones como simples "variables administrativas", sino como mecanismos sociales que producen y distribuyen riesgo y protección. En esa clave, el acceso al aseguramiento no se interpreta únicamente como estar o no estar afiliada/o, sino como un continuo de inclusión/exclusión que involucra continuidad en la afiliación, trámites, barreras institucionales, trato recibido, confidencialidad y posibilidad real de usar servicios sin exposición al estigma. Del mismo modo, la precariedad debe leerse más allá del ingreso: incluye inestabilidad, informalidad, ausencia de protección social, inseguridad alimentaria y habitacional, endeudamiento y dependencia económica, condiciones que estrechan el margen de decisión y reconfiguran las prácticas de cuidado y autocuidado. La explotación –cuando aparece– no se reduce a abusos evidentes, sino que puede manifestarse como intermediación coercitiva, cobros, control de horarios y espacios, retención de ganancias, amenazas, o restricciones a la autonomía, articulándose con desigualdades de género, migración, racialización y edad. Finalmente, el miedo a denunciar debe entenderse como un efecto socialmente producido: surge de la desconfianza institucional, la criminalización de facto, el riesgo de represalias, la exposición pública, la pérdida de sustento o custodia, y experiencias previas de revictimización, lo cual opera como un determinante intermedio que inhibe el acceso a justicia, protección y salud, y termina intensificando y prolongando los riesgos ocupacionales.

a.6. Tiempo en ASP y "carga" de trabajo

a) ingreso reciente vs trayectoria larga
b) dedicación principal vs dedicación complementaria
c) jornadas altas vs jornadas bajas

Estos criterios permiten identificar, con mayor precisión, cómo se construyen y se "codifican" los aprendizajes del autocuidado a lo largo del tiempo: qué prácticas se aprenden por experiencia propia, cuáles se transmiten en redes de pares, cuáles surgen por interacción con servicios o programas, y cuáles se adoptan –o se abandonan– según el territorio, la modalidad y las condiciones materiales. Al mismo tiempo, ayudan a comprender el desgaste como un proceso acumulativo y no como un episodio aislado: fatiga crónica, alteraciones del sueño, sobrecarga corporal, desgaste emocional, hiperalerta, ansiedad, tristeza, desmotivación o sensación de

“aguante” como norma, que a menudo se normalizan hasta volverse parte del día a día. Finalmente, estos criterios hacen visible la acumulación de eventos adversos (violencias, accidentes, enfermedades, pérdidas, episodios de consumo problemático, desplazamientos, crisis económicas, conflictos con autoridades o terceros) y cómo esa acumulación reconfigura tanto el riesgo ocupacional como la capacidad real de cuidar(se): modifica los umbrales de tolerancia, las estrategias de afrontamiento, la búsqueda de apoyo, el vínculo con instituciones y, en general, las posibilidades de sostener prácticas protectoras en el tiempo.

B. Criterios afinadores (para máxima variación fina)

En este muestreo intencional, los criterios afinadores son las dimensiones de selección complementarias que se incorporan una vez están cubiertos los criterios troncales, con el fin de ajustar finamente la diversidad de la muestra y capturar matices relevantes del fenómeno que podrían quedar invisibles si sólo se trabajara con los ejes principales. Su función es doble: por un lado, ayudan a completar la heterogeneidad incluyendo perfiles menos visibles o menos accesibles (sin sobrerrepresentar un solo tipo de experiencia), y por otro, permiten tensionar y enriquecer el análisis al introducir variaciones que pueden modular de manera significativa los DSS, la interseccionalidad, los riesgos ocupacionales y las prácticas de cuidado/autocuidado. En términos prácticos, los criterios afinadores operan como “perillas” de calibración de la matriz de variación: orientan decisiones de reclutamiento para equilibrar la muestra, explorar contrastes específicos y asegurar que las conclusiones se construyan desde un espectro amplio y situado de experiencias.

b.1. Intermediación y organización del trabajo	Autogestión vs terceros (administradores, agencias, “seguridad”, etc.); pertenencia a colectivos/ONG vs no.
b.2. Acceso al sistema de salud y protección social	EPS/aseguramiento vs no; uso de servicios (urgencias, SSR, salud mental, ITS) vs no.
b.3. Riesgos ocupacionales vividos (últimos 6–12 meses, sin obligar a revelar detalles traumáticos)	Violencia/amenazas; coerción/abuso; riesgos biológicos; consumo asociado; riesgos ergonómicos/voz/pantalla (digital); riesgos psicosociales (estrés, ansiedad, burnout).
b.4. Variables diferenciales adicionales (según pertinencia en Bogotá)	Pertenencia étnico-racial, discapacidad, maternidad/paternidad y cuidado de terceros, nivel educativo, situación de vivienda (estable vs inestable).

5.2.5.2. Criterios de saturación teórica

Los criterios de saturación teórica son los parámetros analíticos que permiten decidir, de manera argumentada, cuándo la producción de información ha alcanzado un punto de suficiencia: es decir,

cuando las entrevistas, observaciones y espacios participativos comienzan a aportar variaciones cada vez menores y las categorías construidas (por ejemplo, tipos de riesgo, barreras, recursos, estrategias de autocuidado) se encuentran ya bien definidas, densas y comparables entre perfiles y territorios. En un diseño cualitativo-participativo sobre ASP, definir estos criterios es clave porque evita que el tamaño muestral se determine por inercia o por disponibilidad, y lo vincula directamente con la calidad del análisis y con las salvaguardas éticas: ayuda a recolectar lo necesario sin sobreexponer a las personas participantes, orienta ajustes del muestreo de variación máxima para cubrir vacíos relevantes, y permite cerrar el trabajo de campo cuando ya es posible explicar con solidez cómo se articulan los determinantes sociales, los riesgos ocupacionales y las prácticas de cuidado/autocuidado en Bogotá.

En la tradición de la Grounded Theory, Barney Glaser y Anselm Strauss introducen la saturación teórica como un criterio de cierre que no depende de "llenar cupos", sino de avanzar en el desarrollo conceptual: se continúa recolectando y comparando datos hasta que las categorías analíticas quedan suficientemente "trabajadas" (propiedades, variaciones, condiciones y relaciones) y el esquema explicativo logra coherencia interna. En ese sentido, la saturación no se define por la repetición superficial de relatos, sino por la capacidad de la teoría emergente para explicar el fenómeno con densidad y variación: cuando los nuevos casos ya no amplían de manera sustantiva las categorías ni obligan a reorganizar el marco explicativo, se justifica el cierre del trabajo de campo.

Las clarificaciones contemporáneas han sido clave porque hoy "saturación" se usa con significados distintos, y eso puede volver ambiguo el reporte metodológico si no se precisa de qué saturación se habla. En esa línea, se ha diferenciado la saturación teórica (propia de diseños orientados a desarrollar categorías y relaciones conceptuales) de formas más comunes en estudios aplicados, como la saturación temática o de códigos (cuando dejan de aparecer códigos/temas nuevos) y la saturación de significado (cuando aún pueden repetirse temas, pero ya no emergen matices, mecanismos o comprensiones nuevas dentro de esos temas). Esta literatura insiste en que la saturación es contextual y dependiente del propósito del estudio, del enfoque analítico, de la heterogeneidad de la muestra y de la manera en que se documenta el proceso (iteración entre recolección/análisis, memos, decisiones de muestreo).

Finalmente, la operacionalización empírica aporta orientaciones útiles —sin reemplazar el argumento analítico— sobre el orden de magnitud que suele requerirse para alcanzar ciertos tipos de saturación en entrevistas y grupos. Estudios muy citados muestran que, en conjuntos relativamente acotados, una parte importante de la "descubierta" de códigos ocurre temprano (por ejemplo, alrededor de la primera docena de entrevistas en un caso clásico), mientras que revisiones sistemáticas más recientes sugieren rangos frecuentes de saturación en entrevistas (aprox. 9–17) y en grupos focales (aprox. 4–8), sobre todo cuando la población es relativamente homogénea y los objetivos son estrechos; en estudios con mayor heterogeneidad, comparaciones entre perfiles o búsqueda de "meta-temas", suele requerirse más. La utilidad de esta evidencia, para tu diseño cualitativo-participativo en ASP, es que permite planear un tamaño inicial razonable, pero dejando explícito que el cierre se decidirá por criterios de saturación definidos a priori y verificados en análisis iterativo (no por un número fijo).

Para el enfoque de esta investigación –riesgo ocupacional articulado con DSS e interseccionalidad– no basta con invocar la "saturación" como un criterio genérico de cierre, porque el fenómeno se expresa de manera desigual según territorios, modalidades de ASP, trayectorias y posiciones sociales, y porque el análisis busca comprender relaciones y mecanismos, no solo enumerar hallazgos. Por ello, resulta metodológicamente más consistente trabajar la saturación como un criterio compuesto, formulado en tres niveles que dialoguen con la matriz de variación máxima y con el carácter cualitativo-participativo del diseño, de modo que el cierre del campo se decida con trazabilidad analítica y con responsabilidad ética (sin recolectar "de más", pero sin cerrar prematuramente). En lo que sigue, se precisan esos tres niveles y la manera en que se evidenciarán en el proceso de análisis y en el reporte metodológico.

Componente	Descripción operativa
Nivel 1. Saturación por subgrupo clave (saturación "local")	En cada perfil prioritario (p. ej., mujeres trans en modalidad calle; modalidad digital; migrantes; etc.), se detiene la recolección cuando, en 2–3 casos consecutivos, ya no aparecen nuevos códigos/propiedades relevantes sobre riesgos y autocuidado propios de ese perfil.
Nivel 2. Saturación transversal (comparativa)	Se considera alcanzada cuando las diferencias entre modalidades/géneros/territorios ya están bien descritas (condiciones → mecanismos → consecuencias) y lo nuevo que aparece corresponde a variaciones menores, no a categorías nuevas.
Nivel 3. Saturación teórica (interseccionalidad)	Se considera alcanzada cuando es posible explicar con suficiente densidad cómo se combinan ejes (género × modalidad × territorio × migración, etc.) para producir configuraciones de riesgo y estrategias de autocuidado, incluyendo: (i) casos negativos (alguien "contra el patrón" que obliga a ajustar la explicación) y (ii) relaciones estables entre categorías (p. ej., intermediación ↔ autonomía ↔ exposición a violencia ↔ prácticas de cuidado).
Indicadores prácticos de cierre	• La "matriz de saturación" (por ejes/perfiles) queda "llena": cada celda clave tiene evidencia suficiente. • Los memos analíticos dejan de cambiar en lo sustantivo. • La triangulación (entrevistas–grupos–observación) confirma hallazgos centrales sin abrir categorías nuevas.

5.3. Tipología de actores participantes

Para el desarrollo del diseño cualitativo-participativo en ASP es necesario establecer, desde el inicio, tipologías claras de los actores sociales e institucionales que eventualmente participarán en la investigación, porque la producción de conocimiento y las condiciones de acceso, confianza y seguridad varían sustantivamente según quiénes intervienen y desde qué posición lo hacen. Contar con esa tipología permite delimitar roles y niveles de involucramiento, anticipar asimetrías de poder, definir salvaguardas de confidencialidad y reducción de daños, y ajustar las herramientas (entrevistas, grupos, observación, espacios participativos) al tipo de interacción posible con cada actor. Además, facilita la coherencia entre la matriz de variación máxima y la estrategia de saturación, al orientar qué voces son indispensables para comprender mecanismos y barreras (DSS, acceso a salud, protección social, control territorial) sin diluir el foco del estudio ni sobreexponer a las personas participantes; por eso, antes de describir el trabajo de campo, se requiere explicitar dicha tipología como marco organizador del relacionamiento y de la estrategia de recolección de información.

En la sociología contemporánea, esa noción de actor social se arma precisamente en diálogo entre varias escuelas y autores. Por un lado, desde la teoría de la estructuración (Anthony Giddens) y el enfoque morfogenético (Margaret Archer), el actor se entiende como agente con capacidad de acción, pero siempre en relación dinámica con estructuras que habilitan y constriñen; desde la sociología de la práctica y los campos (Pierre Bourdieu), aparece como agente situado en posiciones desiguales, portador de disposiciones (habitus) y dotaciones de capital que ordenan lo posible; desde el interaccionismo simbólico (George H. Mead, Herbert Blumer) y la dramaturgia de la interacción (Erving Goffman), el actor se constituye en la interacción y en el manejo de significados, identidades y estigmas; desde la fenomenología social y la etnometodología (Alfred Schütz, Harold Garfinkel), se enfatiza cómo los actores producen el orden social en lo cotidiano; desde el construccionismo social (Peter Berger y Thomas Luckmann), se subraya la institucionalización de sentidos; desde las analíticas del poder y la gubernamentalidad (Michel Foucault), el actor se comprende dentro de dispositivos, saberes y técnicas que moldean conductas; y, más recientemente, desde los enfoques relacionales y de redes (Harrison White) y la teoría del actor-red (Bruno Latour, Michel Callon), se propone mirar la acción como un ensamblaje de relaciones que incluye mediaciones organizacionales y tecnológicas. En conjunto, estas tradiciones sostienen que "actor" nombra una agencia situada, relacional y atravesada por estructuras, interacción y poder, más que un individuo autónomo y aislado.

Desde la perspectiva de la salud pública, los "actores" se entienden como un conjunto multiescalar de sujetos, colectivos e instituciones que producen, distribuyen o mitigan condiciones de salud y enfermedad, y no sólo como individuos que "toman decisiones" aisladas. Enmarques clásicos de los determinantes sociales de la salud —como el gradiente social sistematizado por Michael Marmot y la Comisión de la OMS, o el modelo de capas de Dahlgren y Whitehead— sitúan a los actores en posiciones diferenciadas dentro de estructuras sociales que generan exposición y protección; y enfoques críticos como la teoría ecosocial de Nancy Krieger o la noción de violencia estructural trabajada por Paul Farmer enfatizan que la agencia se ejerce bajo relaciones históricas de poder que se inscriben en los cuerpos y en el acceso a recursos. A la vez, los modelos sociecológicos (de

Bronfenbrenner y su adaptación en salud pública por McLeroy y colegas) permiten ver cómo interactúan niveles (persona–redes–organizaciones–territorio–política) y cómo distintos actores —comunidades, prestadores, aseguradores, autoridades, organizaciones sociales— co-determinan prácticas de cuidado y trayectorias de atención. Finalmente, la tradición de promoción de la salud (Carta de Ottawa) y la atención primaria con participación comunitaria (Alma-Ata, con resonancias freireanas) subrayan que los actores no son sólo "poblaciones objeto", sino sujetos de derechos y co-productores de soluciones, clave para intervenciones pertinentes y sostenibles.

Cuadro tipológico de actores sociales e institucionales (investigación sobre ASP)

Categoría	Subtipos / actores	Rol potencial en la investigación	Aporte analítico esperado (DSS + riesgo ocupacional + cuidado/autocuidado)	Condiciones éticas y de seguridad (criterios de inclusión)
A. Actores directos (núcleo)	• Personas que realizan ASP en todas las modalidades (incluidas emergentes/digitales), con diversidad de género, edad, migración y territorio. • Liderazgos pares / educadoras pares (si existen) y vocerías comunitarias.	• Participantes principales del estudio. • Co-productoras /es de conocimiento en espacios participativos. • Validación/contraste de hallazgos (devoluciones).	• Reconstruir experiencias situadas de riesgo ocupacional, cuidado y autocuidado. • Identificar barreras institucionales (estigma, discriminación) y recursos (redes, estrategias de reducción de daños). • Comprender trayectorias, agencia, intermediación y relaciones territoriales que modulan DSS y riesgos. • Delimitar prioridades de	• Consentimiento informado robusto y voluntario. • Confidencialidad y protección de identidad (anonimización, manejo seguro de datos). • Minimización de riesgos (no revictimización; rutas de apoyo; control de exposición). • Participación no condicionada por acceso a servicios ni mediada por

			acción desde saberes situados.	actores de control. • Enfoque diferencial e interseccional; respeto y trato digno.
B. Actores del entorno laboral (condiciones de trabajo)	• Administradores/encargados de establecimientos o espacios donde se realiza ASP (cuando sea ético y seguro). • Personal de apoyo (seguridad, logística, hospedaje) si aporta a entender reglas prácticas de seguridad/riesgo. • Intermediarios (agencias/plataformas) en modalidad digital, en clave de condiciones (no "promoción").	• Informantes clave para describir reglas, condiciones y mediaciones del entorno laboral. • Aporte contextual (no sustituyen la voz de actores directos).	• Caracterizar organización del trabajo: jornadas, vigilancia, intermediación, reglas del lugar y márgenes de autonomía. • Identificar mecanismos que aumentan o reducen riesgos (violencias, coerción, control del entorno) y efectos sobre cuidado/autocuidado. • Comprender circuitos de acceso a servicios (derivaciones, restricciones, barreras) asociados al modo de operación.	• Inclusión condicionada a que no comprometa seguridad de participantes directos. • Entrevistas separadas, sin revelar información de terceros. • No realizar preguntas que impliquen incriminación o exposición jurídica. • Evaluación de riesgos por territorio/escenario antes de contacto. • Evitar cualquier papel que se interprete como aval, promoción o legitimación comercial.

C. Actores institucionales y de servicios (DSS + salud ocupacional)	• Servicios de salud: SSR, ITS, salud mental, urgencias; redes hospitalarias; programas extramurales (si existen). • Salud pública distrital y oferta territorial: prevención, reducción de daños, rutas de atención. • Trabajo / salud ocupacional: SST, informalidad, riesgos psicosociales (actores técnicos y de política). • Integración social y atención a violencias: rutas VBG, atención a víctimas, albergues, servicios sociales. • Justicia y seguridad (solo si se justifica y con protocolos fuertes): interacciones institucionales que afectan el riesgo.	• Informantes institucionales para mapear oferta, rutas y barreras. • Aporte a comprensión de DSS: aseguramiento, acceso, trato, protección social. • Co-interpretación de factibilidad de recomendaciones (cuando sea pertinente).	• Describir cómo se implementan (o fallan) rutas y servicios en el territorio. • Identificar barreras de acceso (confidencialidad, estigma, trámites, discontinuidad) y brechas de cobertura. • Comprender interacciones institucionales que producen riesgo o protección (operativos, derivaciones, atención a violencias). • Ubicar tensiones entre normas/política pública y prácticas reales de atención.	• Separación estricta entre información institucional y datos de participantes directos. • Protocolos reforzados si se incluye justicia/seguridad: no exponer a participantes, no compartir ubicaciones ni identidades. • Enfoque de derechos: evitar prácticas de control social o moralización. • Claridad de alcances y límites del estudio; no generar falsas expectativas de beneficio. • Asegurar que la participación institucional no condicione acceso a servicios.

D. Sociedad civil y apoyo	• ONGs y organizaciones comunitarias: ASP, derechos humanos, salud, migración, VBG. • Defensa legal y acompañamiento psicosocial: consultorios jurídicos, redes de apoyo.	• Aliadas/os para acceso ético, confianza y acompañamiento. • Informantes clave sobre contextos, necesidades y rutas comunitarias. • Apoyo en devolución y apropiación social de hallazgos (cuando aplique).	• Identificar recursos comunitarios, estrategias de reducción de daños y formas de organización. • Mapear rutas de apoyo legal/psicosocial y su articulación (o desarticulación) con instituciones. • Comprender formas de mediación hacia servicios, y prácticas comunitarias de cuidado/autocuidado. • Contribuir a recomendaciones realistas y culturalmente pertinentes.	• Evitar dependencia de un solo actor/ONG (minimizar sesgo de acceso). • Acuerdos explícitos de confidencialidad y manejo de información. • No delegar en organizaciones tareas de control o selección excluyente. • Cuidar que la participación no incremente exposición pública de participantes. • Garantizar independencia analítica del equipo investigador.

Nota ética útil: en investigaciones sobre ASP, incluir a "clientes" como actor suele elevar de manera desproporcionada los riesgos –para las personas participantes y para el equipo– y, en comparación, aporta poco a los objetivos centrados en DSS, riesgo ocupacional y prácticas de cuidado/autocuidado. Su incorporación puede aumentar la probabilidad de identificación indirecta de participantes, generar dinámicas de poder difíciles de controlar, abrir posibilidades de acoso, coerción o represalias, y producir efectos de revictimización o exposición pública, además de introducir riesgos legales y de seguridad en el terreno. Por ello, si en algún momento se llegara a considerar su participación, tendría que estar muy sólidamente justificada por una necesidad analítica que no pueda resolverse con otras fuentes (por ejemplo, mediante reconstrucciones desde la perspectiva de pares, observación, o actores institucionales), y debería diseñarse bajo salvaguardas estrictas: reclutamiento completamente separado y no mediado por participantes, protocolos reforzados de confidencialidad y manejo de datos, preguntas orientadas a condiciones generales y no a hechos incriminables, evaluación de riesgo por territorio y por modalidad, y un criterio

explícito de “no daño” que permita excluir este componente si amenaza la seguridad. En todo caso, la prioridad metodológica y ética debe ser que ninguna decisión de muestreo o de herramientas ponga en peligro a quienes realizan ASP ni limite su participación libre y segura en el estudio.

5.2.5.4. Proyección operacional de la investigación

En la proyección operacional de la investigación se contempla un relacionamiento multiactor para comprender, en contexto, cómo se articulan los DSS, los riesgos en salud ocupacional y las prácticas de cuidado/autocuidado en personas que realizan ASP. En el sector salud, se prioriza el contacto con EPS e IPS (como puertas de entrada administrativas y clínicas), así como con la Secretaría de Salud, para mapear rutas reales de atención (SSR/ITS, salud mental, urgencias), barreras de acceso, continuidad en aseguramiento, confidencialidad y prácticas institucionales que inciden en el riesgo y en el autocuidado.

De forma complementaria, se considera la articulación con entidades de protección social y garantía de derechos, como la Secretaría de Integración Social y la Secretaría de la Mujer, junto con instituciones de Derechos Humanos y, cuando el componente migratorio sea relevante, con la OIM. Este bloque actor se incorpora para comprender rutas y dispositivos de atención a violencias (incluida VBG), apoyos sociales, accesos diferenciales y tensiones entre oferta institucional y condiciones reales del territorio, procurando siempre que la participación institucional no condicione ni exponga a las personas participantes.

En el plano comunitario y territorial, el trabajo se proyecta con organizaciones de trabajadoras sexuales como aliadas estratégicas para facilitar acceso ético, construir confianza, validar interpretaciones y garantizar pertinencia cultural y de reducción de daños. Adicionalmente, se contempla —bajo estrictos criterios de seguridad— el análisis de condiciones del entorno laboral, incluyendo casas de lenocinio (establecimientos) en la medida en que ello aporte a describir reglas prácticas de seguridad/riesgo, jornadas, intermediaciones y dinámicas de control. En contraste, el vínculo con Policía se consideraría únicamente si está sólidamente justificado por los objetivos (para entender interacciones institucionales que afectan el riesgo), con protocolos reforzados para evitar cualquier forma de exposición, estigmatización o daño. Finalmente, la inclusión de clientes se asume, en principio, como una opción de muy alta sensibilidad: suele aportar poco frente a los objetivos y eleva riesgos, por lo cual sólo sería contemplable con justificación excepcional y salvaguardas estrictas.

En cuanto al procedimiento operativo, se proyecta un reclutamiento rápido apoyado en el contacto con líderes comunitarios y organizaciones locales, privilegiando rutas que minimicen exposición y aseguren voluntariedad. El consentimiento informado se implementará en formato breve y comprensible, con opción verbal y escrita, reforzando explicaciones sobre confidencialidad, no afectación de acceso a servicios, y derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

La aplicación en campo combinará técnicas cualitativas: entrevistas de 30–45 minutos (con grabación únicamente si hay autorización), grupos focales de 60–90 minutos (moderados por

personal entrenado y con manejo de riesgos psicosociales), y ejercicios de cartografía de aproximadamente 1 hora (con mapas impresos y marcadores para identificar territorios, riesgos, recursos y rutas). Todo el flujo de información se acompañará de protección de datos mediante anonimización inmediata, uso de códigos alfanuméricos y manejo seguro conforme a la Ley 1581 de 2012, evitando registrar datos innecesarios que puedan permitir identificación directa o indirecta de participantes.

Cuadro de secuencia operativa para el desarrollo cualitativo de la investigación

Momento del desarrollo	**Técnica empleada**	**Elementos definitorios**	**Justificaciones metodológicas**
Definir los criterios de inclusión y diversidad	Grupo de discusión: Equipo de Consultores	*1) Criterios de Inclusión para la fundamentación ético-procesual del estudio* a) Personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas (ASP) en cualquiera de sus modalidades (calle, establecimiento, plataformas digitales, acompañamiento, clubes, bares, trabajo en vivienda). b) Edad mínima de 18 años, garantizando el consentimiento informado plenamente. c) Ejercicio actual o reciente (últimos 12 meses) de ASP. d) Residencia o permanencia laboral en Bogotá, para asegurar la pertinencia territorial del estudio. e) Disposición a participar en entrevistas en profundidad, en grupos focales y en eventuales ejercicios participativos de observación situada y	*Justificación metodológica* a. Estos criterios permiten garantizar una representación amplia y heterogénea de las experiencias de riesgo, de cuidado y de autocuidado, así como de los significados que las personas atribuyen a su propia salud y bienestar. b. En un enfoque cualitativo-participativo, esta diversidad no es sólo demográfica, sino experiencial y estructural, lo que posibilita comprender cómo múltiples ejes de desigualdad –el género, la migración, el territorio, modalidad laboral, las redes afectivas, etc.– configuran las percepciones que el objetivo busca explorar. c. La selección de los criterios conjuga un enfoque interseccional y diferencial de la salud pública. La OMS, OPS y las políticas públicas nacionales recomiendan que los estudios con

		devolución comunitaria. f) Capacidad y voluntad para brindar consentimiento informado y libre, sin coerciones y con plena comprensión de los alcances que tiene el estudio. *2) Criterios de diversidad para el análisis interseccional* *1) Género e identidad de género:* a) mujeres cisgénero; b) mujeres trans; c) hombres cisgénero; c) hombres trans; d) personas no binarias o de género diverso. *2) Orientación sexual:* Heterosexualidades, bisexualidades, homosexualidades y otras identidades disidentes. *3) Edad de las personas:* Jóvenes (18–24); Adultos(as) (25–44); Personas(as) mayores (45+) *4) Nacionalidad y condición migratoria:* a) personas nacionales; b) personas migrantes regulares; c) personas migrantes con documentación precaria o sin regularización; *5) Modalidad de trabajo sexual:* a) calle; b) establecimientos fijos (bares, clubes, residencias, moteles); c) trabajo en vivienda privada;	poblaciones específicas –incluidas las personas que practica ASP– incorporen la diversidad por género, orientación sexual, edad, condición migratoria y modalidades de trabajo, pues estas variables influyen en la exposición diferencial a los riesgos laborales, en las barreras de acceso a la salud y en las estrategias de cuidado y autocuidado. d. La selección de criterios responde a los principios del muestreo teórico y del muestreo intencional en investigación cualitativa. Estos principios establecen que en estudios cualitativos el muestreo debe ser intencional y debe estar orientado hacia una variación máxima, lo cual implica incluir participantes con características diversas para poder captar la amplitud de las experiencias, percepciones y significados que se construyen en torno a ellas. Los criterios propuestos siguen una lógica de heterogeneidad estructural, la cual es indispensable para explorar las percepciones y las narrativas desde múltiples posiciones sociales.

		d) plataformas digitales; e) trabajo sexual móvil o itinerante. *6) Trayectorias de vida y vínculos afectivos:* a) responsabilidades en torno al cuidado (madres o padres, cuidadoras, etc.); b) personas sin redes familiares estables; c) personas con experiencia de violencia intrafamiliar o de pareja; d) personas con experiencia sobre desplazamiento o ruptura comunitaria. *7) Relaciones y condiciones laborales:* a) trabajo autónomo; b) trabajo bajo figura de intermediación o administración; c) trabajo en condiciones de coerción, explotación o vulnerabilidad extrema. *8) Contextos territoriales:* a) zonas de alto flujo comercial o turístico; b) zonas de tolerancia; c) barrios residenciales con presencia discreta o encubierta de trabajo sexual; d) corredores viales o zonas de movilidad nocturna; e) entornos digitales como territorios simbólicos de trabajo.	
Realizar el mapeo preliminar de los territorios y	Mesa de trabajo y cartografía social y mapeo territorial: Equipo de	**a) Qué es**: Es un dispositivo colectivo de diálogo y de análisis en el que un grupo de actores (consultores/as, enlaces territoriales, líderes	**Procedencia:** Proviene de la educación popular latinoamericana (Freire), de la investigación-acción participativa (Fals Borda) y de la cartografía

de los escenarios de trabajo donde se realizará el reclutamiento.	consultores(as) y enlaces territoriales de la sub-red	locales) construye, de manera gráfica y consensuada, una representación del territorio, sus circuitos, sus actores y dinámicas. **b) Para qué sirve:** Permite identificar zonas clave, escenarios de trabajo, rutas de circulación, puntos de riesgo y espacios de cuidado, incorporando el conocimiento situado de quienes habitan o gestionan el territorio. **c) Cómo opera:** A través de mapas en papel o digitales, marcadores, símbolos y discusiones guiadas, se construyen cartografías que combinan información empírica con experiencias cotidianas y lecturas políticas del territorio.	social crítica tal y como se concibe en la geografía y en el trabajo comunitario. **Fundamento epistemológico:** Se inscribe en un enfoque constructivista y crítico, que entiende el territorio como una construcción social que está atravesada por relaciones de poder, que reconoce a las y los actores locales como productores de conocimiento válidos. **Pertinencia para ASP:** Permite identificar, desde el saber situado de los enlaces territoriales y de los consultores/as, dónde se ejerce el trabajo sexual, qué recorridos siguen, qué espacios concentran violencias, controles policiacos o estigmas sociales, y qué lugares funcionan como nodos de cuidado y de apoyo. Esto es clave para anclar las determinantes sociales de la salud en el espacio urbano concreto.
Diseñar las guías de entrevistas en profundidad y de grupos focales, incorporando los ejes relativos al riesgo, al cuidado, el autocuidado, las	Grupo de discusión: Equipo de consultores y líderes de campo	**a) Qué es:** Técnica cualitativa de conversación colectiva, guiada por un moderador, en la que un grupo acotado (consultores y líderes de campo) discute en profundidad un conjunto de temas o problemas. **b) Para qué sirve:** Sirve para contrastar puntos de vista, identificar consensos y disensos, refinar categorías analíticas y ajustar decisiones metodológicas o estratégicas.	**Procedencia:** Se deriva de la tradición de la sociología cualitativa y de los estudios de la comunicación social, y se usa para analizar los discursos, las ideologías y los marcos interpretativos de la colectividad. **Fundamento epistemológico:** Parte de una epistemología hermenéutica, según la cual el conocimiento emerge del intercambio dialógico y de la confrontación de diferentes puntos de vista al interior de un

trayectorias de vida, los vínculos afectivos y las relaciones laborales.		**c) Cómo opera:** A partir de una guía flexible, el moderador estimula la interacción entre participantes, privilegiando la argumentación, la reflexión conjunta y la producción de sentidos compartidos.	grupo. **Pertinencia para ASP:** Permite que equipo consultor y los líderes de campo discutan de forma reflexiva sus interpretaciones acerca de los riesgos laborales, las determinantes sociales de la salud y las brechas en cuidado y autocuidado, produciendo marcos analíticos compartidos que orienten el resto del estudio cualitativo.
Seleccionar y capacitar a investigadoras(es) comunitarias(os) a través de técnicas cualitativas, la ética del cuidado y el enfoque diferencial.	Talleres de formación en investigación -acción participativa con énfasis en ética del cuidado y enfoque diferencial: equipo de consultores, líderes de campo y gestores sociales.	**a) Qué es:** Es un espacio pedagógico y práctico en el que se forman consultores(as), líderes de campo y gestores(as) sociales en principios, técnicas y actitudes propias de la investigación-acción participativa. **b) Para qué sirve:** Sirve para desarrollar capacidades para investigar con la comunidad (y no sólo sobre ella), para incorporar el enfoque diferencial y de género, y para asegurar que las prácticas sean coherentes con la ética del cuidado. **c) Cómo opera:** Funciona mediante sesiones teórico-prácticas, ejercicios de role-play, análisis de casos, simulaciones de entrevistas y reflexiones sobre el poder, el cuidado y el estigma en el trabajo de campo.	**Procedencia:** Son propias de la investigación-acción participativa, la pedagogía crítica y los feminismos del cuidado, donde investigar implica también formar y politizar las capacidades de las personas. **Fundamento epistemológico:** Se basan en una epistemología dialógica, participativa y feminista, que cuestiona la separación rígida entre el "investigadora" y el "sujeto de estudio" enfatizando la responsabilidad ética frente a los cuerpos y frente a las vidas vulneradas. **Pertinencia para ASP:** En un campo cruzado por violencias, estigma y desigualdades de género, los talleres garantizan que el equipo tenga herramientas para no reproducir daño, manejar las narrativas sobre violencia sin morbo ni extractivismos y aplicar de manera consistente el enfoque diferencial en salud y trabajo.

Implementar un proceso de reclutamiento intencional de las personas participantes en los territorios que han sido priorizados.	Muestreo intencional (*purposeful sampling*), complementado con muestreo por redes o bola de nieve.	**a) Qué es:** Es una estrategia de selección de participantes no probabilística que está basada en criterios teóricos y de relevancia para el objeto de estudio, ampliada luego a través de recomendaciones hechas por las propias personas participantes. **b) Para qué sirve:** Sirve para garantizar la inclusión de perfiles clave y la diversidad de experiencias (género, edad, modalidad de trabajo, territorio), ampliando con ello el acceso a grupos de difícil contacto. **c) Cómo opera:** El equipo define los criterios de inclusión y diversidad, identificando casos "informativos" y, a partir de ellos, solicitando contactos adicionales ("bola de nieve"), hasta lograr la saturación de la información que se requiere.	**Procedencia:** Forma parte del canon de la investigación cualitativa (Patton, Strauss y Corbin) y de los estudios con poblaciones ocultas o estigmatizadas, donde el acceso probabilístico es inviable. **Fundamento epistemológico:** Responde a una lógica teórico-analítica, no estadística: se seleccionan casos porque son "informativos" para comprender relaciones entre estructura social, experiencia y significado. **Pertinencia para ASP:** El trabajo sexual es altamente estigmatizado, a veces criminalizado de facto; muchas personas se ocultan por miedo. El muestreo intencional y por redes permite acceder a la diversidad interna (género, migración, modalidades, territorios) que condiciona las determinantes sociales de la salud y los riesgos laborales.
Realizar entrevistas en profundidad siguiendo un enfoque flexible y narrativo.	Entrevistas en profundidad de tipo narrativo/biográfico.	**a) Qué es:** Es una conversación cualitativa individual, flexible y abierta, orientada a reconstruir las trayectorias de vida, las experiencias significativas y los sentidos que la persona atribuye a su propia historia y a su práctica laboral. **b) Para qué sirve:** Permite explorar en detalle las	**Procedencia:** Nacen de la tradición fenomenológica, biográfica y antropológica (historias de vida, relatos de trayectoria), orientada a comprender el sentido de la experiencia desde el punto de vista de quien la vive. **Fundamento epistemológico:** Se apoyan en un enfoque **comprensivo (Verstehen)** que

		percepciones de riesgo, del cuidado y autocuidado, los vínculos afectivos, los cambios biográficos y las condiciones estructurales que configuran la experiencia. **c) Cómo opera:** Se parte de una guía de temas, pero se prioriza el relato libre de la persona; el/la entrevistador/a interviene con preguntas abiertas, profundizando en hitos y momentos clave para la narración.	asume que la realidad social se conoce a través de los significados que las personas atribuyen a sus vivencias. **Pertinencia para ASP:** Permiten reconstruir trayectorias vitales marcadas por la pobreza, la migración, la violencia, el género, así como también permiten entender cómo las personas que ejercen ASP perciben su salud, nombran sus riesgos laborales y elaboran prácticas de cuidado/autocuidado para sobrevivir y sostenerse.
Conformar y facilitar los grupos focales diferenciados según criterios de identidad, de modalidad laboral o de territorio.	Grupos focales diferenciados, cartografías sociales y mapeos territoriales (*focus groups segmentados*).	**a) Qué es:** Es un dispositivo grupal que reúne a personas con características compartidas (un mismo territorio, modalidad laboral o identidad de género, etc.) con el propósito de discutir sobre temas específicos, complementado con ejercicios de cartografía social para localizar en el espacio parte de la discusión. **b) Para qué sirve:** Es útil para captar los discursos colectivos, las dinámicas de grupo, los acuerdos y las tensiones, así como también para producir mapas simbólicos de riesgos, de recursos, redes y espacios de cuidado. **c) Cómo opera:** Opera bajo una guía con la que el moderador o moderadora	**Procedencia:** Los grupos focales provienen de la investigación social y de mercado; la segmentación por grupos específicos se ha consolidado en estudios de género, interseccionalidad y salud pública; la cartografía social se acopla para dar una dimensión espacial a los discursos. **Fundamento epistemológico:** Combinan una epistemología dialógica e interseccional: el conocimiento se produce en la interacción y siempre desde posiciones situadas (género, edad, nacionalidad, territorio). **Pertinencia para ASP:** Grupos diferenciados (mujeres cis, mujeres trans, migrantes, distintas modalidades) permiten que las personas hablen con mayor libertad sobre violencias, discriminación, estrategias de

		promueve la discusión entre pares y coordina la construcción de mapas (en papel o digital) donde el grupo ubica los lugares, los circuitos y las situaciones más relevantes.	cuidado y uso del territorio, visibilizando cómo cambian los riesgos y recursos según la posición social.
Organizar las notas de campo relativas a las dinámicas de encuentro, a las interacciones, el contexto práctico-social y los elementos emergentes que se han presentando.	Observación participante y diario de campo sistemático.	**a) Qué es:** Es una estrategia en la cual el investigador/a se integra, con distintos grados de participación, a los escenarios de vida o de trabajo, registrando de manera sistemática lo que ve, oye y percibe. **b) Para qué sirve:** Sirve para contextualizar los discursos, captar las prácticas cotidianas, los gestos, rutinas, interacciones y disposiciones espaciales que no siempre aparecen en entrevistas o grupos. **c) Cómo opera:** A través de presencia prolongada o reiterada en el campo y llevando a cabo un registro en diario de campo (fechado y estructurado), que incluye la descripción densa, las reflexiones analíticas y las notas éticas y emocionales.	**Procedencia:** Herramienta clásica de la antropología social y de la sociología urbana (Escuela de Chicago), orientada a captar la vida cotidiana en contexto. **Fundamento epistemológico:** Se basa en una epistemología etnográfica, que sostiene que el conocimiento requiere inmersión, presencia y reflexividad, y que lo observable (prácticas, gestos, silencios) también es dato. **Pertinencia para ASP:** Permite ver directamente condiciones de trabajo (iluminación, ventilación, seguridad, presencia de policía, clientes, etc.), interacciones en tiempo real y pequeños gestos de cuidado colectivo que no siempre se verbalizan, conectando así riesgos laborales concretos con determinantes sociales y estrategias de protección.
Transcribir y sistematizar las entrevistas, así como	Sistematización cualitativa (transcripción textual y matrices de sistematización)	**a) Qué es:** Conjunto de procedimientos para organizar el material empírico (audios, notas, documentos) en formatos legibles y analizables que pueden ser	**Procedencia:** Articula la tradición de la sistematización de experiencias latinoamericana (Jara Holliday) con los procedimientos de organización de datos en la investigación

también el resultado de los grupos focales.		transcripciones, resúmenes, matrices o cuadros de síntesis. **b) Para qué sirve:** Sirve para asegurar que el cuerpo de la información sea accesible, ordenado y comparable, preparando el terreno para la codificación y para el análisis temático. **c) Cómo opera:** Incluye la transcripción literal (o detallada) de entrevistas y de grupos, la anonimización, la construcción de tablas con variables básicas y la organización del material en carpetas o matrices.	cualitativa global. **Fundamento epistemológico:** Supone que el conocimiento no está solo en el "dato bruto", sino en su organización reflexiva, que permite reconstruir procesos y sentidos. **Pertinencia para ASP:** Transcribir y sistematizar de manera rigurosa asegura que las voces de personas que ejercen ASP no se diluyan ni se manipulen, y que se pueda rastrear cómo hablan de salud, riesgo y cuidado en distintos momentos y contextos, lo que es crucial para la validez del análisis.
Codificar temáticamente el material usando categorías iniciales y categorías emergentes.	Análisis temático (codificación abierta y emergente): Atlas.ti o Nvivo	**a) Qué es:** Se trata de una estrategia analítica que identifica los patrones de significado (temas) en el material cualitativo mediante la asignación de códigos a segmentos de texto, iniciando con categorías abiertas que se refinan progresivamente. **b) Para qué sirve:** Permite descomponer el corpus discursivo en unidades significativas, agruparlas en categorías y construir ejes analíticos sobre la identidad, el riesgo, el cuidado, el territorio, la agencia, etc. **b) Cómo opera:** Con la utilización de software como *Atlas.ti* o *NVivo*, se marcan fragmentos de los texto	**Procedencia:** Formalizado en la psicología cualitativa y las ciencias sociales (Braun y Clarke, Saldaña), y apoyado en software CAQDAS. **Fundamento epistemológico:** Parte de un enfoque inductivo-interpretativo: las categorías se construyen desde los datos, permitiendo que emerjan temas no previstos, siempre anclados en los discursos y en las prácticas de los actores. **Pertinencia para ASP:** El análisis temático permite identificar patrones en torno a determinantes sociales (pobreza, estigma, migración), riesgos laborales (violencia, sustancias, precariedad contractual) y formas de cuidado/autocuidado, sin

		recabados, se etiquetan (códigos), se agrupan en familias o categorías y se exploran co-ocurrencias y relaciones entre los códigos.	forzar las experiencias en categorías predefinidas que pueden resultar estigmatizantes.
Integrar los hallazgos mediante un análisis interpretativo que articule las percepciones, los significados y las experiencias.	Análisis interpretativo-hermenéutico o interpretativo fenomenológico.	**a) Qué es:** Es un enfoque analítico que busca comprender el sentido de las experiencias desde la perspectiva de los propios actores, interpretando cómo significan su mundo, su cuerpo, su trabajo y sus relaciones sociales. **b) Para qué sirve:** Sirve para pasar de la descripción temática a la interpretación profunda, articulando los significados subjetivos con los contextos sociales. **c) Cómo opera:** A través de lecturas reiteradas, la elaboración de memos analíticos, la construcción de ejes interpretativos y de diálogos constantes entre los datos, la teoría y la información sobre el contexto.	**Procedencia:** Se apoya en la tradición hermenéutica (Ricoeur) y fenomenológica (Husserl, Heidegger), y en desarrollos como el Análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA). **Fundamento epistemológico:** Asume que la realidad social es siempre mediada por el lenguaje y que comprender implica interpretar significados, no solo describir "hechos". Es una doble hermenéutica, pues los participantes interpretan su mundo, y el equipo de investigación interpreta esas interpretaciones. **Pertinencia para ASP:** Permite ir más allá de "qué pasa" para entender qué significa para las personas ejercer ASP, percibirse sanas o enfermas, sentirse protegidas o expuestas, y cómo resignifican el cuidado en contextos de vulnerabilidad estructural y violencia.
Triangular los resultados con observaciones de campo, informació	Triangulación metodológica y de fuentes (datos cualitativos, cuantitativos y territoriales).	**a) Qué es:** Es una estrategia de validación y de enriquecimiento del análisis que confronta y articula los resultados provenientes de distintos métodos (entrevistas, grupos y observación) con	**Procedencia:** Conceptualizada por Denzin como un modo de aumentar la credibilidad en la investigación social, y adoptada ampliamente en estudios mixtos en salud.

n territorial relevante y datos cuantitativos obtenidos a través del estudio.		distintas fuentes (datos cuantitativos, mapas, registros administrativos, etc.). **b) Para qué sirve:** Para aumentar la robustez interpretativa, detectar las convergencias, divergencias y vacíos entre fuentes o acervos, y para construir una visión más completa y compleja del fenómeno estudiado. **c) Cómo opera:** Se elaboran matrices o *joint displays* en las que se ponen en relación los hallazgos cualitativos, los indicadores cuantitativos y las evidencias territoriales, extrayendo sus continuidades y discontinuidades.	**Fundamento epistemológico:** Se enmarca en una epistemología crítica y pluralista, que reconoce que ningún método agota la realidad y que la combinación de perspectivas produce un conocimiento más robusto. **Pertinencia para ASP:** Triangular entrevistas, grupos, observaciones, datos territoriales y cuantitativos (por ejemplo, morbilidad, violencia, indicadores socioeconómicos) permite vincular experiencias subjetivas con estructuras objetivas de desigualdad, algo central cuando se trabajan determinantes sociales de la salud y riesgos laborales.
Validar los hallazgos de forma comunitaria mediante dispositivos de devolución participativa.	Talleres de devolución y validación participativa/comunitaria.	**a) Qué es:** Son espacios colectivos en los que se presentan de manera accesible los hallazgos preliminares a las personas participantes y a los actores comunitarios, para que los comenten, corrijan, completen o discutan. **b) Para qué sirve:** Permiten validar, legitimar y enriquecer la interpretación del material recabado, evitando que la interpretación sea externa y que ignore las perspectivas de quienes viven el fenómeno. También permite fortalecer la apropiación social del conocimiento desarrollado.	**Procedencia:** Heredados de la IAP, de la educación popular y de enfoques de ética de la investigación que promueven la "devolución del conocimiento" a las comunidades involucradas. **Fundamento epistemológico:** Basados en una epistemología dialógica y de co-producción de conocimientos, que rechaza el extractivismo epistémico y que reconoce el derecho de las personas a discutir cómo se las representa. **Pertinencia para ASP:** En un campo marcado por estigma, estos talleres permiten que las personas trabajadoras sexuales revisen los hallazgos, corrijan las

		c) Cómo opera: Mediante presentaciones sencillas, materiales gráficos, la discusión en pequeños grupos y una recolección sistemática de comentarios, de acuerdos y disensos sobre los resultados alcanzados.	interpretaciones injustas, añadan matices y las usen como insumo político para defender sus derechos en salud, trabajo y cuidado.
Ajustar la interpretación final para reflejar tanto las experiencias subjetivas como los condicionantes territoriales y socioestructurales del objeto estudiado.	Síntesis interpretativa final mediante meta-matrices analíticas	**a) Qué es:** Es la fase de integración final en la que se organizan los resultados en matrices que articulan diferentes niveles de análisis: 1) micro–macro; 2) subjetivo–estructural; 3) individual–colectivo–territorial) con el propósito de producir un relato analítico coherente. **b) Para qué sirve:** Sirve para cerrar el proceso de análisis mostrando cómo las experiencias individuales se vinculan con las condiciones estructurales y territoriales de lo social, generando conclusiones sólidas para la acción y para el diseño de política pública. **c) Cómo opera:** Se elaboran meta-matrices que pueden organizarse por ejes temáticos, por grupos identitarios, o por territorio), comparando patrones, identifican tensiones y redactando conclusiones y recomendaciones integradas al estudio.	**Procedencia:** Inspirada en las propuestas de Miles, Huberman y Saldaña sobre matrices de análisis, y en la tradición de meta-análisis cualitativo y *cross-case analysis*. **Fundamento epistemológico:** Responde a una epistemología relacional y estructural, que intenta articular distintos niveles de realidad (micro–macro, subjetivo–estructural, individual–colectivo) en una interpretación integrada. **Pertinencia para ASP:** Las meta-matrices permiten mostrar cómo las historias individuales de riesgo, enfermedad, cuidado y autocuidado están atravesadas por determinantes sociales de la salud, condiciones de trabajo, políticas públicas y marcos jurídicos, produciendo un conocimiento directamente utilizable para la política pública, los programas de salud y las acciones de cuidado territorial.

6. Referencias textuales

[1] Rica C, Salvador E, Latin America P. Latin America — 2024 global AIDS update The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads 2024.

[2] Estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe RedTraSex n.d. https://redtrasex.org/estudio-sobre-estigma-y-discriminacion-en-los-servicios-de-salud-a-las-mujeres-trabajadoras-sexuales-en-america-latina-y-el-caribe/?utm_source (accessed November 20, 2025).

[3] Cabezas AL. Latin American and Caribbean Sex Workers: Gains and challenges in the movement. Anti-Trafficking Review 2019;2019:37–56. https://doi.org/10.14197/atr.201219123.

[4] Resultados del estudio comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cinco ciudades de Colombia, 2012. n.d. https://www.sidastudi.org/es/registro/ff80818157708f5a015790326eb40077 (accessed November 20, 2025).

[5] Arias García N, Castaño JR. Principales Problemáticas Sociales del Trabajo Sexual en Colombia n.d.

[6] Caracterización de personas que realizan actividades sexuales pagadas en contextos de prostitución n.d. https://inventariobogota.sdp.gov.co/estudios/caracterizaci%C3%B3n-de-personas-que-realizan-actividades-sexuales-pagadas-en-contextos-de?utm_source (accessed November 20, 2025).

[7] Política pública de Actividades sexuales pagadas 2020 – 2029 | Secretaría Distrital de Planeación n.d. https://www.sdp.gov.co/content/politica-publica-de-actividades-sexuales-pagadas-2020-2029 (accessed November 20, 2025).

[8] Bogotá avanza en la garantía de derechos con la Política Pública de Actividades Sexuales Pagadas n.d. https://habitatbogota.gov.co/prensa/noticias/bogota-avanza-garantia-derechos-politica-publica-actividades-sexuales-pagadas (accessed November 20, 2025).

[9] X A call for safer and healthier working environments n.d.

[10] T-736/15 Corte Constitucional de Colombia n.d. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-736-15.htm (accessed November 20, 2025).

[11] T-629/10 Corte Constitucional de Colombia n.d. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-629-10.htm (accessed November 20, 2025).

[12] Decreto 1563 de 2016 - Gestor Normativo - Función Pública n.d. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77193 (accessed November 20, 2025).

[13] Ministerio de la Protección Social. Violencia en el trabajo: Formas y consecuencias de la violencia en el trabajo Colombia 2004 n.d. https://www.fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/publicaciones/estudios/Estudio-violencia-en-el-trabajo-2004.pdf (accessed November 20, 2025).

[14] Investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo con Trabajadoras Sexuales: una Revisión Sistemática n.d. https://repository.uniminuto.edu/items/7e6587ac-b595-41b3-8aae-33d2c6f581e3 (accessed November 20, 2025).
[15] Ley 1562 de 2012 Congreso de la República de Colombia n.d. https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=48365 (accessed November 20, 2025).
[16] Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - Ministerio del trabajo n.d. https://www.mintrabajo.gov.co/relaciones-laborales/riesgos-laborales/sistema-de-gestion-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo (accessed November 20, 2025).
[17] Guía para la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles ministerio de salud y protección social Bogotá, octubre de 2024 n.d.
[18] Guía técnica para el análisis de exposición n.d.
[19] Resolución 2646 de 2008 Ministerio de la Protección Social n.d. https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31607 (accessed November 20, 2025).
[20] DANE GEI de H (GEIH). Ocupación informal 2025.
[21] Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well : Antonovsky, Aaron : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive n.d. https://archive.org/details/unravelingmyster00aaro (accessed November 20, 2025).
[22] Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. J Epidemiol Community Health (1978) 2005;59:440–2. https://doi.org/10.1136/JECH.2005.034777.
[23] Rica C, Salvador E, Latin America P. Latin America — 2024 global AIDS update The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads 2024.
[24] Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, Pelikan JM, Sagy S, Eriksson M, et al. The Handbook of Salutogenesis. The Handbook of Salutogenesis: Second Edition 2022:1–651. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3.
[25] Cochran 1977 Sampling Techniques Third Edition | PDF n.d. https://es.scribd.com/document/534046574/Cochran-1977-Sampling-Techniques-Third-Edition (accessed November 17, 2025).
[26] Semaan S. Time-Space Sampling and Respondent-Driven Sampling with Hard-to-Reach Populations. Methodological Innovations Online 2010;5:60–75. https://doi.org/10.4256/MIO.2010.0019.
[27] Salganik MJ, Heckathorn DD. Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent-Driven Sampling. Sociol Methodol 2004;34:193–239.

7. Bibliografía

7.1. Textos académicos

Aguilar Olivera, A. A. (2015). Herramientas de la seguridad y la salud en el trabajo para mujeres en ejercicio de la prostitución: factores de riesgo y medidas de intervención en establecimientos y calle. Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO, Programa de Administración en Salud Ocupacional. ISBN: 978-958-763-139-5.

Ávila, S. A. (2016). Estigma y trabajo sexual en Colombia: La construcción de cuerpos deseables. Revista de la Escuela de Antropología, 22, 153–169. Recuperado de https://revistadeantropologia.unr.edu.ar/index.php/revistadeantropologia/article/view/58/81

Antonovsky A. Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco: Jossey-Bass; 1979. Disponible en: https://raggeduniversity.co.uk/wp-content/uploads/2025/02/Health-Stress-and-Coping-Aaron-Antonovsky-compressed.pdf

Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996 Mar;11(1):11-18. Disponible en: https://conceivablesuccess.s3.amazonaws.com/Research/Health%2BPromot.%2BInt.-1996-ANTONOVSKY-11-8.pdf

Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987. Disponible en: https://archive.org/details/unravelingmyster00aaro

Cabezas, A. L. (2019). Latin American and Caribbean sex workers: Gains and challenges in the movement. Anti-Trafficking Review, 12, 37–56. Recuperado de https://www.antitraffickingreview.org/index.php/atrjournal/article/view/376/309 antitraffickingreview.org

Casallas Murillo, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Revista Ciencias & Salud, 15(3), 397-408. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/562/56253119009.pdf

Castro, N. V. (2021). Identificación de los factores de riesgo en relación con los hábitos alimentarios y estilos de vida en mujeres que ejercen actividades sexuales pagadas, usuarias de casa de todas en la localidad Los Mártires, Bogotá. Recuperado de: http://hdl.handle.net/10554/54018.

Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. En C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), Handbook of Positive Psychology (pp. 63-73). Nueva York: Oxford University Press. Recuperado de https://greatergood.berkeley.edu/images/uploads/Diener-Subjective_Well-Being.pdf

Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.

Insuasti Zambrano, J. L. (2025). Investigación en seguridad y salud en el trabajo con trabajadoras sexuales: una revisión sistemática [Trabajo de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios].

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Revista Panamericana de Salud Pública, 12(2), 128-136. Recuperado de https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11619.pdf

Lasalle, C. (2021). Prostitución femenina: análisis económico y social en Bogotá. https://ciencia.lasalle.edu.co

Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. J Epidemiol Community Health. 2005 Jun;59(6):440-442. https://jech.bmj.com/content/jech/59/6/440.full.pdf

Monica Eriksson & Bengt Lindström. The Handbook of Salutogenesis (2ª ed.) Editores: Maurice B. Mittelmark, Georg F. Bauer, Lenneke Vaandrager, Jürgen M. Pelikan, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Bengt Lindström & Geir Arild Espnes. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK584076/?utm

Oliveros, L. M., Mejía, A., & Vásquez, E. M. (2023). Información recibida sobre salud sexual y reproductiva asociada a conductas sexuales en universitarias. Revista UIS Salud, 55. https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e23001

Perilla Domínguez, M. G. (2023). Servicios de salud, actividades sexuales pagadas: Barreras y oportunidades. Pensamiento Udecino, 7(2). https://doi.org/10.36436/23824905.569 Texto completo disponible en: https://revistas.ucundinamarca.edu.co/index.php/Pensamiento_udecino/article/view/569

Redalyc. (2020). Estado del arte sobre prostitución femenina y género en Colombia (2010–2019). https://www.redalyc.org

Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) – Marco teórico. 1Library. Recuperado de: https://1library.co/...

Universidad Javeriana. (2022). Evaluación de coherencia y pertinencia de la política pública ASP. https://repository.javeriana.edu.co

Universidad Libre. Marco teórico sobre Seguridad y Salud en el Trabajo. Recuperado de: https://repository.unilibre.edu.co/...

Villacís, A., & Reis, M. (julio-diciembre, 2015). Análisis de la vulnerabilidad laboral y los determinantes del trabajo decente. El caso de Ecuador 2008-2011. Revista de Economía del Rosario, 18(2), 157-185. Doi: dx.doi.org/10.12804/rev.econ.rosario.18.02.2015.01 https://revistas.urosario.edu.co/xml/5095/509552983001/index.html

7.2. Textos institucionales (informes, políticas, organismos, prensa, etc.)

Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría Distrital del Hábitat. (2025). Bogotá avanza en la garantía de derechos con la Política Pública de Actividades Sexuales Pagadas. Nota de prensa (2025). Recuperado de

https://habitatbogota.gov.co/prensa/noticias/bogota-avanza-garantia-derechos-politica-publica-actividades-sexuales-pagadas

Centro Virtual de Investigación. Marco Legal y Normativo sobre Seguridad y Salud en el Trabajo en Colombia. Recuperado de: https://www.centro-virtual.com/...

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1978). Principles of Epidemiology – Lesson 1: Section 1 – What is epidemiology? Recuperado de https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section1.html

Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES D.C.). (2020). Política pública de actividades sexuales pagadas 2020–2029. https://www.integracionsocial.gov.co

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2025, julio-septiembre). Boletín Ocupación Informal. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) . recuperado dehttps://www.dane.gov.co/files/operaciones/GEIH/bol-GEIHEISS-jul-sep2025.pdf

Fondo de Riesgos Laborales (FRL). (2004). Formas y consecuencias de la violencia en el trabajo Colombia 2004 . Fondo de Riesgos Laborales. recuperado dehttps://www.fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/publicaciones/estudios/Estudio-violencia-en-el-trabajo-2004.pdf

Mecanismo Coordinador de País – Colombia & Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resultados del estudio comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cinco ciudades de Colombia, 2012. Bogotá: Proyecto Fondo Mundial VIH Colombia. Recuperado de https://www.sidastudi.org/es/registro/ff80818157708f5a015790326eb40077

Ministerio de la Protección Social. (2011). Guía técnica para el análisis de exposición a factores de riesgo ocupacional en el proceso de evaluación para la calificación de origen de la enfermedad profesional . Fondo de Riesgos Laborales. recuperado dehttps://www.fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/publicaciones/guias/GUIA-TECNICA-EXPOSICION-FACTORES-RIESGO-OCUPACIONAL.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Bogotá: MSPS. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/libro%20politica%20sexual%20sept%2010.pdf Ministerio de Salud

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024, Octubre). Guía para la identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles. (Código GTHG01) . recuperado dehttps://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GTHG01.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2025. https://www.minsalud.gov.co

Ministerio del Trabajo. (sf). Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo . Ministerio del Trabajo. recuperado dehttps://www.mintrabajo.gov.co/relaciones-laborales/riesgos-laborales/sistema-de-gestion-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo

Observatorio de Mujeres y Equidad de Género. (2023). Informe de caracterización de personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá. Secretaría Distrital de la Mujer. https://omeg.sdmujer.gov.co

Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá (OMEG). (2017). Caracterización de personas que realizan actividades sexuales pagadas en contextos de prostitución en Bogotá. Bogotá: Secretaría Distrital de la Mujer. Recuperado de https://omeg.sdmujer.gov.co/asp/files/resultados.pdf

Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá (OMEG). (2023). Actualización de la caracterización sobre personas que realizan actividades sexuales pagadas en Bogotá – 2022. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá. Recuperado de https://omeg.sdmujer.gov.co/phocadownload/2023/ASP_VF_0430.pdf

ONUSIDA. (2014). Informe nacional sobre los progresos realizados en la respuesta al VIH y el sida – Colombia (GARPR 2014). Ginebra: ONUSIDA. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/COL_narrative_report_2014.pdf

ONUSIDA. (2024). Global AIDS update 2024: Latin America (regional factsheet). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-latin-america_en.pdf

ONU Mujeres. (2019). Marco conceptual sobre género y derechos humanos. https://www.unwomen.org

Organización Internacional del Trabajo. (2023). Seguridad y salud en el trabajo: un derecho fundamental. https://www.ilo.org/es/temas-y-sectores/seguridad-y-salud-en-el-trabajo

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2023). Un llamado a favor de entornos de trabajo más seguros y saludables (WCMS_903140) . recuperado dehttps://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_protect/%40protrav/%40safework/documents/publication/wcms_903140.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2023). Determinantes sociales de la salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Marco conceptual sobre determinantes sociales en salud. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Prevencionar México. (2024). Estrategia Global SST 2024-2030. https://prevencionar.com.mx

Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de América Latina y el Caribe (RedTraSex). (2013). Estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe: Informe regional. Buenos Aires: RedTraSex. Recuperado de https://redtrasex.org/estudio-sobre-estigma-y-discriminacion-en-los-servicios-de-salud-a-las-mujeres-trabajadoras-sexuales-en-america-latina-y-el-caribe/ redtrasex.org

RedTraSex. (2024). Atención de la salud sexual y reproductiva a trabajadoras sexuales en América Latina y Caribe: Informe regional. Buenos Aires: RedTraSex. Recuperado de https://redtrasex.org/wp-content/uploads/2024/07/ORG-Informe-RTS-A4-Impresion-una-carilla.pdf

Secretaría Distrital de la Mujer. (2019). Política Pública de Actividades Sexuales Pagadas 2020–2029 (CONPES D.C. 11). Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá. Recuperado de https://www.sdmujer.gov.co/sites/default/files/2021-02/documentos/conpes_11_sdmujer_doc_conpes_pp_asp-convertido.pdf

UNFPA Colombia. (2023). Análisis de situación de población: Salud sexual y reproductiva. https://colombia.unfpa.org

7.3. Textos jurídicos (normas, resoluciones, sentencias)

Congreso de la República de Colombia. (1915). Ley 57 de 1915: Sobre accidentes de trabajo. Diario Oficial, Bogotá D.C.

Corte Constitucional de Colombia. (2010). Sentencia T-629 de 2010 . (Juan Carlos Henao Pérez, diputado). recuperado dehttps://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/t-629-10.htm

Ley 1562 de 2012. (2012, 11 de julio). Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional . Diario Oficial N° 48.488. recuperado dehttps://www1.funcionpublica.gov.co/web/eva/gestor-normativo

Ministerio de la Protección Social. (2008). Resolución 2646 de 2008: Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades en la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo. Diario Oficial No. 47.059, Bogotá D.C

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (1989). Resolución 1016 de 1989: Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los programas de salud ocupacional que deben desarrollar los empleadores. Diario Oficial, Bogotá D.C.