Estado de salud autopercibida, condiciones ocupacionales y prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas, en el marco de los determinantes sociales de la salud y a través de los enfoques poblacional, diferencial y de género en Bogotá en el 2026

Secretaría Distrital de Salud

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Presentado por:
Fundación Foro Cívico

Coordinación
Jenny Carolina López Pacheco

Equipo de investigación
Alexander Casallas
Maritza Forero
Natalia Márquez
Alberto de Antonio
Daniel Cerón

Bogotá D.C.
Cundinamarca
Colombia

2025

Contenido

Abreviaciones 5
Glosario 5
0) Introducción 7
1) Formulación del problema 9
1.1. Actividades sexuales pagadas en el contexto latinoamericano 9
1.2. Actividades sexuales pagadas: en el contexto colombiano 10
1.3. Actividades sexuales pagadas: en el contexto bogotano 10
1.4. Enunciación de la problemática específica en el presente estudio sobre ASP 10
2. Justificación 11
3) Marco Teórico 13
3.1. Los Determinantes Sociales de la Salud 14
3.1.1 Determinantes Estructurales 14
3.1.2. Determinantes Intermedios 15
3.2. Estado de Salud Autopercibida 15
3.2.1. Evolución conceptual del término 15
3.2.2. Enfoques metodológicos en su medición 16
3.2.3. Aplicaciones en salud pública y estudios con poblaciones vulnerables 16
3.2.4 Debates actuales sobre su validez y limitaciones 17
3.2.5. Salud física 19
3.2.6. Salud mental 20
3.2.7. Salud sexual y reproductiva 23
3.2.8. Enfoques de género, diferencial y poblacional 25
3.3. Condiciones Ocupacionales 28
3.3.1. Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) en contextos no regulados 30
3.3.2 La precariedad estructural, factor de riesgo ocupacional en ASP 30
3.3.3. Riesgos y peligros ocupacionales en las ASP 31
3.4. Prácticas de Cuidado y Autocuidado (PC/A) 32
3.4.1. La perspectiva salutogénica 33
3.4.2. La ética del cuidado 35

3.4.3. El cuidado corporal-sexual (CC-S) 37
3.4.4. El cuidado emocional (CE) 38
3.4.5. El cuidado comunitario (CC) 38
3.4.6. El cuidado institucional (CI) 39
3.4.7. Balance categorial 39
3.5. Antecedentes Normativos 40
4) Pregunta y objetivos 45
4.1.) Pregunta-problema 45
4.2.) Objetivo general 45
4.2.1.) Objetivos específicos 45
5. Marco Metodológico 47
5.1. Diseño Cuantitativo 47
5.1.1. Cálculo del tamaño de muestra 48
5.1.2. Estrategia de muestreo 48
5.1.3. Procedimiento para la asignación territorial de cuotas 49
5.1.4. El cálculo de la cuota teórica 50
5.1.5. Consideración de las cuotas según enfoque de género 51
5.1.6. Tabla de operacionalización de variables e instrumentos de recolección según los objetivos 52
5.1.7. Recolección de los datos y gestión de la calidad de la información 56
5.1.8. Prueba piloto del componente cualitativo 58
5.1.9. Técnicas de análisis de la información 59
5.2. Diseño Cualitativo 60
5.2.1. El diseño flexible de investigación 61
5.2.2. La variante cualitativo-participativa 63
5.2.3. Población de estudio 65
5.2.4. Muestreo Intencional de variación máxima 66
5.2.5. Criterios de saturación teórica 70
5.2.6. Tipología de actores participantes 71
5.2.7. Técnicas para la recolección de información 72
5.2.8. Operatividad del diseño cualitativo 75
5.2.9. Observaciones metodológicas finales 88
6. Consideraciones éticas de la investigación 90
Bibliografía 93

Tabla 1. Bloque de constitucionalidad y tratados internacionales relevantes 41
Tabla 2. Jurisprudencia clave de la Corte Constitucional 41
Tabla 3. Principales derechos laborales aplicables a las ASP 42
Tabla 4. Delitos relevantes del Código Penal (diferenciación con ASP voluntarias) 42
Tabla 5. Modelos regulatorios internacionales de las ASP 42
Tabla 6. Factores de riesgo para la salud y vulneración de derechos 43
Tabla 7. Nuevas modalidades de ASP y actores en la era digital 43
Tabla 8. Nuevas violencias y vulneraciones de derechos en contextos digitales 43
Tabla 9. Necesidades de regulación específicas para nuevas modalidades 43
Tabla 10. Cuadro técnico consolidado de asignación territorial de cuotas 51
Tabla 11. Combinación de diseños 62
Tabla 12. Tipología de actores participantes 71
Tabla 13. Procedencia epistemológica y disciplinar de las herramientas 73
Tabla 14. Aplicación de criterios troncales según tipología de actores 78
Tabla 15. Asignación de tipologías de actores por fase (focalización progresiva) 79
Tabla 16. Estimación recomendada de técnicas y tamaños 80
Tabla 17. Modelo orientador de 10 grupos focales (GF) por anclaje de variación 80
Tabla 18. Modelo de GD por tipo y propósito 82
Tabla 19. Distribución sugerida de entrevistas semiestructuradas por tipología de actores 84

Esquema 1. El Sentido de Coherencia (SOC) 34
Esquema 2. Cuatro ámbitos del cuidado 37
Esquema 3. Diseño cualitativo 63
Esquema 4. Fases del proceso 77

Abreviaciones

ASP: Actividades Sexuales Pagadas
SG-SST: Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
CO: Condiciones Ocupacionales
CC-S: Cuidado Corporal-Sexual
CE: Cuidado Emocional
CC: Cuidado Comunitario
CI: Cuidado Institucional
DDHH: Derechos Humanos
ESA: Estado de Salud Autopercibida
E-DDHH: Enfoque de Derechos Humanos
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
OMS: Organización Mundial de la Salud
OIT: Organización Internacional del Trabajo
PC/A: Prácticas de Cuidado y Autocuidado
PP-ASP: Política Pública Distrital de Actividades Sexuales Pagadas
PS: Promoción de la salud
SDS: Secretaría Distrital de Salud
SDIS: Secretaría Distrital de Integración Social
SOC: Sentido de Coherencia

Glosario

Estigma: en materia de ASP se refiere a la desaprobación social, la discriminación y el rechazo hacia las personas que se dedican a estas actividades, ya sea como trabajadores sexuales, clientes o involucrados.

Estigma Social: la sociedad en general considera estas ASP como inmorales, sucias o indignas.

Estigma institucional: cuando las leyes y las políticas públicas perpetúan el estigma social, limitando los derechos y servicios para los trabajadores sexuales.

Estigma interno: los propios trabajadores sexuales pueden internalizar el estigma, afectando su autoestima y bienestar.

Salutogénesis: concepto desarrollado por Aaron Antonovsky, sociólogo israelí-estadounidense. Se refiere al enfoque en la promoción de la salud y el bienestar, en lugar de enfocarse solo en la prevención y tratamiento de enfermedades. Busca entender qué factores contribuyen a la salud y el bienestar de las personas, y cómo se pueden fortalecer esos factores para mejorar la calidad de vida.

Prostitución: se refiere al intercambio de servicios sexuales a cambio de dinero u otros beneficios, prestados por personas mayores de edad, de manera voluntaria, consensuada y habitual o profesional.

Trabajo Sexual: se refiere a actividades laborales que involucran la prestación de servicios sexuales a cambio de una compensación, generalmente económica. Esto puede incluir: prostitución, striptease, modelaje erótico, scort, webcam, entre otros.

Prohibicionista: este enfoque regulatorio, busca prohibir completamente la prostitución y otras ASP, considerándolas inmorales o perjudiciales. Se penaliza tanto a quienes ofrecen como a quienes demandan estos servicios.

Abolicionista: enfoque regulatorio que busca acabar, erradicar la prostitución, considerándola una forma de exportación y violencia contra las mujeres. Se enfoca en abolir la industria del sexo y ofrecer apoyo a quienes desean salir de ella.

Regulatorio: Busca regular las ASP, estableciendo normas y leyes para proteger a los trabajadores sexuales en todas sus modalidades y garantizar sus derechos. Reconoce las ASP, como un trabajo y busca mejorar las condiciones laborales y de salud de quienes se dedican a estas actividades.

0) Introducción

Las personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas (ASP) han estado expuestas, históricamente, a la estigmatización y a la discriminación, lo cual ha afectado el goce pleno de sus derechos fundamentales incluyendo el derecho a la salud.

En los últimos años se han presentado avances significativos en la legislación colombiana con relación a la forma de abordar las diferentes dinámicas y modalidades de las ASP, incorporando progresivamente el Enfoque de Derechos Humanos (E-DDHH), lo cual ha permitido tener un modelo más reglamentarista y legalista, y, por lo tanto, menos prohibicionista o abolicionista.

Particularmente en las Sentencias T- 629 de 2010, T-736 de 2015 y T 594 de 2016 se ordena la formulación de políticas públicas, leyes, programas de atención de la ASP, específicamente en la sentención T-594 de 2016 se exhortó al Ministerio de Trabajo a que elabore una propuesta de regulación sobre el ASP de acuerdo con los lineamientos establecidos en la sentencia mencionada, que priorice la adopción de medidas que protejan a quienes ejercen la prostitución legalmente y que cuente con la participación de sus representantes. (1). También se establece que las personas que realizan ASP son sujetos de especial protección constitucional, teniendo en cuenta que hacen parte de un grupo marginado y discriminado por su actividad y se ordena al Ministerio de Trabajo que elabore una propuesta sobre la regulación de las ASP.

En Bogotá se encuentra establecida la Política Pública de Actividades Sexuales Pagadas (PP-ASP) 2020-2029, la cual fue aprobada el 26 de diciembre de 2019 y actualizada a través del CONPES D.C.11 del 26 de mayo de 2022(2). Esta política constituye en un avance significativo en la ciudad para realizar un abordaje distinto a las personas que realizan ASP, que va más allá del abordaje clásico desde el control sanitario y administrativo y busca garantizar los derechos de esta población.

A pesar de estos desarrollos normativos, persiste una brecha sustancial entre el reconocimiento formal de los derechos y las condiciones materiales de vida y ocupacionales de las personas que realizan ASP. Específicamente en el área laboral, la indefinición jurídica y la persistencia del estigma social generan una ausencia de garantías laborales y configuran barreras estructurales que limitan el acceso a Condiciones Ocupacionales (CO) seguras, así como también limitan el acceso a servicios de salud, especialmente en situaciones relacionadas directamente con el desarrollo de la actividad. Diariamente las personas que realizan ASP están expuestas a diferentes CO, incluyendo las diferentes violencias, la inseguridad en los sitios donde desarrollan la actividad, las condiciones de la informalidad y la falta de acceso a los servicios relacionados con el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG–SST).

La literatura internacional y nacional relacionada con la salud en la población que realiza ASP, muestra una carga desproporcionada de diferentes problemas de salud, tanto en infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH como en problemas de salud mental y múltiples manifestaciones en salud como consecuencia de las diferentes violencias. Prueba de esto son los informes de ONUSIDA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que muestran que esta población constituye un grupo clave en la respuesta al VIH, con prevalencias superiores a la población en general(3)(4). En otros estudios regionales como los realizados por RedTraSex, se ha podido evidenciar la presencia sistemática de estigma y discriminación en los servicios de salud, así como violencia policial y barreras en el reconocimiento laboral en algunos países de América Latina(5)(6).

En Bogotá particularmente se han realizado caracterizaciones de esta población en los años 2017 y 2022 por parte del Observatorio de Mujeres y Equidad de Género –(OMEG) de la Secretaría Distrital de la Mujer, donde se ha podido identificar factores que afectan la salud de las personas que practican ASP como son la exposición a diferentes tipos de violencias, alto riesgo de contagio de ITS, limitado acceso a servicios de salud, importante consumo de sustancias psicoactivas, dificultades en salud sexual y reproductiva, entre otras, también se han podido identificar aspectos relacionados con las condiciones del lugar de trabajo que pueden afectar el bienestar y la salud de esta población(7).

Teniendo en cuenta los hallazgos de las caracterizaciones previas, La Secretaría Distrital de Salud reconoce la necesidad de ampliar el análisis relacionado con las condiciones de salud de las PRASP, con el fin de caracterizar de una manera más profunda el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las estrategias de cuidado y autocuidado de esta población, con los resultados de esta investigación se podrán proponer acciones concretas con el fin de mejorar el bienestar y la salud de las PRASP en Bogotá.

En el presente documento se establece el protocolo de investigación del proyecto: "Estado de salud autopercibida, condiciones ocupacionales y prácticas de cuidado y autocuidado de las Personas que realizan ASP, en el marco de los Determinantes Socia-les en Salud y a través de los enfoques poblacional, diferencial y de género en Bogotá en el año 2026".

Desde el punto de vista de las prácticas de cuidado y autocuidado, se considera relevante considerar las diferentes estrategias que las personas que practican ASP han desarrollado con el fin de mejorar su bienestar y hacer frente a las diferentes condiciones de vida que presentan, esto con el fin de realizar un balance entre vulnerabilidades y fortalezas y visibilizar la resiliencia y crecimiento que se pueden desarrollar incluso en condiciones adversas. Esta categoría se tendrá en cuenta desde el marco de la Salutogénesis.

El diseño metodológico del estudio es de tipo mixto, integrando componentes cuantitativos y cualitativos de manera complementaria. La investigación se desarrolla con un E-DDHH, reconociendo a las personas que practican ASP, como sujetos de derechos y agentes activos en la construcción de su salud y bienestar. Con un compromiso ético fundamental con el respeto a la dignidad, la autonomía y la confidencialidad de las personas participantes y que da cumplimento a las normas relacionadas.

Es importante destacar que este estudio se fundamenta en el marco conceptual de los Determinantes Sociales en Salud (DSS) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual reconoce que las condiciones de salud de las personas son el resultado de procesos sociales, económicos, políticos y culturales que operan en múltiples niveles(8)(9).

La definición operativa de ASP se considera desde el marco de la Política Pública del Distrito, donde se define a las ASP como un: "intercambio de sexo y/o afecto por algún tipo de bien, o contraprestación económica que se realiza por personas mayores de edad en total uso de sus facultades"(7). La categoría ASP no existe en las normas ni estudios internacionales; sin embargo, es un modo operacional de dar cuenta de la prostitución y de las ASP.

En el presente protocolo de investigación se encontrarán, en los diferentes capítulos, los siguientes tópicos: la definición del problema y la justificación del estudio, el marco teórico a partir de la definición de las diferentes categorías y de los estudios relevantes para la investigación, la pregunta y objetivos de investigación, la metodología del estudio, dividido en capítulo de metodología cuantitativa y capítulo de metodología cualitativa, las consideraciones éticas de la investigación y los anexos (véase Anexo N°1, Anexo N°2 , Anexo N°3, Anexo N°4, AnexoN°5 y AnexoN°6) en los cuales se pueden encontrar los instrumentos que se plantean para la realización del estudio así como otros documentos relevantes.

1) Formulación del problema

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 de la salud autopercibida, condiciones ocupacionales, estrategias de cuidado y autocuidado, de las personas que realizan ASP. Para lograr establecer la información sobre estos tópicos es necesario conocer la evaluación subjetiva que hacen las personas que realizan dicha actividad acerca de su salud física, mental y sexual-reproductiva en relación con los Determinantes Sociales en Salud.

La ausencia del tipo de caracterización enunciada limita la perspectiva pública acerca de cómo los DSS –que pueden ser socioeconómicas, sociopolíticas, socioculturales y socioambientales– configuran las condiciones ocupacionales específicos de las personas que realizan 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 las condiciones 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 han mostrado que la intersección entre la pobreza, el género, la migración y la discriminación condicionan la manera en que las personas que realizan ASP perciben su salud, el modo en que acceden a servicios de salud 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 en salud, con perspectiva a la evidencia empírica, las decisiones públicas que buscan mejorar la garantía de derechos y la calidad de vida de esta población.

1.1. Actividades sexuales pagadas en el contexto latinoamericano

En América Latina, la situación de quienes realizan ASP se percibe desde la salud pública y desde los DDHH como un campo atravesado por diversas vulneraciones estructurales y, al mismo tiempo, por una organización sociopolítica creciente de las personas que realizan ASP(10). Los informes de ONUSIDA muestran que el VIH sigue siendo una epidemia concentrada en poblaciones clave, pues la mediana de prevalencia entre personas que realizan ASP se sitúa alrededor del 1,3–1,4 % frente a cerca del 0,5 % en la población adulta general, lo que mantiene ASP en el centro de las agendas públicas de prevención en la región(11). 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(12). Al mismo tiempo, trabajos como el de Cabezas muestran la emergencia de movimientos sociales de personas que realizan ASP que disputan, frente a las narrativas dominantes –que les reducen a la condición de ser víctimas pasivas o "vectores de enfermedad"– reivindicando las ASP o como actividades dignas, politizando las demandas de salud, de seguridad y la propia condición de ciudadanía en cuanto a la garantía de los derechos(13).

1.2. Actividades sexuales pagadas: en el contexto colombiano

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(14). 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 de quienes practicas ASP como población clave en la estrategia nacional frente al VIH(15). 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.

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(14). La documentación más reciente sobre problemáticas sociales de las ASP en Colombia describe cómo la invisibilidad, la criminalización y la falta de reconocimiento laboral operan en múltiples ciudades del país.

1.3. Actividades sexuales pagadas: en el contexto bogotano

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 DDHH 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 ASP 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(16) 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(17). 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.

1.4. Enunciación de la problemática específica en el presente estudio sobre ASP

La problemática específica que aborda el presente estudio radica en la ausencia de una caracterización integral y robusta sobre la relación entre las ASP, las condiciones ocupacionales y las prácticas de

cuidado y autocuidado, lo cual limita de manera significativa el diseño, implementación y evaluación de intervenciones públicas basadas en evidencia empírica, culturalmente pertinentes y coherentes con los compromisos nacionales e internacionales en materia de salud pública y derechos humanos. Esta brecha de conocimiento se ve profundizada por la indefinición jurídica de las ASP en Colombia, las cuales no cuentan con un reconocimiento claro en cuanto trabajo o actividad laboral, ni con un régimen efectivo de garantías laborales. Si bien en el país se han registrado avances relevantes en el reconocimiento de derechos de esta población, principalmente a través de la jurisprudencia constitucional y de políticas públicas con enfoque de derechos, dichos avances no se han traducido en transformaciones estructurales que aseguren condiciones adecuadas de protección social, seguridad y salud en el trabajo, ni en la prevención sistemática de riesgos ocupacionales. En este contexto, la falta de información empírica articulada con el marco normativo y social existente contribuye a la persistencia de condiciones de vulnerabilidad, invisibiliza los determinantes sociales que inciden en la salud de esta población y dificulta la formulación de respuestas institucionales integrales orientadas a la garantía efectiva de derechos.

2. Justificación

La presente investigación se justifica en la necesidad de comprender de manera integral las dinámicas de salud de las personas que realizan ASP en Bogotá, en un contexto caracterizado por la persistente indefinición jurídica de estas actividades como trabajo o actividad laboral y por la ausencia de un régimen efectivo de garantías laborales.

Aunque en Colombia se han producido avances relevantes en el reconocimiento de derechos de esta población, principalmente a través de la jurisprudencia constitucional y de políticas públicas con enfoque de derechos, dicho reconocimiento no se ha traducido en condiciones estructurales que garanticen protección social, seguridad y salud en el trabajo y prevención de riesgos ocupacionales.

La jurisprudencia constitucional colombiana ha señalado que las personas adultas que realizan ASP de manera voluntaria son sujetos de derechos fundamentales y que el Estado tiene la obligación de proteger su dignidad, autonomía y derecho a la igualdad. Tal reconocimiento se encuentra en la Sentencia T-629 de 2010 de la Corte Constitucional y ha sido objeto de análisis doctrinal como precedente para la protección de derechos laborales de personas que realizan ASP(18).

A pesar de este reconocimiento jurisprudencial y de la existencia de interpretaciones doctrinales al respecto, la incorporación de las ASP dentro del sistema formal de relaciones laborales no se ha consolidado, lo que deja sin acceso efectivo a mecanismos de protección social, al sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y derechos laborales. Esto contrasta con el marco general del Sistema de Riesgos Laborales, establecido por la Ley 1562 de 2012, que reconoce la obligación del estado de prevenir y mitigar los riesgos derivados de las actividades productivas(19)(20).

El objetivo de los desarrollos en política es contribuir a la transformación de las condiciones políticas, culturales, sociales y económicas que restringen el goce efectivo de los derechos de las personas que realizan ASP en Bogotá, sin embargo aún no se resuelve la indefinición del estatus laboral de las ASP, lo que restringe su capacidad para intervenir de manera integral sobre las condiciones de trabajo y los riesgos ocupacionales, limitando también la generación de información sistemática sobre determinantes sociales de salud en esta población.

La literatura internacional y nacional ha demostrado que la informalidad estructural asociada al ejercicio de las actividades sexuales ASP incrementa la exposición a riesgos en salud, a barreras de acceso a servicios de salud y de protección social. Según ONUSIDA, las personas que realizan ASP constituyen una población clave en la respuesta al VIH y otras problemáticas de salud pública y la

Organización Panamericana de la Salud ha identificado brechas persistentes en el acceso a servicios de salud(14). Para esta población en Bogotá, la caracterización realizada por el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género evidencia que, pese a los avances normativos, persisten condiciones de precariedad laboral, violencia, inseguridad y barreras en el acceso efectivo a servicios de salud y protección social para las personas que realizan ASP.

Estas condiciones no pueden entenderse únicamente desde una lógica de vulnerabilidad o daño, ya que las personas que realizan ASP despliegan diversas estrategias de cuidado y autocuidado para enfrentar las condiciones adversas de su actividad y entorno. Sin embargo, tales prácticas quedan muchas veces invisibilizadas en enfoques que se centran exclusivamente en el daño.

En este sentido, la pregunta de investigación y los objetivos propuestos adquieren relevancia, al orientar el estudio hacia el análisis articulado del estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado, desde los determinantes sociales de la salud y con un enfoque poblacional, diferencial y de género. En este estudio, las dimensiones estructurales del riesgo se entienden como el conjunto de condiciones sociales, económicas, jurídicas, laborales e institucionales que configuran contextos de informalidad, desprotección y desigualdad, y que inciden de manera directa en las oportunidades de acceso a la protección social, la seguridad y salud en el trabajo y los servicios de salud. Esta aproximación permite integrar dichas dimensiones con las respuestas y estrategias de cuidado y autocuidado que las propias personas construyen para sostener su bienestar en contextos adversos.

La investigación se justifica como una contribución para la salud pública al abordar una problemática colectiva asociada a desigualdades estructurales y a la ausencia de un régimen de garantías laborales, en contravía de los principios de equidad y universalidad establecidos en la Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015.

Al integrar hallazgos cuantitativos y cualitativos sobre salud Autopercibida, condiciones ocupacionales y prácticas de cuidado y autocuidado, el estudio busca generar insumos para la toma de decisiones públicas, fortalecer el enfoque de derechos y promover estrategias de intervención que reconozcan a las personas que realizan ASP.

3) Marco Teórico

Teniendo en cuenta que la presente investigación parte de la pregunta por el panorama de las Condiciones Ocupacionales (CO), el Estado de Salud Autopercibido (ESA) y de las Prácticas de Cuidado/Autocuidado (PC/A) en el marco de las Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que se presentan en las personas que practican ASP en Bogotá, esta formulación supone *desplazar el foco* desde una visión centrada o restringida en las "conductas de riesgo" hacia una comprensión más amplia, en la que la salud de quienes realizan tales actividades se entiende como un resultado de complejos procesos sociales, económicos, políticos y culturales que atraviesan la vida cotidiana y las condiciones de trabajo en ella. Así, los lugares en los que se realizan las ASP han de ser concebidos como espacios en los que se condensan socialmente las desigualdades y las dinámicas específicas de control, violencia, estigmatización, organización comunitaria y de cuidado que intervienen en la salud de las personas que realizan dichas prácticas.

De acuerdo con lo dicho –y reiterando el desplazamiento de la mirada desde una explicación centrada en las "conductas de riesgo" hacia una comprensión socialmente situada de la salud en relación con las ASP–, el presente marco teórico se organiza en *tres núcleos articulados*. El primero de tales núcleos aborda el campo de las DSS, permitiendo entender cómo las condiciones socioeconómicas y educativas, el acceso a servicios de salud, las redes de apoyo y las trayectorias migratorias se enlazan con el panorama de las CO y con el ESA de las personas que realizan ASP en Bogotá. Desde esta perspectiva articulatoria, los territorios o escenarios en los que se realizan las ASP no se asumen como simples "lugares de trabajo", sino como espacios urbanos en los que se condensan todo tipo de desigualdades, formas específicas de control, dinámicas de violencia, estigmatización y, a la vez, posibilidades de organización comunitaria y cuidado/autocuidado, todo lo cual incide de manera directa en la problemática de salud que es objeto de estudio.

El segundo núcleo desarrolla la conceptualización de las CO con énfasis en la significación que estas condiciones tienen en el ámbito de la SST, diferenciando aquellos condiciones vinculadas a la organización de la actividad "laboral" (las jornadas, los ritmos, las intermediaciones, la movilidad, la disponibilidad de espacios, etc.), al entorno físico en el que se realiza dicha actividad (condiciones ambientales, seguridad del lugar, exposición en vía pública o en establecimientos) y a las exigencias propias de las ASP (exposición a violencias, riesgo de ITS, consumo de sustancias, presiones económicas, etc.). Junto a ello, el marco teórico incorpora los riesgos que emergen del estigma, la discriminación y la criminalización como prácticas sociales que vulneran los derechos de las personas que practicas ASP y que operan como determinantes sociales de la salud: no sólo porque incrementan la exposición de tales personas a los daños, sino porque también restringen el acceso efectivo a los servicios de salud, profundizan la desconfianza institucional y modelan el ESA al afectar la forma en que se experimenta y se nombra el bienestar o el malestar.

Finalmente, el tercer núcleo integra la dimensión de las PC/A, entendidas como prácticas individuales y como prácticas colectivas a través de las cuales las personas que realizan ASP buscan afrontar problemas de salud, negociar condiciones de trabajo, protegerse mutuamente y dotar de sentido sus experiencias en los territorios urbanos. Esta discusión se entrecruza con los enfoques diferencial, de género y poblacional, permitiendo analizar cómo la edad, la orientación sexual, la identidad de género, la nacionalidad y la territorialidad configuran modos específicos de exposición al riesgo y, al mismo tiempo, distintas formas de gestionar recursos, apoyos y estrategias de cuidado. La articulación de estos tres núcleos hace posible una interpretación de los hallazgos empíricos como parte de un

entramado en el que DSS, FRS, ESA y PC/A se determinan recíprocamente, ofreciendo claves para reflexionar sobre ASP en Bogotá.[1]

3.1. Los Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales en salud (DSS) son las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven y trabajan, influidas por factores económicos, sociales y políticos(21). Estos determinantes explican gran parte de las desigualdades en salud y son esenciales para comprender el contexto del protocolo.

El objetivo general del estudio se ve afectado por los DSS, ya que la pobreza, la falta de oportunidades laborales y la discriminación estructural incrementan la vulnerabilidad de las poblaciones objeto de investigación. Estas condiciones limitan el acceso a servicios de salud y aumentan riesgos sanitarios.

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomiendan políticas intersectoriales para abordar los DSS, incluyendo educación, empleo y vivienda, como estrategias para mejorar la salud pública(21). La OPS reconoce que los determinantes sociales de las políticas sanitarias y las intervenciones para reducir la desigualdad son esenciales para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura sanitaria universal, por tal motivo se hace necesario continuar con estudios que analicen el comportamiento de los DSS para intervenirlos a través de política pública.

La pandemia de COVID-19 profundizó las inequidades, afectando especialmente a mujeres y trabajadores informales. Este antecedente refuerza la importancia de considerar los DSS en el análisis y diseño de políticas derivadas del protocolo(22)

Los DSS también incluyen factores culturales y de género que influyen en la percepción y el acceso a servicios de salud. Las personas que realizan ASP, enfrentan barreras adicionales debido al estigma social y la criminalización de su actividad, lo que limita su acceso a programas preventivos y de atención integral.

Por tanto, cualquier política orientada a mejorar la salud de esta población debe considerar los DSS como eje central, promoviendo la equidad y la justicia social.

3.1.1 Determinantes Estructurales

Se refiere a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos determinantes configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las

[1] En el presente protocolo, la referencia a los “riesgos” en la conceptualización de las CO asociadas a las ASP no debe ser interpretada en clave de un enfoque “clásico” sobre *factores de riesgo* (esto es, como una lista de variables aisladas, sumables y universalizables, orientadas a una explicación causal de los daños individuales). Aquí, la palabra “riesgo” se utiliza como una categoría concretamente situada y de orden relacional, pues nombra probabilidades de afectación que se producen y se distribuyen en arreglos concretos sobre la realización de ASP, en interacciones y regulaciones específicas (entornos, reglas formales e informales, mediaciones tecnológicas, mercados, estigma, violencias y barreras institucionales), y que coexisten con recursos, PC/A y con capacidades individuales y colectivas de afrontamiento. Como se verá más adelante, las CO se analizan como un campo de tensiones entre la exposición y la protección -entre vulneración y agencia-, evitando reducir la experiencia a una matriz de “riesgos” que esté descontextualizada y que, además, privilegia su comprensión en trayectorias, rutinas y relaciones sociosanitarias efectivas.

inequidades sociales en materia de salud. Son aquellos que tienen que ver con: posición social, género, raza, grupo étnico, acceso a la educación y el empleo(23).

3.1.2. Determinantes Intermedios

Los *determinantes intermedios* se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son:

Circunstancias materiales: calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.

Circunstancias psicosociales: factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.

Factores conductuales y biológicos: nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.

Cohesión social: la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.

Sistema de salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas.

Comprender cada uno de los determinantes nos permite intervenir las condiciones que generan las inequidades sociales, las cuales constituyen un gran reto para los servicios sanitarios. Por ende, es necesario abordar estos determinantes más allá de la atención en salud; es decir, que las investigaciones referentes a su medición se deben basar en fundamentos teóricos y aplicativos sólidos que guíen la formulación de políticas públicas para su posterior intervención, y que contribuyan a optimizar intermediaciones para mejorar situaciones en la población(24).

La OMS menciona que las políticas públicas deben ser formuladas con base en el análisis de estos determinantes, con el objetivo de optimizar las intermediaciones y mejorar la situación de la población. Esto resuena con la investigación que se propone en este estudio, el llamado institucional a promover investigaciones con una perspectiva a formular políticas que colaboren eficazmente.

3.2. Estado de Salud Autopercibida

3.2.1. Evolución conceptual del término

El concepto de salud auto percibida surge en la segunda mitad del siglo XX como un indicador subjetivo que complementa las mediciones objetivas de salud. Se entiende como la evaluación que las personas realizan sobre su propio estado de salud, integrando dimensiones físicas, mentales y sociales.(25) En la literatura internacional, este indicador ha demostrado ser un predictor robusto de morbilidad y mortalidad, incluso superior a algunos indicadores clínicos tradicionales(26).

En América Latina, la salud auto percibida se ha incorporado en encuestas poblacionales como la Encuesta Nacional de Salud en Chile y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia, donde se ha evidenciado su utilidad para identificar inequidades sociales y territoriales. En Bogotá, estudios realizados por Profamilia y la Secretaría Distrital de Salud han mostrado que la salud auto percibida se relaciona estrechamente con condiciones de vida, acceso a servicios y experiencias de discriminación(27).

Para esta investigación en poblaciones que realizan ASP, el concepto adquiere relevancia porque permite visibilizar la manera en que estas personas interpretan su salud en contextos de alta vulnerabilidad social, laboral y de género. La salud autopercibida se convierte en un puente entre la experiencia subjetiva y la caracterización epidemiológica, aportando una mirada integral que reconoce la agencia de los sujetos en la construcción de su bienestar.

3.2.2. Enfoques metodológicos en su medición

Según Jylhä(26) la medición de la salud autopercibida se ha realizado tradicionalmente mediante preguntas directas en encuestas, como "¿Cómo considera su estado de salud en general?", con opciones de respuesta que van desde "muy bueno" hasta "muy malo". Este enfoque se ha validado en múltiples contextos y se ha demostrado su capacidad predictiva en estudios longitudinales.

En Colombia, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud(28) han utilizado este tipo de preguntas para caracterizar la salud de la población, mostrando diferencias significativas según nivel socioeconómico, género y territorio. En Bogotá, investigaciones de la Universidad de los Andes y la Universidad Nacional han adaptado estas mediciones para poblaciones específicas, incluyendo mujeres trabajadoras sexuales, donde se ha evidenciado que la salud auto percibida se ve afectada por la violencia, el estigma y las condiciones laborales(29)

Los diferentes estudios y encuestas han permitido establecer metodológicamente enfoques mixtos que combinan la pregunta cerrada con entrevistas cualitativas, permitiendo explorar las narrativas de salud y las estrategias de autocuidado(30). Este enfoque resulta especialmente pertinente para el proyecto "Entre el riesgo y el cuidado", ya que permite integrar la percepción subjetiva con los determinantes sociales de la salud y las prácticas de cuidado desplegadas por las personas que realizan ASP en Bogotá.

3.2.3. Aplicaciones en salud pública y estudios con poblaciones vulnerables

La salud auto percibida se ha utilizado como indicador en estudios de salud pública para identificar desigualdades sociales y territoriales. En la siguiente revisión literaria *Salud y mortalidad autoevaluadas: una revisión de veintisiete estudios comunitarios* de Idler & Benyamini(25) muestra como en poblaciones vulnerables, como migrantes, personas en situación de pobreza y trabajadoras sexuales, este indicador permite visibilizar dimensiones de la salud que no siempre son capturadas por los sistemas de información oficiales.

En Bogotá, investigaciones recientes han mostrado que la salud auto percibida de las trabajadoras sexuales está condicionada por factores como el acceso limitado a servicios de salud, la exposición a violencia y la discriminación institucional(29). Estudios de Profamilia han señalado que las mujeres que realizan ASP reportan niveles más bajos de salud auto percibida en comparación con la población general, especialmente en lo relacionado con salud mental y sexual-reproductiva.

La aplicación de este concepto en salud pública y según los diferentes estudios, permite diseñar intervenciones más ajustadas a las necesidades reales de las poblaciones. En el caso de las personas que realizan ASP en Bogotá, la salud auto percibida puede orientar políticas de prevención de riesgos ocupacionales, programas de salud sexual y reproductiva, y estrategias de reducción del estigma y la discriminación.

3.2.4 Debates actuales sobre su validez y limitaciones

Importante revisar las discusiones que se han venido presentando frente a este concepto por cuanto la salud autopercibida ha demostrado ser un indicador útil y predictivo, aunque también existan debates frente a su validez y limitaciones. Algunos autores señalan que la percepción de salud puede estar influenciada por factores culturales, expectativas sociales y experiencias individuales, lo que dificulta su comparación entre diferentes poblaciones(26). En contextos de alta vulnerabilidad, como las ASP, la salud auto percibida puede estar condicionada por la normalización del riesgo y la precariedad, lo que podría subestimar los problemas de salud reales.

En el estudio realizado por la Universidad de Los Andes, 2021, frente a *El bienestar mental en mujeres trabajadoras sexuales transgénero que laboran en el barrio Santa Fe de Bogotá: experiencias y expectativas* nos muestra que en Bogotá uno de los principales retos es la ausencia de una caracterización integral y actualizada de la salud auto percibida en poblaciones que realizan ASP. La falta de datos con enfoque poblacional, diferencial y de género limita la capacidad de diseñar políticas públicas efectivas. Además, la estigmatización social y la discriminación institucional pueden afectar la manera en que las personas responden a preguntas sobre su salud, generando sesgos en la medición.

A pesar de estas limitaciones, la salud auto percibida sigue siendo un indicador valioso para la investigación en salud pública, especialmente cuando se complementa con otros indicadores objetivos y con metodologías cualitativas que permitan comprender las narrativas de salud y las estrategias de cuidado desplegadas por las poblaciones. En la siguiente tabla -de elaboración propia- se indican las principales *dimensiones* del ESA que se obtiene como resultado de las indagaciones teóricas que han sido adelantadas por el quipo consultor:

Tabla 1. Dimensiones de la ESA

Dimensión	Ejemplo de asociación documentada
Comorbilidad	Mayor número de enfermedades crónicas se asocia con peor salud auto percibida
Discapacidad	Presencia de limitaciones funcionales predice percepción negativa de la salud
Depresión y salud mental	Síntomas depresivos correlacionan con peor salud auto percibida
Nivel educativo	Mayor escolaridad se asocia con mejor salud auto percibida
Ingresos y situación laboral	Ingresos insuficientes y empleo precario predicen peor salud auto percibida
Apoyo social	Apoyo familiar y comunitario mejora la percepción de salud

Género	Las mujeres reportan peor salud auto percibida que los hombres
Entorno urbano	Factores ambientales y de inseguridad afectan negativamente la salud auto percibida
Acceso a servicios de salud	Afiliación y acceso mejoran la percepción de salud
Representaciones culturales	La salud se asocia con autonomía, bienestar psicológico y cumplimiento de roles sociales

Frente a la importancia de hacer la revisión literaria, se elabora la siguiente tabla que menciona los instrumentos llevados a cabo para la medición de la categoría de ESA.

Tabla 2. Principales instrumentos y preguntas utilizadas para medir la ESA

Instrumento/Pregunta	Tipo de escala	Contexto de aplicación	Validación en Latinoamérica
EQ-5D (EuroQol)	5 dimensiones, 5 niveles	Calidad de vida, estudios clínicos	Validación y adaptación local
SF-36 (Short Form Health Survey)	8 dimensiones, 36 ítems	Estudios de calidad de vida	Validación en español y portugués
WHOQOL-BREF	4 dominios, 26 ítems	Calidad de vida, estudios internacionales	Validación en América Latina
BIPQ (Brief Illness Perception Questionnaire)	9 ítems, escala 0-10	Percepción de enfermedad crónica	Validación en castellano

Fuente: elaboración propia y ajustada frente a cada instrumento

3.2.5. Salud física

La salud física se define generalmente como la ausencia de enfermedad y el funcionamiento óptimo del cuerpo, lo cual implica la capacidad de realizar actividades diarias con vigor, mantener un peso corporal saludable, tener una buena condición física (resistencia cardiovascular, fuerza muscular, flexibilidad) y un funcionamiento adecuado de todos los sistemas fisiológicos, desde el sistema inmunológico hasta el cardiovascular(21), sin embargo para la investigación que se propone en este documento, se hace relevante analizar la salud física, en el contexto de las enfermedades crónicas, las cuales se refiere al estado funcional del organismo y a la presencia, control o progresión de condiciones de larga duración que afectan de manera persistente los sistemas corporales, tales como enfermedades cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, musculoesqueléticas, infecciosas crónicas y trastornos ginecológicos o urológicos(31).

Desde la salud pública, las enfermedades crónicas se caracterizan por un curso prolongado y generalmente no curativo, necesidad de atención continuada, impacto significativo en la funcionalidad, impacto en la calidad de vida y sostienen una gran influencia con los determinantes sociales, laborales y ambientales. En poblaciones en situación de vulnerabilidad, como quienes realizan ASP, la salud física se ve influenciada por condiciones laborales precarias, exposición a violencia, estigmatización, barreras de acceso a servicios de salud y comorbilidades físicas y mentales, lo que incrementa la carga de enfermedad crónica.

3.2.5.1 Estudios relevantes en población que realiza ASP en relación con enfermedades crónicas y condiciones físicas prevalentes

Existen diferentes estudios de las condiciones de salud en poblaciones que realizan ASP, dado que este grupo enfrenta vulnerabilidades únicas que van más allá de las que se puedan presentar en el marco de la salud sexual y reproductiva, como son las infecciones de transmisión sexual (ITS). La literatura científica reciente ha comenzado a destacar una carga significativa de enfermedades crónicas no transmisibles y condiciones físicas prevalentes dentro de esta población, a menudo exacerbadas por determinantes sociales estructurales e intermedios como la estigmatización, la discriminación y el acceso limitado a servicios de salud integrales.

El estudio de Shannon, K., et al. *Global epidemiology of HIV and sex workers*, documentan una alta prevalencia de dolor crónico, enfermedades respiratorias, gastrointestinales y musculoesqueléticas en trabajadoras sexuales. Señalan la relación entre salud física deteriorada y violencia estructural(32).

En el estudio de Platt, L., et al., *Associations between sex work laws and health outcomes.* se habla acerca de Enfermedades infecciosas crónicas (más allá del VIH), se evidencia alta carga de hepatitis B y C, infecciones ginecológicas crónicas y enfermedades pélvicas inflamatorias y relacionan estas condiciones con acceso limitado a servicios preventivos(33).

Frente a los estudios de la salud musculoesquelética y dolor crónico, Deering, K. N., et al., *A systematic review of the correlates of violence against sex workers*, identifican dolor lumbar, cervical y pélvico crónico asociado a largas jornadas laborales, estrés físico y violencia(34).

Estudios de comorbilidad física y mental, el autor Ulibarri, M. D., et al., *Mental health, substance use, and HIV risk. AIDS and Behavior*, demuestran alta comorbilidad entre depresión, ansiedad y enfermedades físicas crónicas, lo cual empeora la salud autopercibida.

Estudios frente condiciones crónicas asociadas al consumo de sustancias, mencionado por El-Bassel, N., et al., cuyo estudio se denomina, *HIV and intimate partner violence among sex workers. American Journal of Public Health*, describen mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, hepáticas y respiratorias crónicas asociadas al consumo prolongado de alcohol y otras sustancias como estrategia de afrontamiento(35).

En el estudio de *Determinantes estructurales de la salud entre inmigrantes/inmigrantes en la industria del sexo en interiores: experiencias de trabajadores y gestores/propietarios en el área metropolitana de Vancouver* de Goldenberg et al., en contextos latinoamericanos se reportan enfermedades crónicas no transmisibles no diagnosticadas, anemia persistente, trastornos ginecológicos crónicos y barreras estructurales para el tratamiento(36).

Diversos estudios han documentado que las personas que realizan ASP presentan una mayor prevalencia de condiciones físicas crónicas, incluyendo trastornos musculoesqueléticos, dolor crónico, enfermedades respiratorias, gastrointestinales y ginecológicas, así como infecciones de transmisión sexual de curso persistente y enfermedades hepáticas asociadas a hepatitis virales(32,37)(37)Estas condiciones no solo afectan el estado de salud actual, sino que limitan la capacidad funcional y la participación social, reforzando ciclos de exclusión y precariedad.

Asimismo, la literatura evidencia una alta frecuencia de dolor crónico lumbar, cervical y pélvico en esta población, asociado a largas jornadas laborales, posturas forzadas, estrés físico y exposición recurrente a violencia física o sexual(34). Estas afecciones suelen estar subdiagnosticadas y mal tratadas debido a la baja utilización de servicios de salud formales, motivada por experiencias previas de discriminación y miedo a la criminalización.

La comorbilidad entre enfermedades físicas crónicas y trastornos de salud mental constituye otro aspecto relevante en el análisis de la salud física en personas que realizan ASP. Investigaciones previas han demostrado que la presencia simultánea de depresión, ansiedad y consumo problemático de sustancias se asocia con un mayor deterioro de la salud física, menor adherencia a tratamientos médicos y peor percepción del estado de salud general(35). Esta interacción bidireccional entre salud física y mental intensifica la carga de enfermedad y complejiza los procesos de atención y recuperación.

En contextos de América Latina, estudios cualitativos y cuantitativos han identificado además la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles no diagnosticadas, anemia persisten-te, infecciones ginecológicas recurrentes y limitaciones en el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. Estas condiciones se ven agravadas por la informalidad laboral, la ausencia de aseguramiento en salud y la limitada cobertura de programas de atención integral.

En conclusión, desde un enfoque de derechos y salud pública, resulta fundamental comprender que la salud física de la población que ejerce ASP no puede analizarse de manera aislada, sino en relación con los contextos sociales, económicos y culturales que configuran su experiencia vital. Las enfermedades crónicas en esta población reflejan no solo procesos biológicos, sino también desigualdades estructurales, que requieren respuestas integrales orientadas a la reducción del estigma, el fortalecimiento del acceso a servicios de salud y la implementación de políticas públicas inclusivas.

3.2.6. Salud mental

El artículo 3 de la ley 1616 de 2013 (Ley de salud mental), define la salud mental como "un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad"

Para la OMS, salud mental es "un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"(38).

3.2.6.1 La salud mental desde la salud pública en Colombia, con énfasis en Bogotá

La salud mental, como dimensión constitutiva del bienestar y la calidad de vida, se entiende en salud pública como un fenómeno colectivo, dinámico y relacional, determinado por condiciones sociales, económicas, culturales, ambientales y políticas. Implica derechos, capacidades, vínculos y participación social, y exige políticas integrales con enfoque de género, diferencial y poblacional para reducir inequidades y garantizar acceso oportuno y pertinente a la promoción, prevención, atención y rehabilitación. En Bogotá, los lineamientos distritales han institucionalizado la incorporación de estos enfoques en la planeación, prestación y evaluación de servicios, orientando el análisis situacional y la gestión territorial de la salud mental(39).

La guía *Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica* de la OMS y la ACNUDH Fundamentan conceptos desde la salud pública relacionando varios autores, entre ellos Vela Ávalos, M. A. (2022), quien en su investigación extrae varios conceptos "salud mental como bien público y derecho", desde la salud pública, la salud mental no se reduce a la ausencia de trastornos; abarca bienestar emocional, funcionalidad y participación. Se promueven capacidades psicosociales, redes de apoyo y ambientes protectores (familia, escuela, trabajo, comunidad), y se reconoce la salud mental como derecho exigible que requiere políticas de Estado, presupuestos y rendición de cuentas; "determinantes sociales" como son los ingresos, el empleo, educación, vivienda, seguridad alimentaria, violencia basada en género, racismo y discriminación influyen en el riesgo, la carga y la recuperación. Estas condiciones organizan la distribución de oportunidades de cuidado y explican brechas por territorio, género, etnia, ciclo vital y condición migratoria; "curso de vida y transiciones" establece que la mayor parte de problemas de salud mental emergen en infancia y adolescencia; se modulan por experiencias de violencia, precariedad y eventos vitales (duelo, desempleo, maternidad/paternidad), y se expresan con particularidades en la vejez (soledad, deterioro cognitivo, multimorbilidad). Por ello, las respuestas deben ser articuladas intersectorialmente (salud, educación, protección social, justicia y trabajo); "salud mental positiva y resiliencia" es Además del diagnóstico y tratamiento de trastornos, la salud pública promueve habilidades para la vida, sentido de propósito, pertenencia y participación, fortaleciendo recursos comunitarios y pares, y disminuyendo estigma;" intersectorialidad y gobernanza territorial" donde la efectividad depende de coordinación entre sectores y niveles de gobierno, con participación comunitaria y mecanismos de veeduría. Bogotá dispone de guías técnicas para operacionalizar el enfoque poblacional, diferencial y de género en el ciclo de gestión (análisis, planeación, ejecución, evaluación).

Frente al impacto de las ASP sobre la salud mental se evidencia contextualmente que en Bogotá(40) señalan que el ejercicio de la labor sexual impacta negativamente en la salud mental, con prevalencia de trastornos del estado de ánimo, aislamiento social y consumo de sustancias psicoactivas como un componente interrelacionado del deterioro psicológico. En este mismo estudio la literatura cualitativa disponible también destaca que el estigma, la discriminación y violencias estructurales dificulta la atención de signos y síntomas iniciales de deterioro mental y establece que los programas de salud suelen estar más orientados a salud sexual y reproductiva que a abordar integralmente la salud mental. Este conjunto de factores, estigma institucional, precariedad laboral, exclusión social y exposición a violencia, contribuye a que la salud mental de las personas que realizan ASP sea más vulnerable y menos atendida dentro de los sistemas de salud convencionales.

3.2.6.2 Salud mental y consumo de sustancias en Bogotá y Colombia

Consumo de sustancias psicoactivas en la población general. En Bogotá, los trastornos por uso de sustancias psicoactivas (SPA) constituyen un problema de salud pública con atenciones clínicas significativas en los servicios de salud pública. Entre 2015 y 2025, más de 109 mil casos de consumo problemático de SPA fueron atendidos en el Distrito, con predominio de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína entre las sustancias reportadas, lo que refleja el impacto clínico y social de este fenómeno. La Secretaría Distrital de Salud también implementa estrategias de promoción de salud mental y gestión del riesgo relacionadas con el consumo de sustancias, incluyendo acciones diferenciadas para grupos vulnerables, enmarcadas en el Plan de Salud Pública Distrital.

3.2.6.3 Consumo de sustancias y ASP en Colombia (Chemsex)(41)

Chemsex se define como el uso intencionado de drogas psicoactivas (principalmente metanfetamina, mefedrona, GHB/GBL, cocaína, popper, ketamina) antes o durante encuentros sexuales, con el fin de facilitar, potenciar, prolongar o intensificar la experiencia sexual. Aunque el término se originó para describir prácticas entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH), la evidencia emergente documenta su presencia en otras poblaciones, incluidas personas que realizan ASP.

Los diferentes estudios específicos en población de ASP han manifestado que hay escasez de grandes encuestas nacionales focalizadas, existen investigaciones empíricas y cualitativas que analizan el consumo de SPA entre personas que realizan ASP en Colombia. Un estudio reciente sobre trabajadores sexuales cisgénero y transgénero, incluidos inmigrantes venezolanos en Bogotá y otras regiones, encontró que el uso de sustancias está influido por estrategias de afrontamiento frente al estrés, ansiedad y exigencias emocionales del trabajo sexual, también se asocia con uso compartido de sustancias con clientes o intento de aumentar el rendimiento durante el ejercicio de la actividad, situación que explica que los factores que influyen son tanto individuales (manejo del estrés) como contextuales (interacciones económicas y sexuales)(42).

Otro estudio con hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en tres ciudades colombianas (incluyendo Bogotá) muestra que el riesgo de consumir sustancias psicoactivas es mayor entre aquellos que realizan ASP comparado con quienes no lo hacen, y está también asociado a comportamientos sexuales de riesgo como la presencia de parejas ocasionales y asistencia a lugares públicos de encuentro. Estos hallazgos sugieren que la realización de ASP se cruza con patrones de consumo, que a su vez están ligados a la dinámica del ejercicio sexual transaccional, expectativas de clientes y contextos sociales de consumo.

Los efectos del consumo de SPA sobre la salud mental si bien la literatura específica en población de personas que realizan ASP en Colombia es aún emergente, la evidencia general sobre salud mental y consumo psicoactivo indica que el abuso de sustancias está asociado con trastornos de ansiedad, depresión y posibles brotes psicóticos, particularmente cuando el consumo ocurre en contextos de vulnerabilidad o estigma social y las prácticas como el chemsex (uso de drogas durante encuentros sexuales), se han identificado en otros contextos como factor que exacerba problemas de salud mental, aislamiento y dependencia social(43).

Desde una perspectiva de salud pública, el consumo de SPA en población que ejerce ASP debe ser abordado mediante estrategias integrales, que incluyan la reducción de daños, el fortalecimiento del acceso a servicios de salud mental, la atención psicosocial con enfoque de derechos y la transformación de las condiciones estructurales que generan vulnerabilidad. En este marco, Bogotá representa un escenario clave para el análisis de estas problemáticas, dada la concentración urbana de la actividad sexual paga y la coexistencia de múltiples desigualdades sociales.

En síntesis, el consumo de SPA en población que ejerce ASP en Bogotá se configura como un fenómeno complejo y multidimensional, determinado por factores individuales, sociales y estructurales. Su análisis desde el marco teórico de los determinantes sociales de la salud permite comprender que no se trata de conductas aisladas, sino de expresiones de desigualdad que requieren respuestas intersectoriales, inclusivas y centradas en la dignidad humana.

3.2.7. Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva (SSR) constituye un componente esencial del bienestar huma-no y está reconocida como un derecho fundamental por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023). Este concepto abarca no solo la ausencia de enfermedad, sino también la capacidad de las personas para disfrutar de una vida sexual segura, satisfactoria y libre de coerción, así como el acceso a servicios de salud que permitan la planificación familiar, la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la atención integral durante el embarazo y parto(44).

La SSR se relaciona directamente con el presente estudio, ya que las condiciones de vulnerabilidad en poblaciones específicas, como las personas que realizan ASP, limitan el ejercicio de estos derechos. La falta de acceso a servicios integrales incrementa riesgos de ITS y embarazos no deseados, afectando la salud pública y la equidad social.

Los avances normativos en Colombia, alineados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), han promovido políticas para reducir brechas en SSR. Sin embargo, persisten desafíos en la cobertura y calidad de servicios, especialmente en poblaciones marginadas. Esto refuerza la necesidad de estrategias intersectoriales que garanticen derechos y reduzcan desigualdades.

La educación integral en sexualidad es clave para mejorar indicadores de SSR, pero estudios recientes evidencian deficiencias en la información brindada a jóvenes y poblaciones vulnerables. Por tanto, el protocolo debe considerar intervenciones educativas y de acceso a servicios como parte de su marco de acción.

Asimismo, la SSR está vinculada con factores sociales y laborales que condicionan la capacidad de las personas para ejercer sus derechos. Las trabajadoras sexuales enfrentan estigma, discriminación y violencia, lo que limita su acceso a servicios de salud y aumenta su vulnerabilidad frente a ITS y embarazos no deseados.

Finalmente, la SSR no puede analizarse de manera aislada, sino en interacción con los determinantes sociales y las condiciones laborales, dado que la vulnerabilidad estructural influye en la capacidad de las personas para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

3.2.7.1 Salud menstrual en Colombia y Bogotá: un componente de la salud sexual y reproductiva en personas que realizan ASP

La salud menstrual es un componente integral de la salud sexual y reproductiva (SSR), entendida no solo como higiene sino como parte de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía corporal y el acceso equitativo a servicios de salud. Esto incluye el acceso a productos y servicios que permitan gestionar la menstruación sin estigma ni barreras materiales o sociales —lo que implica una vivencia saludable, digna e informada del ciclo menstrual a lo largo de la vida reproductiva(45).

En Colombia, los marcos legales y de políticas públicas han ido reconociendo progresivamente la menstruación como un asunto de salud pública y de derechos sexuales y reproductivos. La discusión nacional, como evidencia el debate parlamentario sobre la salud menstrual, subraya que el acceso a educación, productos y servicios sanitarios durante la menstruación es parte de la garantía de derechos fundamentales de las personas que menstrúan.

En Bogotá, las entidades públicas han implementado estrategias institucionales de cuidado menstrual, como la Estrategia Distrital de Cuidado Menstrual, que se ha convertido en una de las iniciativas más avanzadas del país. Esta estrategia busca garantizar no solo la distribución de kits de gestión menstrual y educación, sino también la visibilización de la menstruación como parte de la salud y el bienestar general para mujeres, hombres trans y personas no binarias, con especial atención a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, como la habitabilidad en calle(46).

Este enfoque reconoce que vivir la menstruación de manera digna impacta directamente en múltiples dimensiones de la SSR, incluyendo la autonomía corporal, la participación social y el acceso a servicios libres de discriminación.

Aunque la literatura científica específica sobre salud menstrual en personas que realizan ASP es aún limitada en Colombia, el interés de las políticas locales por integrar perspectivas de género y diferencial abre un espacio para futuras investigaciones que articulen salud menstrual con SSR en este grupo.

Investigaciones existentes en sectores cercanos, como higiene menstrual en población habitan-te de calle en Bogotá, evidencian que las barreras materiales y de acceso (productos menstruales, espacios sanitarios adecuados, educación) impactan negativamente en la calidad de vida y en el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de personas menstruantes en con-textos de vulnerabilidad. Estas mismas barreras son relevantes para quienes realizan ASP, da-da la superposición de situaciones de precariedad, estigma y discriminación estructural que afectan el acceso a servicios de SSR y autocuidado menstrual(47).

3.2.7.2 Intersección con la salud sexual y reproductiva en ASP

Las investigaciones sobre SSR en trabajadoras sexuales en Colombia han avanzado principalmente en temas como prevención de infecciones de transmisión sexual, uso de métodos anticonceptivos, aborto y salud reproductiva general. Por ejemplo, un estudio en Bogotá encontró que las personas que realizan ASP presentan alta prevalencia de abortos en su vida y uso inconsistente de métodos anticonceptivos, con asociaciones significativas con consumo de drogas e inseguridad reproductiva(48).

Otro estudio reciente sobre creencias de salud sexual y prácticas de autocuidado entre trabajadoras sexuales en Bogotá y Barranquilla enfatiza que las creencias populares y la falta de educación formal en SSR influyen en prácticas de autocuidado que conllevan riesgos para la salud. Aunque este estudio no aborda directamente la menstruación, su enfoque cualitativo permite considerar que la menstruación puede estar incorporada en marcos de autocuidado corporal influenciados por estigma, falta de información y barreras de acceso a servicios de salud sexual(49).

Hasta la fecha, no existe en la literatura científica nacional una investigación focalizada específicamente en la salud menstrual entre personas que realizan ASP en Colombia o Bogotá. La mayoría de los estudios se concentran en aspectos de salud reproductiva general, ITS, autocuidado de la salud sexual y condiciones de vulnerabilidad (estigma, consumo de drogas, acceso a servicios). Esto representa una brecha importante, dada la relevancia de la menstruación como parte de la SSR y su potencial impacto en la calidad de vida y el autocuidado del cuerpo en contextos de ASP.

Además, las iniciativas políticas distritales sobre dignidad menstrual y educación menstrual en Bogotá muestran un avance institucional que aún no ha sido ampliamente evaluado desde una perspectiva científica, particularmente en poblaciones con experiencias concretas de marginalización, como ocurre en la población que desarrolla ASP(50).

3.2.8. Enfoques de género, diferencial y poblacional

Según el CONPES 161 define el enfoque de género como la mirada que permite entender y actuar sobre las diferencias construidas socialmente (género) para corregir las desventajas históricas y estructurales que enfrentan las mujeres en la sociedad colombiana(51).

En el presente estudio se tienen en cuenta los enfoques con la finalidad principal de utilizarlos para el análisis de las ASP y así comprender y abordar las desigualdades, asimetrías de poder y vulnerabilidades específicas que enfrentan las personas que las realizan, las cuales no se explican únicamente por la actividad en sí misma, sino por construcciones sociales y culturales

Enfoque de género, abarca variables que nos permiten intervenir en el marco de política pública, como lo son: Desigualdades y violencias, as mujeres y diversidades sexo-genéricas enfrentan mayor exposición a violencia, sobrecarga de cuidados no remunerados, precariedad laboral y discriminación, que incrementan ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático. Se requieren rutas trauma-informadas, protección integral y autonomía económica (Secretaría Distrital de la Mujer, caja de herramientas de enfoque diferencial). Salud mental perinatal y cuidados: La depresión perinatal y el estrés asociado a cuidados demandan servicios amigables, apoyo psicosocial y conciliación trabajo-cuidado. Los lineamientos distritales recomiendan indicadores sensibles al género y acciones de gestión del riesgo específicas. Institucionalización en Bogotá: La ciudad dispone de instrumentos técnicos para incorporar el enfoque de género en el análisis y diseño programático, con metodologías de diagnóstico de brechas y seguimiento con desagregaciones por sexo, identidad de género y experiencias de violencia.

Enfoque diferencial nos permite abordar el reconocimiento a las diversidades: considera per-tenencia étnica, migración, discapacidad, ruralidad/urbanidad, orientación sexual e identidad de género, situación de calle y condición de víctima del conflicto. Las rutas de salud mental deben ser culturalmente pertinentes, seguras y accesibles, con mediación comunitaria y de pa-res. Acceso y barreras: Se abordan barreras de lenguaje, movilidad y trámites, estigma y discriminación institucional, con estrategias de articulación intersectorial y ajustes razonables. Las guías distritales proponen criterios para análisis situacional, mapeo de riesgo y seguimiento en territorio con enfoque diferencial.

Enfoque poblacional por curso de vida y vulnerabilidades; infancia y niñez: Promoción del desarrollo socioemocional, crianza respetuosa, prevención del maltrato, ambientes escolares protectores y detección temprana; articulación con educación y protección. Adolescencia y juventud: Prevención de consumo de sustancias, salud mental escolar/universitaria, abordaje de acoso y violencia digital, empleabilidad, redes de pares y atención sin barreras. Adultez: Riesgos psicosociales laborales, salud mental perinatal, cargas de cuidado, desempleo y violencia intrafamiliar; programas de bienestar ocupacional y apoyo comunitario. Vejez: Soledad, duelo, deterioro cognitivo y multimorbilidad; ciudades cuidadoras, participación social y rehabilitación psicosocial. Migrantes, víctimas y situación de calle: Regularización, mediación cultural, atención trauma-informada, articulación con justicia y ayuda humanitaria; continuidad del cuidado y protección social(52).

Dentro de los Fundamentos conceptuales del enfoque de género están las relaciones de poder: el género organiza oportunidades, riesgos y acceso a recursos—incluye normas, roles, estereotipos y

violencias que afectan la autonomía y la salud integral. La interseccionalidad: las condiciones de vida (pobreza, migración, racialización, maternidad, discapacidad) se combinan y amplifican vulnerabilidades y barreras de acceso. Los derechos humanos y salud pública: la salud es un derecho exigible; el cuidado se centra en dignidad, confidencialidad, participación y no discriminación, con respuestas intersectoriales y territoriales y la no criminalización y reducción de estigma: la intervención se orienta a remover barreras estructurales y culturales, garantizando rutas de atención seguras y libres de violencia(53).

Existe un marco normativo y de política pública en Bogotá que ha garantizado la mitigación y atención de situaciones vulneradas dentro de estos enfoques, la PP-ASP 2020–2029: Orienta la transformación de condiciones políticas, culturales, sociales y económicas que restringen el goce efectivo de derechos; incluye enfoque poblacional, diferencial y de género, con metas, productos e indicadores de gestión y resultados(54)(2). Avances de implementación: A junio de 2024, la PPASP reportó cumplimiento acumulado del 66,57% y 88% de productos implementados—con atención en salud para más de 25.000 personas, formación y articulación intersectorial. Garantía de derechos: El Distrito, en cumplimiento del CONPES D.C. 11 (2019) y la Sentencia T-594 de 2016, ha desarrollado metodologías específicas de capacitación y acompañamiento para mujeres en ASP.

Desde la perspectiva salubrista el enfoque de género en salud pública constituye una herramienta analítica fundamental para comprender cómo las desigualdades sociales basadas en el género influyen en los procesos de salud–enfermedad–atención. Este enfoque reconoce que las diferencias en salud entre mujeres, hombres y personas con identidades de género diversas no responden únicamente a factores biológicos, sino que están profundamente determinadas por roles sociales, relaciones de poder, normas culturales y estructuras institucionales que producen inequidades en el acceso a recursos, oportunidades y derechos.

En el caso de la población que realiza ASP, el enfoque de género permite visibilizar cómo las ASP se configuran dentro de sistemas de desigualdad estructural, donde el género, la clase social, la identidad sexual, la edad, la migración y la etnicidad interactúan para producir vulnerabilidades diferenciadas en salud. En Bogotá, estas dinámicas se desarrollan en un contexto urbano marcado por la segregación socioespacial, la informalidad laboral y la persistencia del estigma hacia la realización de ASP.

Desde una perspectiva de género, las mujeres cisgénero que realizan ASP suelen enfrentar mayor exposición a violencias basadas en género, incluidas la violencia sexual, física, psicológica y económica, tanto en el ámbito laboral como en el institucional. Estas violencias tienen efectos directos sobre la salud física y mental, incrementando el riesgo de depresión, ansiedad, estrés postraumático, consumo de sustancias psicoactivas y deterioro de la salud sexual y reproductiva. Asimismo, las normas de género que asocian la sexualidad femenina con culpa y sanción moral refuerzan la discriminación social y dificultan el acceso a servicios de salud libres de prejuicios(55).

En el caso de personas transgénero y de género diverso que realizan ASP en Bogotá, el enfoque de género evidencia formas agravadas de exclusión y vulnerabilidad, derivadas de la transfobia estructural, la negación del reconocimiento legal y las barreras de acceso al sistema de salud. Estas personas suelen experimentar mayores tasas de violencia, precariedad económica y exclusión laboral, lo que incrementa su dependencia de las ASP como estrategia de subsistencia. En términos de salud pública, esta situación se traduce en mayores riesgos para la salud mental, el consumo problemático de SPA y la exposición a infecciones de transmisión sexual, así como en una atención sanitaria fragmentada y poco pertinente culturalmente.

El enfoque de género también permite analizar cómo las relaciones de poder entre clientes, intermediarios y personas que realizan ASP influyen en la capacidad de negociación de prácticas sexuales seguras, tiempos de trabajo, uso del cuerpo y autocuidado. En contextos de desigualdad

económica, estas relaciones tienden a desfavorecer a quienes realizan ASP, especialmente a mujeres y personas trans, limitando su autonomía corporal y aumentando el riesgo de daños en salud. Estas dinámicas se ven reforzadas por la ausencia de reconocimiento laboral de las ASP y por políticas públicas que, aunque no criminalizan directamente, mantienen vacíos normativos que perpetúan la informalidad y la desprotección social.

Desde la salud pública, el enfoque de género aplicado a la población que ejerce ASP en Bogotá implica reconocer que las intervenciones centradas exclusivamente en la prevención de infecciones de transmisión sexual resultan insuficientes. Es necesario adoptar estrategias integrales que incorporen la salud mental, la salud sexual y reproductiva, la prevención de violencias basadas en género, la reducción de daños asociados al consumo de sustancias y el fortalecimiento del acceso a servicios de salud con enfoque diferencial. Esto requiere la formación del talento humano en salud en perspectiva de género, diversidad sexual y derechos humanos, así como la eliminación de prácticas discriminatorias en los servicios de atención.

Finalmente, el enfoque de género contribuye a desplazar narrativas patologizantes o moralizantes sobre las ASP, permitiendo comprender la salud de las personas que realizan ASP como el resultado de condiciones estructurales de desigualdad, y no como consecuencia de decisiones individuales aisladas. En el contexto de Bogotá, este enfoque resulta clave para el diseño de políticas públicas y programas de salud que promuevan la equidad, la dignidad y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de esta población.

La teoría feminista, en sus diversas corrientes, aporta elementos clave para analizar las ASP como un espacio donde se reproducen y disputan relaciones de poder basadas en el género. Mientras algunas perspectivas feministas han interpretado las ASP como una expresión de explotación patriarcal, otras corrientes —particularmente el feminismo pro derechos— destacan la autonomía, la agencia y la capacidad de decisión de las personas que realizan ASP. Esta tensión teórica resulta fundamental para evitar lecturas simplistas y promover abordajes en salud pública que reconozcan la diversidad de experiencias y posicionamientos de las personas involucradas(56).

La teoría de la interseccionalidad amplía el análisis al considerar que el género interactúa con otras categorías sociales como la clase, la identidad de género, la orientación sexual, la edad, la migración y la etnicidad, produciendo formas específicas de vulnerabilidad o privilegio. En el contexto de Bogotá, esta teoría resulta particularmente relevante para comprender las experiencias diferenciadas de mujeres cisgénero, personas trans, migrantes y personas racializadas que realizan ASP, así como las desigualdades acumuladas que impactan su salud física y mental(57).

Por su parte, la teoría del estigma permite explicar cómo las representaciones sociales negativas sobre las ASP y las identidades de género disidentes generan procesos de exclusión institucional y barreras de acceso a los servicios de salud. El estigma actúa como un determinante social que profundiza las desigualdades, limita la búsqueda de atención y refuerza dinámicas de invisibilización del daño en salud, especialmente en lo relacionado con la salud mental y la violencia basada en género.

En conjunto, estas teorías permiten concluir que el enfoque de género aplicado al estudio de las ASP no solo amplía la comprensión académica del fenómeno, sino que constituye una herramienta indispensable para el diseño de intervenciones en salud pública más justas, eficaces y culturalmente pertinentes. Reconocer la complejidad teórica y social de las ASP es fundamental para avanzar hacia modelos de atención que reduzcan las desigualdades, promuevan la equidad de género y garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos en contextos urbanos como Bogotá.

3.3. Condiciones Ocupacionales

El análisis de las condiciones ocupacionales en las ASP requiere una revisión previa de los antecedentes de investigación, la cual permite identificar patrones de vulnerabilidad, dimensionar la magnitud de los riesgos y reconocer las brechas institucionales que afectan la salud y el bienestar de esta población. Asimismo, aporta evidencia clave para sustentar la necesidad de enfoques integrales en SST y de políticas públicas que reconozcan las ASP como una actividad laboral con riesgos específicos que deben abordarse de manera multidimensional para garantizar el bienestar de las personas trabajadoras.

A continuación, se presenta el análisis de diversos estudios desarrollados desde la perspectiva de la SST, centrados en las condiciones ocupacionales de las personas que realizan ASP.

Iniciamos con el estudio desarrollado por Riascos y Vinasco (57) denominado *Afectación de los riesgos psicosocial, público y biológico en las trabajadoras sexuales del barrio Obrero en Buenavenventura*. Bajo un enfoque mixto de alcance exploratorio y descriptivo, aplicaron la matriz Guía Técnica Colombiana 45 - GTC-45 y entrevistas a una muestra de 8 trabajadoras y profesionales del área. Los resultados determinaron que las condiciones laborales exponen a las mujeres a peligros de Nivel I (Muy Alto), destacando el riesgo biológico como el más crítico por el con-tacto con fluidos corporales. Un hallazgo alarmante es que el 50% de la población tarda más de 4 meses en realizarse exámenes médicos, lo que, sumado a un 62.5% de prevalencia en síntomas de estrés y ansiedad, configura un panorama de alta vulnerabilidad en salud.

Por su parte, Ramírez, Ramírez y Acosta investigaron los *Factores Psicosociales Laborales que afectan a Trabajadoras Sexuales en Bogotá*(58). Utilizando un enfoque mixto con una muestra de 10 personas en la localidad de Santa Fe, aplicaron la Batería para la evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial del Ministerio de la Protección Social. La evidencia empírica reveló que el 100% de las participantes presenta un riesgo "muy alto" en factores intralaborales y extralaborales, manifestando síntomas de estrés derivados de jornadas superiores a las 10 horas, pagos "a destajo" y una gestión de jefaturas no colaborativa que fomenta la competencia y agresión entre pares.

Desde una perspectiva de seguridad técnica e higiene, Aguilar(59), en su estudio sobre Herramientas *de la Seguridad y Salud en el Trabajo en la localidad de Los Mártires* (Bogotá), analizó una muestra de 112 mujeres. Mediante observación directa y encuestas basadas en la GTC-45, identificó deficiencias higiénico-sanitarias graves en los establecimientos (mal manejo de residuos peligrosos y falta de aseo en mobiliario) y riesgos físicos extremos para quienes laboran en calle. El estudio concluyó que la mayoría de las mujeres desconoce los factores de riesgo ergonómicos y locativos, centrando su percepción de peligro casi exclusivamente en las agresiones públicas y las infecciones de transmisión sexual.

Casallas, Cruz y Peña-Meneses analizaron el *Riesgo público en las trabajadoras sexuales de Facatativa*(60). A través de un enfoque cuantitativo descriptivo con una muestra de 20 trabajado-ras, se aplicó una encuesta validada que reveló que el 100% de las participantes ha sido víctima de agresiones físicas o verbales. Además, el estudio reportó que la totalidad de la muestra consume alcohol o sustancias psicoactivas durante su jornada como mecanismo de afrontamiento. Se valoraron como riesgos "inaceptables" los accidentes de tránsito, golpes y los robos (85%), señalando que la falta de presencia institucional agrava la exposición al peligro en el entorno laboral.

Finalmente, traemos a esta revisión el artículo de Jiménez García, en su investigación titulada *La dignidad humana, las relaciones laborales y el ejercicio de la prostitución en Colombia,* propone un estudio cualitativo sobre las consecuencias y alcances de los derechos laborales en este sector (61). El autor realiza un análisis teórico detallado de las sentencias de la Corte Constitucional (como la T-629 de

2010 y T-594 de 2016), las cuales definen las ASP como “trabajo sexual” y ordenan el otorgamiento de todos los derechos laborales. Los hallazgos subrayan que la dignidad laboral depende de condiciones justas de desempeño, estableciendo seis aspectos fundamentales para garantizarla: libertad, igualdad, remuneración, herramientas de seguridad, vínculo contractual y acompañamiento en condiciones de salubridad y seguridad laboral.

En conjunto, estos estudios permiten observar la diversidad de aproximaciones metodológicas y analíticas que se han empleado para comprender las condiciones ocupacionales en las ASP. A partir de esta evidencia empírica y teórica, es posible identificar patrones comunes que atraviesan distintos territorios, enfoques y poblaciones, y que permiten avanzar hacia conclusiones parciales sobre los riesgos, vulnerabilidades y determinantes estructurales que configuran las ASP en Colombia.

Los estudios coinciden en que las personas que realizan ASP están expuestas a múltiples riesgos ocupacionales simultáneos, entre ellos biológicos, psicosociales, ergonómicos y de seguridad, los cuales se presentan con niveles de severidad altos o muy altos. Esta convergencia de peligros configura un entorno laboral altamente precarizado, donde la salud física y mental se ve comprometida por factores como el contacto con fluidos corporales, jornadas extensas, estrés crónico, agresiones de terceros y condiciones locativas deficientes.

La evidencia muestra que estos riesgos no son producto únicamente de la actividad en sí, sino de determinantes estructurales como la informalidad, el estigma, la ausencia de regulación laboral y la falta de presencia institucional. Estos factores amplifican la exposición al peligro, dificultan el acceso a servicios de salud y reducen la capacidad de las personas trabajadoras para ejercer control sobre su entorno laboral. En consecuencia, la vulnerabilidad se incrementa no solo por las características de la tarea, sino por el contexto social, jurídico y económico en el que se desarrolla.

Los antecedentes también evidencian que la dignidad laboral en las ASP depende de la garantía de condiciones mínimas que hoy no están plenamente aseguradas. La literatura jurídica señala que la dignidad requiere libertad, igualdad, remuneración justa, herramientas de seguridad, vínculo contractual y acompañamiento en salud y seguridad laboral. Sin embargo, los estudios revisados previamente, muestran que estas condiciones están ausentes o son insuficientes, lo que limita el reconocimiento de esta actividad como una laboral protegida y profundiza las brechas en derechos laborales y de salud.

En conclusión, los antecedentes revisados permiten identificar que las condiciones ocupacionales en las ASP están marcadas por una combinación de riesgos elevados, determinantes estructurales adversos y vacíos normativos que afectan la salud, la seguridad y la dignidad de esta población. La evidencia empírica y teórica converge en señalar la necesidad de enfoques integrales en Seguridad y Salud en el Trabajo, así como de políticas públicas que reconozcan la especificidad de los riesgos asociados a esta actividad y garanticen condiciones laborales justas, seguras y dignas para quienes la realizan.

A partir de esta conclusión, resulta pertinente situar el análisis de las condiciones ocupacionales en las ASP dentro de los campos de la Salud Pública y la SST. Este enfoque permite trascender la visión biomédica tradicional, reconociendo que la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que emerge de la interacción entre las personas y las condiciones materiales, sociales y simbólicas en las que desarrollan su actividad laboral. En el caso de las ASP, esta perspectiva es especialmente relevante debido a la combinación de informalidad, estigma social y ausencia de regulación, factores que configuran escenarios de vulnerabilidad y exposición diferencial al riesgo(62).

Desde esta mirada, las condiciones ocupacionales abarcan no sólo los peligros físicos, ambientales- y biológicos asociados al ejercicio de la actividad, sino también los riesgos psicosociales, las dinámicas

territoriales, las relaciones laborales implícitas y las prácticas de cuidado y autocuidado que las personas implementan para proteger su salud(63). En contextos de vulnerabilidad estructural, los marcos de la Salud Pública y la SST ofrecen herramientas críticas para comprender cómo los determinantes sociales —como el estigma, la exclusión económica, la inseguridad, la violencia y la precariedad normativa— influyen en la salud física, mental y sexual–reproductiva de esta población(64).

Para analizar de manera integral la realidad que viven las personas que realizan ASP en Bogotá, es necesario pasar de una visión general de la protección laboral hacía un esquema de comprensión que permita identificar condiciones propias de la actividad.

3.3.1. Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) en contextos no regulados

La SST constituye un campo interdisciplinar orientado a la gestión de los riesgos laborales y a la promoción del bienestar integral de las personas trabajadoras. Su desarrollo actual integra perspectivas de la salud pública, ergonomía, psicología del trabajo y la gestión organizacional, superando enfoques tradicionales que se centran únicamente en la prevención de accidentes o enfermedades de origen laboral(65).

Desde una perspectiva internacional, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sostiene que la Seguridad y Salud en el Trabajo debe basarse en sistemas nacionales de prevención y el fortalecimiento de ambientes seguros, señalando que los riesgos han evolucionado y ya no es únicamente lo físico, sino que se encuentran factores psicosociales y organizacionales que inciden en la salud de las personas trabajadoras. Bajo esta visión, la Seguridad y Salud en el Trabajo es una responsabilidad compartida entre Estado, empleadores y trabajadores dentro de marcos normativos claros .

No obstante, diversos autores en América Latina plantean que este enfoque tradicional es insuficiente en contextos de informalidad y precarización. En estos escenarios, la SST no se enfrenta solo a los riesgos propios de la actividad ocupacional, sino a la desprotección institucional. Investigaciones sobre el trabajo no regulado sugieren que la ausencia de un contrato formal desplaza la gestión del riesgo desde el Estado hacia el individuo, convirtiendo la seguridad en una autoprotección dependiente de la capacidad de negociación de la persona trabajadora. En el ámbito de las ASP, esta falta de regulación se profundiza por el estigma y la criminalización. Aquí, la literatura destaca que la seguridad no solo depende de factores higiénicos sino de la vulnerabilidad política y social(67). La informalidad implica que las dinámicas laborales ocurren sin supervisión del Estado, donde la dependencia de acuerdos verbales incrementa la exposición a la violencia y la explotación, factores que deben ser leídos como riesgos laborales específicos de este sector.

En síntesis, y para los fines de este estudio, la SST se entiende como el conjunto de condiciones, prácticas y factores que influyen en la salud física, mental y sexual-reproductiva de las personas que realizan ASP, incluyendo los riesgos derivados de la interacción con clientes, terceros y del contexto en el que se desarrolla la actividad.

3.3.2 La precariedad estructural, factor de riesgo ocupacional en ASP

Esta categoría se inscribe en la Psicosociología del Trabajo y la Economía Política del Trabajo, disciplinas que analizan cómo las estructuras externas moldean la autonomía, las posibilidades de acción y las condiciones en que se desarrolla una actividad económica. A diferencia de un análisis de salud general, aquí se examina cómo los determinantes sociales operan como condicionantes de la

actividad, definiendo las posibilidades reales de decisión y acción en el desarrollo de la tarea, la capacidad de negociación y los niveles de seguridad de quienes realizan ASP(8)

Desde una perspectiva sociolaboral, Castel(66) plantea que la precariedad no se reduce a la falta de ingresos, sino que implica un deterioro de los soportes sociales y laborales que, en cierta medida, se traduce en una inseguridad general y persistente al restringir la capacidad de agencia individual. Aplicado a las ASP, este enfoque sugiere que la ausencia de un marco legal claro como determinante político no solo repercute en la salud, sino que deteriora la calidad del entorno laboral, abriendo espacio para que terceros (como dueños de establecimientos o intermediarios) impongan condiciones que serían inadmisibles en sectores regulados.

Por otro lado, las posturas críticas de la Sociología de las Ocupaciones Estigmatizadas sostienen que el estigma no es únicamente una percepción negativa, sino una verdadera barrera ocupacional. Desde esta perspectiva, la discriminación estructural opera como un mecanismo que empuja a las personas hacia espacios de trabajo clandestinos, restringiendo sus posibilidades de acción(67). Esta dinámica reduce su capacidad de agencia, es decir, su poder para establecer límites con los clientes o exigir condiciones básicas de higiene y seguridad y transforma un determinante social en un riesgo laboral directo.

Para los fines de esta categoría, los determinantes sociales y las condiciones estructurales se entienden como factores de exclusión como el estigma, el estatus migratorio, condiciones socioeconómicas, educación, falta de reconocimiento jurídico entre otros, que restringen la autonomía laboral y la capacidad de autogestión del riesgo en las personas que realizan ASP. Estos elementos funcionan como fuerzas que con-figuran las relaciones de poder en el espacio de trabajo y determinan el nivel de seguridad con el que puede prestarse el servicio.

3.3.3. Riesgos y peligros ocupacionales en las ASP

La presente categoría se inscribe en el marco de la Higiene y Seguridad Industrial(68) y la Medicina del Trabajo(69), áreas técnicas complementarias encargadas de identificar, evaluar y controlar los factores de riesgo presentes en el entorno laboral. Por un lado, la Higiene Industrial- actúa como la ciencia de la anticipación y el control de los riesgos que se originan en el lugar de trabajo para proteger la salud y el bienestar de las personas trabajadoras y su entorno. Por otro lado, la Medicina del Trabajo aporta la especialidad médica dedicada al estudio de las enfermedades y accidentes producidos por causa de la actividad laboral, estableciendo las medidas preventivas necesarias para evitar o aminorar sus consecuencias. La relevancia de este enfoque radica en su capacidad para traducir la teoría preventiva en acciones concretas, permitiendo el reconocimiento de peligros específicos —físicos, biológicos, psicosociales y de seguridad— que pueden comprometer la integridad de la persona trabajadora durante el desarrollo de las ASP.

Diversos organismos internacionales han señalado que los enfoques centrados exclusivamente en el Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH e ITS resultan insuficientes para comprender los riesgos asociados a las ASP. La Nota de orientación de ONUSIDA subraya que factores estructurales como la criminalización, el estigma y la violencia incrementan la vulnerabilidad de las personas trabajadoras sexuales, lo que evidencia la necesidad de superar una mirada puramente biomédica(72).

La evidencia internacional muestra que, en las ASP, los riesgos más críticos no son los biológicos, sino los derivados del entorno social y de seguridad. La violencia física, sexual e institucional constituye una de las principales amenazas para la salud y seguridad de las personas que realizan esta actividad, especialmente en contextos de criminalización y ausencia de protección.

De manera consistente, estudios sistemáticos han demostrado que la represión policial y la inseguridad del entorno incrementan significativamente la exposición a violencia y reducen la capacidad de negociación y autocuidado(37). Asimismo, investigaciones en salud pública destacan que el estigma, el acoso y el estrés crónico son determinantes psicosociales de alto impacto en esta población.

La violencia, entendida como un fenómeno social complejo que articula salud y trabajo, adquiere especial relevancia en este contexto(73). La OIT la define como toda acción, incidente o comportamiento mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma. Esta definición incorpora formas cotidianas de violencia vinculadas con la organización del trabajo y las condiciones estructurales. En las ASP, la violencia constituye un riesgo central y, en ocasiones, desproporcionado; la criminalización y el estigma intensifican esta exposición, dificultan el acceso a la justicia y limitan la posibilidad de exigir condiciones laborales seguras.

Asimismo, estudios recientes en Ergonometría y Bienestar Laboral señalan la necesidad de considerar riesgos físicos y ergonómicos asociados a las jornadas extensas, el trabajo prolongado en bipedestación, las condiciones de iluminación y ventilación de los espacios de trabajo, así como el consumo de sustancias psicoactivas. Estos factores, a menudo pasados por alto, contribuyen al desgaste osteomuscular y al deterioro progresivo de la salud mental.

Para la presente investigación, los riesgos y peligros ocupacionales se entienden como aquellos factores del entorno, de la tarea y de la interacción social que tienen el potencial de afectar la salud física, mental o sexual–reproductiva de quienes realizan ASP. Estos comprenden peligros biológicos (como la exposición a ITS), psicosociales (violencia, estrés), físicos (condiciones del lugar) y de seguridad (riesgo público), los cuales se ven intensificados por la ausencia de medidas de control institucional y por la informalidad que caracteriza esta actividad.

De manera transversal, también influyen las condiciones derivadas de la organización de la actividad ocupacional que realizan, como las jornadas en las que desarrollan las ASP, los ritmos de trabajo según cada modalidad, la movilidad y la disponibilidad de espacios, que configuran dinámicas adicionales de exposición y vulnerabilidad.

3.4. Prácticas de Cuidado y Autocuidado (PC/A)

La categoría general de *prácticas de cuidado y autocuidado* (PC/A) se inscribe en un ámbito teórico cuya importancia radica en que permite comprender el cuidado y el autocuidado como un proceso situado, "encarnado", en el que se articulan diversos sentidos, recursos y vínculos intersubjetivos en contextos sociales marcados por la desigualdad, y no como actos puramente individuales –incluso cuando se habla del autocuidado como cuidado de sí–. Desde la *perspectiva salutogénica*, las PC/A pueden ser interpretadas como *recursos y estrategias* de resistencia que sostienen el movimiento subjetivo hacia el bienestar en el continuo salud/enfermedad; esto es así en la medida en que tales recursos y estrategias contribuyen a hacer la vida más comprensible, manejable y significativa , poniendo en marcha los activos en salud personales, comunitarios e institucionales frente al estrés y frente a cualquier tipo de afectación negativa del bienestar. Complementariamente, desde la *ética del cuidado* de Carol Gilligan(74,75), el cuidado y el autocuidado se entienden como actos que se corresponden con una racionalidad moral de tipo relacional, como un modo de actuar y de decidir que prioriza la responsabilidad por el/la otro/otra, la atención hacia la vulnerabilidad concreta de las personas y la negociación de interdependencias en situaciones intersubjetivas en las que los marcos normativos y las instituciones públicas suelen fallar o excluir.

La articulación entre la perspectiva salutogénica y la ética del cuidado, a propósito de la presente investigación, permite ubicar las PC/A como un campo teórico de suma importancia para el análisis de cómo, en escenarios sociales atravesados por el estigma, las violencias y las barreras de acceso a la salud, el cuidado y el autocuidado se convierten, simultáneamente, en *prácticas de supervivencia* que conllevan, necesariamente, el cuidado de la salud como respuesta ética ante las condiciones ocupacionales en la realización de ASP, los riesgos que estas representan, los recursos con los que las personas cuentan y las redes de apoyo mutuo que la comunidad es capaz de configurar.

A partir del encuadre precedente, el marco teórico y conceptual se desplaza desde la identificación de las DSS, el ESA y las CO hacia la reconstrucción de los modos intersubjetivos concretos en que las personas producen, sostienen y negocian el cuidado de la salud en la vida cotidiana. En consecuencia, se expone a continuación del correspondiente *desglose* de la categoría en cuanto constructo teórico y conceptual que permite describir los repertorios individuales y las tramas colectivas del cuidado y el autocuidado. Este desglose contiene, en primer lugar, una aproximación a la perspectiva salutogénica y otra a la ética del cuidado y, en segundo lugar, cuatro definiciones del cuidado/autocuidado que atienden a dimensiones analíticas distintas: a) el cuidado físico corporal y sexual; b) el cuidado emocional; c) el cuidado comunitario; y d) el cuidado institucional.

3.4.1. La perspectiva salutogénica

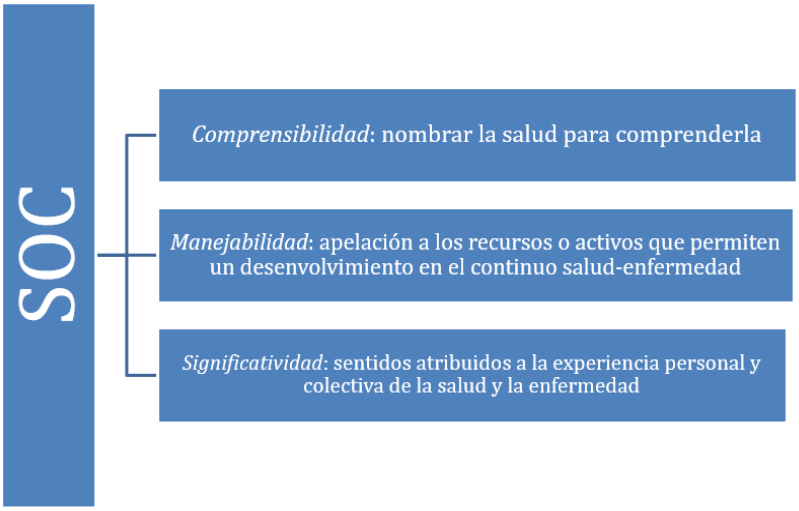
La *salutogénesis* es una perspectiva teórica sobre la salud que interroga los modos en que las personas mantienen o construyen condiciones de salubridad, incluso en condiciones adversas. Se trata, pues, de una perspectiva que no se limita a interrogar por qué las personas enferman, de modo que la patogénesis queda subsumida bajo la mirada salutogénica. Con la salutogénesis se está ante una perspectiva para la cual la salud y la enfermedad no constituyen polos yuxtapuestos, sino partes de un *continuo*, de tal modo que las personas se "mueven" a través de ese continuo de acuerdo con las condiciones en que viven, los apoyos y los recursos con los que cuentan, así como en relación a las experiencias que han tenido en el curso de su vida. Como se verá, el concepto central que organiza esta perspectiva es el *sentido de coherencia* con el que se explica por qué las personas logran sostener ciertas condiciones de bienestar a pesar del estrés y de la adversidad.

La salutogénesis surge, en principio, en el ámbito disciplinar de la sociología médica o sociología de la salud, estableciendo un diálogo interdisciplinar importante con la medicina social y con la salud pública alrededor de investigaciones iniciadas durante la década de los años 60's que habrían estado relacionadas con el estrés, la adaptación y la salud en poblaciones que habían vivido experiencias extremas; tales investigaciones habían estado signadas por interrogantes alrededor de la conservación de la salud a pesar de la adversidad, y no sólo por el origen de las enfermedades(70). Como referencia arqueológica, es preciso indicar que el concepto de la salutogénesis fue acuñado, por primera vez en la obra de Aaron Antonovsky, quien es reconocido en la literatura como un "sociólogo médico", o sea, como el promotor de una perspectiva interdisciplinar e, incluso, transdisciplinar expuesta, de forma programática, en su libro de 1979 titulado *Health, Stress, and Coping* y que posteriormente habría sido desarrollada, más a fondo, en su obra de 1987 titulada *Unraveling the Mystery of Health*.

La perspectiva salutogénica ha venido institucionalizándose en Israel, puntualmente en la Universidad Ben-Gurión del Néguev (Beer-Sheva), desde 1974, en el Departamento de Sociología de la Salud(71). Luego, aunque el origen de la salutogénesis se inscribe en la sociología médica, su desarrollo se ha proyectado también en el ámbito de la Promoción de la Salud (PS), que, tras la publicación de la Carta de Ottawa, emitida por la OMS en 1986, asume esta perspectiva como una teoría guía para su ejercicio(72).

Ahora, si bien la perspectiva teórica de la salutogénesis ha sido bastante influyente, esta ha sido también objeto de discusión, dando origen a una serie de controversias. Se ha debatido si su significado alude a un "modelo", a una "teoría" o a una "orientación"(71). En el campo de la Promoción de la Salud (PS), el término *salutogénesis* es utilizado en dos sentidos distintos: en ocasiones, se usa para referir un modelo salutogénico en salud, y en otras, para aludir al sentido de coherencia (*sense of coherence*) como constructo central de la teoría salutogénica(73). Se precisa entonces que cuando se utiliza como orientación, se hace referencia a los activos en salud (*health assets*) y su relación con los orígenes de la salud, es decir, el punto en el que el foco deja de centrarse en los riesgos y en las enfermedades(74).

Es preciso indicar que, como se ha indicado ya, en la perspectiva salutogénica existe un concepto central: el *sentido de coherencia* (SOC). Como se ha advertido, la formulación original de Antonovsky se inscribe en un paradigma que disputa el predominio de la mirada patogénica o biomédica, de modo que el SOC constituye una "orientación global" con la que las personas interpretan su mundo como algo más o menos comprensible, manejable y significativo, y que explicaría por qué, ante estresores comparables, algunas trayectorias biográficas se desplazan hacia el polo de mayor bienestar en el continuo "ease/dis-ease"(75). A partir de esta posición, el SOC no se interpreta como un rasgo clínico y tampoco como un simple "estilo cognitivo", sino como un constructo psicosocial.[2]



Esquema 1. El Sentido de Coherencia (SOC)

[2] Desde luego, existen múltiples problematizaciones acerca del SOC que interpelan su arquitectura conceptual en torno a la idea de que existe una orientación global aplicable, de modo intercultural, a un diseño de escala en perspectiva "positivista". También su modelación psicométrica y epidemiológica donde el SOC es tratado principalmente como una variable medible con propiedades de validez, confiabilidad y comparabilidad. Hay incluso una "posición crítica" –conocida como la "interpretación de Copenhague"– que cuestiona la promesa de Antonovsky de que el SOC podría asociarse con los desenlaces de la salud física. Existen también dos controversias que es preciso señalar, a modo de indicación problematizadora en segundo plano, que refiere, por una parte, la disputa que opone el "rasgo" al "estado", que alude a la oposición entre el paradigma de personalidad/rasgos ante el paradigma desarrollista y de curso de vida. La otra controversia se ha presentado en el campo de la Promoción de la Salud, donde se reinterpreta el SOC menos como un "test" y más como una teoría que sirve de guía para la acción. Finalmente, existe una posición meta-teórica y de crítica interna al propio movimiento salutogénico en la que se advierte que la investigación se ha concentrado demasiado en medir el SOC que, a veces, deja en segundo plano los problemas teóricos mayores: los orígenes sociales del SOC y otros "factores salutarios", además del SOC, como las definiciones de la salud más allá de la ausencia de la enfermedad y los procesos que conectan SOC y la salud, incluyendo los determinantes extrapersonales y estructurales de la salud. Se trata, pues, de una perspectiva teórica en construcción asumida en este estudio buscando sacar provecho de esa constructividad.

Aclaraciones al esquema precedente: El SOC debe ser interpretado como una reconstrucción en la que se articulan los tres elementos que lo componen. La comprensibilidad habilita, desde el punto de vista de la interpretación del fenómeno, el acceso del sujeto al campo fenoménico de la salud, al reconocimiento de su realidad específica. Hasta ahí el sujeto no muestra, del todo, una agencia, ya que la comprensión puede estar mediada por determinaciones externos en los que no necesariamente ha intervenido su voluntad. Por el contrario, la manejabilidad y la significatividad ponen de presente la agencia del sujeto o persona, pues la recursividad de la primera deja entrever la acción individual y colectiva como acciones de respuesta al continuo salud-enfermedad, y la significatividad presupone el esfuerzo –individual o colectivo– por elaborar el sentido que recubre la situación de la salud o la enfermedad.

Condensando lo anteriormente dicho, en el presente estudio el SOC se define operativamente como una *orientación psicosocial* –individual y colectivamente configurada– mediante la cual las personas interpretan y afrontan el continuo salud/enfermedad en su vida cotidiana y en sus condiciones "ocupacionales", en términos de: 1) *comprensibilidad* o grado en que los eventos y riesgos son percibidos como inteligibles y ordenables; 2) la *manejabilidad*, entendida esta como los recursos disponibles (personales, comunitarios e institucionales) que permiten a las personas responder a las demandas de salud y protegerse con arreglo a ellas; y 3) la *significatividad*, la cual es referida a la persona como sujeto y en relación con el sentido y el valor atribuye al cuidado y al autocuidado.

La perspectiva salutogénica se define entonces, para efectos del marco teórico y conceptual del presente estudio, como una *perspectiva socio-sanitaria* que desplaza el énfasis de la mirada desde la etiología de la enfermedad hacia la comprensión de cómo se produce, se sostiene y amplía la salud en condiciones adversas, asumiendo que la salud y la enfermedad conforman un continuo dinámico en el que las personas se mueven según sus condiciones de vida, sus trayectorias biográficas y los recursos individuales, comunitarios e institucionales de los que disponen. El SOC opera, por su parte, como *concepto organizador* que permite explicar por qué, aún bajo condiciones de estrés y de vulnerabilidad, ciertos individuos y colectivos logran mantener o recuperar determinados niveles de bienestar, en la medida en que sus experiencias vitales y entornos sociales resultan relativamente comprensibles, manejables y significativos. Esto permite, a su vez, operacionalizar la perspectiva teórica como una lente analítica para identificar los activos en salud y los recursos de resistencia, articulando DSS y de cara a la comprensión interpretativa del ESA y las CO de las ASP en Bogotá.

3.4.2. La ética del cuidado

La *ética del cuidado* propuesta por Carol Gilligan(76) se inscribe, ante todo, en dos ámbitos que se entrecruzan, a saber: la tradición post-kohlbergiana que remite a la psicología moral y a la psicología del desarrollo, y a la ética feminista y sus desarrollos en torno a la teoría social de las relaciones intersubjetivas. Por una parte, Gilligan construye una propuesta a la manera de una crítica interna a los modelos dominantes sobre el desarrollo moral –especialmente aquellos derivados de la obra de Lawrence Kohlberg–; su argumento central en contra de esta tradición habría consistido en señalar que sus criterios de "madurez moral" habían tenido como sesgo experimental la experiencia masculina. En este sentido, la ética del cuidado nace como una *teoría moral con base empírica*, y más precisamente, como una *investigación cualitativa sobre el razonamiento moral* de acuerdo con la cual el juicio ético aparece estrechamente ligado a determinados contextos, relaciones y responsabilidades concretas de las personas en relación con sus semejantes, y no sólo como reglas formales y abstractas.

Por otra parte, la ética del cuidado, desde el punto de vista de la ética feminista y de la teoría de las relaciones intersubjetivas, conlleva una interpelación teórica de la filosofía moral y de la teoría política. La obra de Gilligan deviene, a partir de ello, un enlace hermenéutico fundamental para comprender, interpretativamente, la modulación ética del cuidado(77). La obra pone en cuestión la imagen clásica del sujeto moral como sujeto "autónomo", "individualizado" y "universal" –en el sentido de una abstracta descontextualización– proponiendo, por el contrario, una *comprensión relacional* del sujeto moral y de su agencia o capacidad para objetivar en el mundo la propia voluntad de acción. Es a partir de esta comprensión relacional que adquieren relevancia teórica ciertos términos como los de "interdependencia", "vulnerabilidad", "atención a necesidades" y "responsabilidad por el/la otro/otra". Se trata, pues, de un paradigma de la conciencia ética bastante fecundo que, tras los avances pioneros de Gilligan, sería desarrollado posteriormente por otras autoras como Nel Noddings(78), Joan Tronto(79) y Virginia Held(80).

Al igual que la perspectiva salutogénica, la ética del cuidado es un paradigma que también ha atravesado por diversas polémicas alrededor de su significado y de su fecundidad para el estudio de la ética y para la comprensión teórica de las relaciones intersubjetivas. Por una parte, se ha discutido sobre si la ética del cuidado constituye una *descripción psicológica* de la intersubjetividad o si, de otra manera, constituye una *determinación normativa* de la misma (Kohlberg y Gilligan). Se ha discutido también acerca de si esta ética plantea o no una yuxtaposición entre el cuidado y la justicia, toda vez que el "cuidado" se actualiza en una *intersubjetividad inmediata* –el ámbito del cara a cara entre personas concretamente situadas– y, por el contrario, la "justicia" se actualiza en una *intersubjetividad mediata o mediada* –la serie de los principios universales que rigen todo acto o toda relación humana– . Esto es claro en ellos trabajos de Noddings(86), Tronto(87) y Held(85).

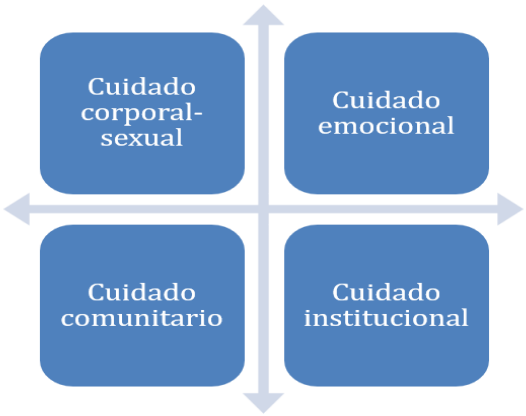
Otra de las discusiones que se han adelantado remiten a la problemática del género, planteando interrogantes acerca de si la ética del cuidado constituye un paradigma emancipatorio para las mujeres o si, por el contrario, se corresponde tan sólo con un esencialismo materialista poco adecuado para la trabajo científico y humanístico. Aquí son importantes los trabajos de Crenshaw(88).

Finalmente y, aunque podrían señalarse muchas más discusiones en torno a este paradigma del desarrollo moral, se ha discutido sobre el poder y la injusticia en torno al cuidado, dado el hecho de que las relaciones sociales en la modernidad, en cuanto tejido intersubjetivo actual o contemporáneo, entrañan situaciones de dominación y de explotación, de modo que el cuidado deja de ser, *per se*, un gesto o una acción "buena", pues la distribución social de los cuidados no suele ser equitativa sino inequitativa, sobrecargando a las mujeres bajo condiciones de nulo reconocimiento o de abierta desigualdad. Los trabajos de Tronto(84,87) y Kittay(89) son aleccionadores al respecto.

Ahora bien, para la presente investigación sobre ASP en Bogotá, y contando con el análisis de la correlación entre ESA, CO y PC/A, enmarcadas en los DSS, el concepto que de la ética del cuidado mejor se ajusta a sus objetivos, no es la del cuidado entendido como "voz" o "estilo de razonamiento", sino aquel que determina la ética del cuidado como *práctica relacional* y, por lo tanto, como *práctica ético-política* el cual ha sido desarrollado, principalmente, por Tronto y, luego, profundizada por Held(80), Kittay(81) y Bubeck(82) –que de todas maneras no pierde el anclaje situacional que le proporcionara, originalmente, Carol Gilligan–. La definición operativa de este concepto señala el "cuidado" como el *conjunto de prácticas situadas o localizadas que permiten sostener, reparar y hacer vivible el mundo de la vida*. Se está, pues, ante prácticas que atraviesan los cuerpos, los vínculos intersubjetivos, los entornos comunitarios y las instituciones sociopolíticas.[3] A continuación se verá cómo,

[3] Se considera que esta determinación conceptual es la más adecuada, incluso por encima de su determinación propiamente psicológica, en la medida en que los hallazgos que la investigación sobre ASP persigue, en este caso, trascienden la relación cara-a-cara entre las personas. La importancia del entorno -que hace analítica y estructuralmente importantes las DSS y las CO-, obliga esa trascendencia. También porque la mirada puesta sobre las CO y su relación con las PC/A exige pensar el

analíticamente, este cuidado se extiende a diversos ámbitos de las relaciones intersubjetivas cubriendo los diversos ángulos éticos de la persona individualmente considerada, pero colectivamente comprendida.



Esquema 2. Cuatro ámbitos del cuidado

> *Aclaraciones al esquema precedente:* el esquema presenta cuatro ámbitos en los que el cuidado, como comprensión relacional y como práctica ético-política, se actualiza. La relación entre estos ámbitos no es, por supuesto, una relación jerárquica o derivada, sino de determinación recíproca, ya que lo uno puede incidir en lo otro de acuerdo con el tipo de relaciones sociosanitarias en las que se insertan y de acuerdo con las modalidades en las que se manifiestan y se movilizan los activos en salud. La cruz los relaciona dividiendo el campo e indicando su especificidad, pero la vista de conjunto permite entrever su necesaria correlación.

A continuación, se presentan las definiciones operativas con las que se trabaja la descripción analítica y la comprensión interpretativa de las PC/A de acuerdo con lo indicado anteriormente acerca de la perspectiva salutogénica y la ética del cuidado. Es preciso indicar que estas definiciones son propuestas como resultado de la amalgama entre dicha perspectiva y dicha ética, toda vez que la *artesanía intelectual* del diseño mixto lo habilita. También es preciso indicar que es precisamente en este punto donde aparece la distinción entre *cuidado* como dimensión colectiva fundamental de las comunidades humanas, y el *autocuidado* como dimensión individual.

3.4.3. El cuidado corporal-sexual (CC-S)

Es el conjunto de acciones, decisiones y arreglos intersubjetivos mediante los cuales las personas que realizan ASP buscan proteger su integridad corporal y sexual, sostener el bienestar y reducir los eventuales daños que podrían experimentar en su vida cotidiana y por causa de sus CO. Este cuidado moviliza recursos disponibles –conocimientos, insumos y tecnologías de protección, estrategias de negociación cara-a-cara con sus clientes, redes de apoyo y servicios sociales y de salud— con el propósito de afrontar toda clase de riesgos biomédicos (ITS, lesiones, exposición a sustancias), riesgos psicosociales (estrés, ansiedad, desgaste emocional), y riesgos ocupacionales y de seguridad (violencia, coerción, extorsión, control de terceros), así como también para responder a la vulneración

cuidado como trabajo, como recurso, riesgo, organización, etc. Y finalmente porque el cuidado mismo conlleva problemáticas sobre la equidad de su distribución como carga en las relaciones sociales pautadas por el sistema sexo-género.

social de los derechos y a las barreras institucionales que impiden el acceso al bienestar en general(91)(92)

En la perspectiva que articula salutogénesis y la ética del cuidado, el CC-S se comprende como un comportamiento individual y colectivo, el cual incrementa la comprensibilidad de la salud por parte de la persona en la medida en que esta puede identificar, nombrar y evaluar los riesgos a los que está expuesta, sus propias señales corporales y los escenarios que pueden constituir una amenaza para la integridad de su salud. Incrementa también la manejabilidad en la medida en que el cuidado del cuerpo requiere de la activación de apoyos, de insumos, de protocolos, redes y servicios al tomar decisiones que procuran la salud evitando o tratando, adecuadamente, la enfermedad. Y también incrementa la significatividad en la medida en que el CC-S dota de sentido la protección propia (el autocuidado) y la protección entre pares (el cuidado), añadiendo a lo propiamente objetivo un correlato subjetivo que refiere la promoción de la dignidad personal y la ayuda mutua como práctica colectiva. Este cuidado –que también es autocuidado– expresa toda una serie de *responsabilidades subjetivas e intersubjetivas*, las cuales permean la negociación de alcances y límites transaccionales en cuanto al consentimiento de la relación sexual, así como también respuestas morales prácticas frente a contextos situacionales que se encuentran atravesados por el estigma, por diferentes violencias y por las barreras institucionales que le condicionan(83)(84).

3.4.4. El cuidado emocional (CE)

Se define operativamente como el conjunto de prácticas, individuales y colectivas, a través de las cuales las personas que realizan ASP reconocen, nombran y gestionan sus *personales estados afectivos* (el estrés, el miedo, la vergüenza, la rabia, la tristeza, el agotamiento, etc.), movilizando recursos comunicativos para sostener su propio bienestar y reducir los daños a los que se encuentran expuestas en su vida cotidiana y por causa de sus condiciones ocupacionales.

En articulación teórica con la perspectiva salutogénica y con la ética del cuidado, el Cuidado CE puede formularse de modo explícito como una práctica individual y colectiva de gestión de estados afectivos orientada hacia la maximización del bienestar y a minimizar el malestar de las personas, cuya función es nutrir el SOC al dotar de contenido concreto sus tres componentes. En primer lugar, el CE incrementa la comprensibilidad cuando, mediante la escucha, la conversación entre pares y la elaboración compartida de lo vivido, las personas nombran y ordenan lo que sienten, reconocen disparadores, anticipan estresores y convierten experiencias difusas en relatos inteligibles. En segundo lugar, fortalece la manejabilidad cuando activa recursos reales para afrontar la carga emocional: el apoyo mutuo, los acuerdos de cuidado, los límites sobre la intimidad, la distribución o la negociación de las cargas, las "microprácticas" de regulación emocional, los rituales cotidianos de alivio y, cuando es necesario, la búsqueda de ayuda (formal e informal), incluyendo la activación de redes y de rutas de atención. En tercer lugar, amplifica la significatividad cuando esas prácticas permiten sostener un sentido de dignidad y de propósito, reafirmando valores de autocuidado y de cuidado recíproco, y transformar el afrontamiento de la vulnerabilidad -propia y ajena- en un motivo legítimo para perseverar y decidir. En consecuencia, el CE se reconoce en narrativas y en trayectorias concretas donde se expresan las estrategias de afrontamiento, las redes de apoyo, el manejo de las crisis y el acceso a los servicios sociosanitarios, mostrando cómo el cuidado no solo "acompaña" la experiencia, sino que también la vuelve más comprensible, más manejable y más significativa.(85)(86).

3.4.5. El cuidado comunitario (CC)

Se define, operativamente, como el conjunto de prácticas, vínculos y arreglos colectivos –formales e informales– a través de los cuales, en un territorio urbano específico, se sostienen condiciones de vida

y de salud a través del apoyo mutuo, circulación de información, acompañamientos, normas de protección, activación de redes y articulaciones (o negociación) con servicios e instituciones.

La conjunción entre salutogénesis y ética del cuidado permite concebir el CC, a la vez, como un *activo en salud* y como un *recurso de resistencia* que fortalece el SOC a escala intersubjetiva, haciendo de la experiencia algo más comprensible, manejable y significativo y, al mismo tiempo, creando marcos compartidos, recursos disponibles y motivos ético, moral y políticos para el cuidado. En cuanto práctica moral y política de corresponsabilidad, el CC distribuye las cargas, atiende las vulnerabilidades y controvierte el estigma y las violencias. En consecuencia, este será observable en *repertorios de acción concreta* (redes sociales construidas entre pares, protocolos informales de seguridad, acompañamientos, "rutas" comunitarias de atención, espacios de conversación y reflexión, acciones de exigibilidad o mediación institucional, etc.) y se analiza en relación con los DSS y con las condiciones de poder que habilitan o restringen las posibilidades reales del cuidado en un determinado territorio(87).

3.4.6. El cuidado institucional (CI)

Se define operativamente como el conjunto de prácticas, dispositivos y condiciones de atención normativas y organizacionales a través de las cuales las instituciones públicas (principalmente aquellas relacionadas con los servicios de salud y con programas sociales de integración social) posibilitan u obstaculizan el acceso efectivo, oportuno y digno de las personas que practican ASP a los programas públicos orientados al bienestar de la población.

En su conjunción teórica con la perspectiva salutogénica y la ética del cuidado, el CI se com-prende, a la vez, como un *activo en salud* capaz de fortalecer el SOC. Así, las personas pueden transitar por los sistemas de atención de un modo más comprensible obteniendo información clara y recibiendo –por parte de funcionarios(as) y empleados(as) públicos(as)– un trato exento de estigmatizaciones. También posibilita una habituación del cuerpo, del cuidado de la salud, más manejable en relación con la disponibilidad real de recursos materiales e inmateriales, con la continuidad y el acompañamiento institucional brindado a las personas que practican ASP en temas de salud pública. Finalmente, el CI hace más significativa la experiencia personal y colectiva de la salud pública en la medida en que facilita el reconocimiento social, la escucha interactiva en espacios de participación, y la pertinencia de las intervenciones públicas en las relaciones sociales. Se trata, pues, como un campo ético, moral y político de orientación práctica en el que se juega la *responsabilidad institucional* frente a la promoción de la salud y la garantía de derechos ciudadanos(85)(88).

En consecuencia, el CI será observable en las *trayectorias de acceso* (búsqueda, entrada, permanencia y salida) a los servicios de salud, en la calidad de los vínculos que se construyen con el personal y con los procedimientos, en las barreras o facilitadores (burocráticos, simbólicos y territoriales), y en los *mecanismos de articulación intersectorial*. El análisis acerca de cómo las instituciones contribuyen a la producción –o erosión– de condiciones sociales para el cuidado y autocuidado en contextos socioculturales atravesados por el estigma, las violencias y desigualdad, es precisamente lo que el CI, en cuanto concepto, posibilita.

3.4.7. Balance categorial

Las PC/A se definen, en este marco conceptual, como un campo de acciones y arreglos situados —individuales, relacionales, comunitarios e institucionales— mediante los cuales las personas producen, sostienen y negocian bienestar y reducción de daños en contextos de desigualdad, estigma, violencias y barreras de acceso, articulando sentidos, recursos y vínculos en el territorio. En la conjunción entre salutogénesis y ética del cuidado, las PC/A se comprenden simultáneamente como estrategias de

resistencia y producción de salud que movilizan activos personales, comunitarios e institucionales para hacer la vida más comprensible, manejable y significativa frente al estrés y la vulneración, y como una racionalidad moral relacional que prioriza la responsabilidad por el/la otro/a, la atención a vulnerabilidades concretas y la negociación de interdependencias cuando los marcos normativos e institucionales fallan o excluyen. Operativamente, esta categoría se desglosa en dimensiones analíticas interconectadas —cuidado corporal-sexual, cuidado emocional, cuidado comunitario y cuidado institucional— entendidas como repertorios prácticos observables en narrativas, decisiones y trayectorias (negociación de límites y condiciones, uso de insumos y estrategias de seguridad, apoyo entre pares, gestión emocional, activación de redes, y acceso/uso estratégico de servicios), que median entre DSS, riesgos en SST y bienestar/estado de salud autopercibido, permitiendo interpretar cómo el cuidado reordena riesgos, recursos y relaciones de apoyo mutuo en escenarios urbanos específicos.

3.5. Antecedentes Normativos

La formulación de la PP-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 ASP 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 realizan 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 las ASP que se realizan voluntariamente 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 realizan ASP 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 PP-ASP (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 estima, 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, scorts que se publicitan en redes y plataformas, y formas híbridas de las ASP 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 3. 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 realizan 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 las ASP voluntariamente realizadas de la trata y la explotación forzada.
CEDAW	Obliga a eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer en la vida pública y privada.	Fundamenta la protección de los derechos laborales, sexuales y reproductivos de mujeres que realizan 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 realizan ASP de manera voluntaria.

Tabla 4. Jurisprudencia clave de la Corte Constitucional

Sentencia	Año	Eje central	Relevancia para ASP
T-629	2010	Reconoce la prostitución voluntaria como actividad lícita y la posibilidad de relación laboral con pleno reconocimiento de derechos.	Afirma que quienes realizan 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 realizan ASP frente a decisiones administrativas.
T-594	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 (aunque luego fue anulada).	Visibiliza la intersección entre migración, ASP y explotación, y la necesidad de protección reforzada.

Tabla 5. 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 6. 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 7. 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 8. 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 sexual; agotamiento y lesiones por largas jornadas.	Derecho a la vida, a la salud, a la integridad personal, a 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 9. 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 las ASP.	Violencia transfóbica, discursos de odio, agresiones específicas, mayor vulnerabilidad social y económica.

Tabla 10. 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 11. 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 realizan 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 realizan 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 PP-ASP en Bogotá configura un escenario en el que las ASP voluntariamente realizadas 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 de las ASP en la ciudad.

4) Pregunta y objetivos

El planteamiento del problema y la formulación de la pregunta de investigación buscan condensar, de manera articulada, las dinámicas en salud de las personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas, en Bogotá. A partir de los antecedentes revisados, se reconoce que esta población se enfrenta a múltiples condiciones de contexto que influyen sobre la salud, ligadas a sus condiciones ocupacionales 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 los determinantes sociales en salud, el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales, y las prácticas de cuidado y autocuidado en las personas que realizan ASP.

4.1.) Pregunta-problema

¿Cuál es el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas, en el marco de los determinantes sociales de la salud y a través de los enfoques poblacional, diferencial y de género, Bogotá, en el año 2026?

4.2.) Objetivo general

Analizar, desde los determinantes sociales de la salud y mediante los enfoques poblacional, diferencial y de género, el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas en Bogotá.

4.2.1.) Objetivos específicos

1. *Describir* las características poblacionales de las personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas en Bogotá.

2. *Conocer* el estado de salud autopercibida de las personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas en Bogotá.

3. *Identificar* las condiciones ocupacionales en las que se realizan Actividades Sexuales Pagadas en Bogotá.

4. *Indagar* las prácticas de cuidado/autocuidado de las personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas en Bogotá.

5. *Explorar* las percepciones, narrativas y significados que las personas vinculadas, Directa o indirectamente, a las Actividades Sexuales Pagadas en Bogotá, atribuyen al estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales de su actividad y a las prácticas de cuidado y autocuidado que realizan.

6. *Analizar,* desde los enfoques poblacional, diferencial y de género, el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado que han adoptado las personas vinculadas, directa o indirectamente, a las Actividades Sexuales Pagadas en Bogotá.

7. *Integrar* los hallazgos cuantitativos y cualitativos sobre el estado de salud autopercibida, las prácticas de cuidado y autocuidado y las condiciones ocupacionales de las personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas en Bogotá desde los determinantes sociales en salud.

5. Marco Metodológico

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 el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado desde los determinantes sociales en los distintos grupos de personas que realizan ASP en los territorios de Bogotá. Por otro lado, es necesario tener una aproximación cualitativa que posibilite explorar las percepciones, narrativas y significados que las personas vinculadas, directa o indirectamente, a las ASP en Bogotá y como atribuyen al estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales de su actividad y a las prácticas de cuidado y autocuidado que realizan, también permitirá analizar, desde los enfoques poblacional, diferencial y de género, el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de la población de estudio.

En el enfoque mixto la 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 profunda del fenómeno de estudio.

5.1. Diseño Cuantitativo

El componente cuantitativo del estudio se estructurará bajo un diseño descriptivo de corte transversal, orientado a aportar a analizar desde los determinantes sociales de la salud y mediante los enfoques poblacional, diferencial y de género, el estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de las personas que realizan ASP en Bogotá.

Población blanco: Está constituida por todas las personas que realizan ASP en Bogotá, incluyendo las diferentes modalidades del ejercicio.

Población de referencia: Corresponde al conjunto de personas que realizan ASP en las localidades de Bogotá.

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 selección

Criterios de inclusión

a) Ser una persona mayor de 18 años.
b) Ejercer ASP al momento del estudio.
c) Desarrollar la actividad en las diferentes localidades de Bogotá.
d) Aceptar participar voluntariamente en el estudio mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión

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(89).

$n_0 = (Z^2 \times p \times (1 - p)) / d^2$
$n = n_0 / [1 + (n_0 - 1) / N]$
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: 2 (heterogeneidad entre puntos de captación)

En primera instancia, se calculó el tamaño de muestra teórico sin considerar la corrección por población finita, utilizando los siguientes parámetros: tamaño de la población operativa (N = 7.000 personas), proporción esperada (p = 0,50), nivel de confianza del 95 por ciento (Z = 1,96) y error absoluto permitido del 4 por ciento (d = 0,04). La fórmula base para estimar proporciones en estudios transversales es $n_0 = (Z^2 \times p \times (1 - p)) / d^2$. Al reemplazar los valores, se obtuvo un tamaño inicial de 600 participantes.

Posteriormente, se aplicó la corrección por población finita mediante la expresión $n = n_0 / [1 + (n_0 - 1) / N]$, lo cual ajustó el tamaño de muestra a 552,9 personas. Dado que el estudio contempla escenarios con potencial heterogeneidad entre puntos de captación, se incorporó un efecto del diseño de 2, tal como es recomendado cuando se espera variabilidad adicional por el tipo de muestreo y el contexto operativo. Posteriormente se volvió a ajustar mediante la expresión n ajustada = n × efecto del diseño, lo que resultó en un tamaño de muestra estimado de 1106 personas.

5.1.2. 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.

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(90). Esta técnica es especialmente útil en contextos donde las poblaciones se congregan en micro-escenarios o puntos de actividad, como establecimientos nocturnos, zonas de trabajo en vía pública y entornos semiformales de comercio sexual.

También se establecerán cuotas territoriales y referencias controladas. El muestreo se construirá a partir del marco operativo proporcionado por la Secretaría Distrital de la Mujer(91), que identificó 357 establecimientos y puntos de captación de ASP en la actualización de la caracterización de personas que realizan ASP de 2022. Sobre esta base se programarán visitas sistemáticas por localidad, tipo de establecimiento y franjas horarias que faciliten la captación respetando la dinámica laboral de las participantes.

Las cuotas por localidad actuarán como mecanismo de control para asegurar una representación territorial equilibrada y coherente con la evidencia disponible. La distribución espacial de la población objetivo tendrá en cuenta Los Mártires, Kennedy, Chapinero y Santafé, Barrios Unidos, Tunjuelito, seguidos por proporciones más bajas en localidades como Fontibón, Suba, Rafael Uribe Uribe, Engativá, Bosa, Antonio Nariño, Usaquén, Puente Aranda, Usme, Ciudad Bolívar, Teusaquillo, La Candelaria, San Cristóbal. Por ello, la estrategia considera la densidad de establecimientos y puntos de captación identificados en cada localidad.

La estrategia de referencias controladas permitirá vincular personas que no se encuentren presentes en los establecimientos durante las visitas. Se solicitará a algunos participantes que remitan contactos adicionales, limitando el número de referencias por persona y monitoreando el origen territorial para evitar concentración en redes específicas. Las cadenas se cerrarán de forma controlada para evitar acumulación de casos en pocos nodos, es decir que no se permitirá que la cadena tenga más de tres contactos por persona.

5.1.3. Procedimiento para la asignación territorial de cuotas

La asignación de cuotas a cada localidad parte del tamaño muestral total del estudio, equivalente a 1106 personas. Para distribuir este total en el territorio se emplearon tres insumos provenientes del Diagnóstico de la PP-ASP y de la actualización de la caracterización de personas que realizan ASP de 2022:

El tamaño aproximado de la población de cada localidad permite establecer la escala concentración de la población de cada zona.

El número estimado de establecimientos ASP por localidad según el operativo 2022, que permite identificar zonas de alta, media y baja concentración, entendiendo las zonas de la siguiente manera:

Zona de alta concentración: es la categoría que agrupa localidades donde se identifican treinta (30) o más establecimientos ASP. Este volumen indica una presencia intensa y sostenida de la actividad, con alta densidad de puntos de captación y un flujo permanente de población vinculada.

Zona de concentración media: incluye localidades donde se identifican entre diez (10) y veintinueve (29) establecimientos ASP. Aquí la actividad se distribuye en corredores o micro-zonas específicas, con una dinámica estable pero menos intensa que en las zonas de alta concentración.

Zona de baja concentración: corresponde a localidades donde se identifican menos de diez (10) establecimientos ASP. La actividad se presenta de forma dispersa o marginal, sin configurar zonas consolidadas.

Con estos insumos se asignó a cada localidad un peso proporcional que refleja la concentración real del fenómeno y la distribución operativa de los establecimientos. El peso proporcional se aplicó al tamaño de muestra de 1106 personas, verificando que la suma de las cuotas asignadas mantuviera la estructura territorial descrita en los documentos oficiales y garantizara la viabilidad operativa de la captación en terreno.

La cuota asignada a cada localidad se calculó en tres pasos consecutivos:

Primero se hizo la asignación de un peso relativo a cada localidad.

A partir de la información de la Caracterización y del Diagnóstico de personas que realizan ASP se determinó, para cada localidad, un peso relativo que refleja su participación en el fenómeno. Este peso integra:

a) la concentración observada de personas que realizan ASP en la localidad, y
b) el número de establecimientos o puntos de captación registrados.

El resultado es un porcentaje de peso para cada localidad que, en conjunto, suma el 100 por ciento. En el cuadro estos valores aparecen en la columna "Concentración de personas que realizan ASP observada" o "peso ponderado (%)".

5.1.4. El cálculo de la cuota teórica

Una vez definido el peso de cada localidad, se calculó la cuota teórica de encuestas aplicando la siguiente expresión:

$$\text{cuota localidad } i = (\text{peso localidad } i \,/\, 100) \times 1106$$

Donde 1106 corresponde al tamaño muestral total.
Este cálculo se realizó para cada localidad, obteniendo un valor numérico que puede tener decimales.

Luego se redondeó y ajustó al total de la muestra. Los valores obtenidos se redondearon al número entero más cercano para facilitar la planificación operativa.

Después del redondeo se verificó que la suma de todas las cuotas coincidiera con 1106. Cuando la suma excedió o quedó por debajo de 1106 en una o dos unidades, se ajustó la cuota de una localidad de alta concentración restando o agregando una unidad, manteniendo la proporcionalidad general entre localidades.

A continuación, se presenta un ejemplo con la localidad de Los Mártires, en donde el peso relativo asignado fue de 21,4 por ciento. El cálculo se realizó así:

$$\text{cuota Los Mártires} = 0{,}214 \times 1106 = 236{,}68$$

Este valor se aproximó a 236 encuestas, en coherencia con el resto de la distribución y asegurando que la suma global de cuotas se mantuviera en 1106.

Tabla 12. Cuadro técnico consolidado de asignación territorial de cuotas

Localidad	Población aproximada	Concentración de personas que realizan ASP observada	Establecimientos ASP estimados	Cuota asignada (n=1106)
Los Mártires	115000	Muy alta	50 o más	236
Kennedy	1180000	Alta	45 o más	221
Chapinero	165000	Alta	35 o más	121
Santafé	95000	Alta	30 o más	100
Barrios Unidos	250000	Media	15	77
Tunjuelito	200000	Media	12	74
Fontibón	420000	Media	8 a 10	43
Suba	1300000	Baja	8	39
Rafael Uribe	370000	Baja	7	35
Engativá	900000	Baja	6	33
Bosa	850000	Baja	6	33
Antonio Nariño	120000	Baja	3	19
Usaquén	500000	Baja	3	18
Puente Aranda	330000	Baja	3	18
Usme	400000	Baja	2	13
Ciudad Bolívar	750000	Baja	2	12
Teusaquillo	150000	Baja	1	8
La Candelaria	25000	Baja	1	6
San Cristóbal	420000	Baja	1	6

Este cuadro integra la información de la población de las localidades, la concentración real de la población objetivo y la disponibilidad de establecimientos ASP por localidad, resultando en una distribución que refleja de manera coherente la intensidad del fenómeno en Bogotá. Las localidades de alta concentración reciben las cuotas más amplias, mientras que las localidades con micro-focos o presencia marginal reciben cuotas reducidas pero suficientes para representar la diversidad territorial.

5.1.5. Consideración de las cuotas según enfoque de género

La distribución porcentual por enfoque de género se define para toda la muestra del estudio con base en la información reportada en el informe Actualización de la caracterización sobre Personas que Realizan ASP en Bogotá, elaborado por el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de la Secretaría Distrital de la Mujer en el año 2022. En dicho documento se describe la composición de la población que realiza ASP en la ciudad, según la cual el 91,8 por ciento de las personas se identifica con el género femenino, el 4,9 por ciento como personas transgénero, el 2,4 por ciento con el género masculino, el 0,5 por ciento como personas no binarias y el 0,4 por ciento prefiere no declarar su identidad de género.

Estos porcentajes se adoptan como regla fija para la asignación de cuotas por identidad de género y se aplican de manera uniforme a la cuota total definida para cada localidad. De esta forma, el número esperado de encuestas por identidad de género en cada territorio se obtiene multiplicando la cuota local por el porcentaje correspondiente. Operativamente, el equipo de campo contará con una matriz

de seguimiento que permitirá monitorear el avance de la captación por localidad y por identidad de género, asegurando la coherencia entre el tamaño muestral, la distribución territorial y la estructura poblacional reportada en el documento de referencia.

Estos porcentajes se aplican directamente a la cuota total asignada a cada localidad, de manera que el número esperado de encuestas por género en cada territorio se obtiene multiplicando la cuota local por el porcentaje correspondiente al género. Operativamente, el equipo de campo contará con una matriz en la que, para cada localidad, se consignan la cuota total y las cuatro proporciones de género, junto con el cálculo resultante del número de encuestas previstas en cada categoría de género. Los valores se redondearán al entero más cercano y se verificará que, tanto a nivel de cada localidad como en el total agregado, la suma de las cuotas por género coincida con el tamaño muestral y mantenga las proporciones definidas. Esta misma matriz será el insumo de seguimiento durante el trabajo de campo, permitiendo monitorear, por localidad y por género, el avance porcentual de la captación y orientar las decisiones para completar las cuotas faltantes sin perder la estructura porcentual diseñada.

En las localidades con cuotas muestrales pequeñas, esta distribución por enfoque de género se procurará cumplir en el mayor grado posible, reconociendo las limitaciones operativas que pueden presentarse en territorios con menor tamaño de muestra. Por tal razón, el proceso de muestreo no se realizará mediante convocatoria abierta, sino a través de una búsqueda intencionada y dirigida de los perfiles requeridos, orientada específicamente a garantizar la inclusión proporcional de las identidades de género definidas. Esta estrategia permite minimizar el riesgo de sesgos de captación asociados a la sobre-representación de determinados grupos y contribuye a salvaguardar la coherencia del enfoque de género del estudio, asegurando que incluso en contextos de baja cuota se mantenga, en la medida de lo posible, la estructura poblacional de referencia y la perspectiva diferencial que fundamenta el diseño metodológico.

5.1.6. Tabla de operacionalización de variables e instrumentos de recolección según los objetivos

A continuación se presenta la tabla de variables operacionalizadas del estudio, en la que se consigna para cada variable su definición operativa, el enfoque de medición y el nivel de medición correspondiente, (Ver anexo N°6.)

a) Datos sociodemográficos

Definición en salud pública:

Los datos sociodemográficos corresponden al conjunto de características estructurales que describen a una población y permiten comprender su posición social, económica y cultural dentro de un contexto determinado. Estos datos constituyen la base para identificar desigualdades, segmentar grupos poblacionales y analizar inequidades en salud.

Enfoque cuantitativo:

Desde la investigación cuantitativa, los datos sociodemográficos se miden mediante variables objetivas y categorizables, tales como:

a) Edad
b) Sexo y género
c) Nivel educativo
d) Estado civil

e) Ocupación
f) Ingresos
g) Lugar de residencia (urbano/rural)
h) Afiliación al sistema de salud
i) Estrato socioeconómico

Estas variables permiten realizar análisis estadísticos, comparaciones entre grupos y modelamientos de riesgo.

Enfoque cualitativo

Desde el componente cualitativo, los datos sociodemográficos se interpretan como experiencias vividas que influyen en trayectorias de vida, acceso a oportunidades y percepciones de salud. Por ejemplo:

a) Significado del nivel educativo en la toma de decisiones
b) Experiencias de exclusión asociadas al género o la edad
c) Narrativas sobre movilidad social o precariedad laboral

Valor en investigación mixta:

La integración de ambos enfoques permite no solo describir quiénes son las personas, sino comprender cómo su posición social influye en su salud, comportamientos y vulnerabilidades.

b. Determinantes sociales de la salud:

Definición en salud pública:

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que influyen de manera decisiva en su estado de salud. Estos determinantes explican gran parte de las desigualdades sanitarias observadas entre poblaciones.

Enfoque cuantitativo:

En estudios cuantitativos, los determinantes sociales se operacionalizan mediante indicadores como:

1. Condiciones de vivienda
2. Derecho a la alimentación adecuada
3. Acceso a servicios de salud
4. Tipo de empleo y estabilidad laboral
5. Jornada de trabajo
6. Ingresos económicos
7. Acceso a educación
8. Redes de apoyo social

Estos datos permiten establecer asociaciones entre condiciones estructurales y resultados en salud (morbilidad, mortalidad, uso de servicios).

Enfoque cualitativo

Desde el enfoque cualitativo, los determinantes sociales se analizan a través de:

a) Relatos sobre barreras de acceso a servicios
b) Percepciones de discriminación o estigmatización
c) Experiencias de violencia estructural
d) Estrategias de afrontamiento ante la precariedad

Este enfoque visibiliza cómo las personas experimentan y resignifican los determinantes sociales en su vida cotidiana.

Valor en investigación mixta:

La investigación mixta permite cuantificar las desigualdades y, simultáneamente, explicar los mecanismos sociales y culturales que las producen y perpetúan, fortaleciendo el diseño de políticas públicas más justas y contextualizadas.

c. Caracterización de las actividades sexuales pagadas

Definición en salud pública:

La caracterización de las ASP se refiere al análisis sistemático de las condiciones en las que se realizan intercambios sexuales mediadas por remuneración económica o en especie, reconociéndolas como una realidad social compleja atravesada por factores económicos, de género, poder, derechos humanos y salud.

Desde la salud pública, este análisis se orienta a la prevención de riesgos, la promoción de derechos, y la reducción de daños, evitando enfoques moralizantes o estigmatizantes.

Enfoque cuantitativo:
El componente cuantitativo permite describir patrones y frecuencias, tales como:

- Edad de inicio en las ASP
- Tipo de actividad (presencial, virtual, acompañamiento, etc.)
- Número de clientes
- Uso de métodos de protección (condón)
- Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva
- Prevalencia de ITS
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Violencia asociada a la actividad

Estos datos facilitan la identificación de factores de riesgo y protección.

Enfoque cualitativo:

El enfoque cualitativo explora dimensiones subjetivas y contextuales, como:

- Motivaciones para el ingreso a las ASP
- Significados atribuidos al cuerpo, la sexualidad y el trabajo
- Experiencias de estigmatización social e institucional
- Relaciones de poder con clientes, intermediarios o autoridades
- Percepción de riesgos y estrategias de autocuidado

Este enfoque permite comprender la voz y agencia de las personas involucradas.

Valor en investigación mixta:

La investigación mixta posibilita una caracterización integral que:

- Evita la invisibilización de las personas
- Combina evidencia epidemiológica con comprensión social
- Orienta intervenciones en salud sexual desde un enfoque de derechos, género y equidad

d. Condiciones ocupacionales

Los factores de riesgo ocupacional corresponden a las condiciones y exposiciones derivadas del ejercicio laboral que pueden afectar la salud física, mental y social de las personas. En el caso de las ASP, estos riesgos se relacionan con la dinámica propia de la labor y con el entorno en el que se desarrolla, generando vulnerabilidades específicas que requieren atención en salud pública[8].

Desde la perspectiva cuantitativa, este módulo incluye variables objetivas que permiten caracterizar las condiciones ocupacionales y medir la exposición a diferentes tipos de riesgo:

- Riesgos biológicos (infecciones de transmisión sexual, exposición a fluidos corporales)
- Riesgos ergonómicos (posturas prolongadas, fatiga física)
- Riesgos físicos (ruido, iluminación, temperatura)
- Riesgos químicos (uso de sustancias, contacto con productos irritantes)
- Riesgos de seguridad (entornos inseguros, ausencia de protocolos de protección)
- Riesgos psicosociales (estrés, estigmatización, precariedad laboral)

Estas variables permiten cuantificar la frecuencia y magnitud de los riesgos, así como realizar comparaciones entre grupos y contextos.

e. Estrado de salud autopercibida

La autopercepción en salud se refiere a la valoración subjetiva que las personas hacen de su propio estado de bienestar físico, mental y social. En salud pública, constituye un indicador clave porque integra tanto síntomas objetivos como experiencias personales, y permite comprender cómo las personas interpretan su situación de salud y las decisiones que toman frente a ella. Desde la investigación cuantitativa, este módulo recoge variables que pueden ser medidas y categorizadas:

- Presencia de síntomas o dolencias específicas, diagnóstico previo de enfermedades crónicas, valoración subjetiva del estado de salud, "tratamientos actuales
- Limitaciones funcionales en la vida cotidiana
- Frecuencia de uso de servicios de salud
- Nivel de confianza en los servicios disponibles

Estas variables permiten establecer correlaciones entre la percepción subjetiva y condiciones objetivas de salud, así como identificar patrones de acceso y utilización de servicios.

f. Estrategias de cuidado y autocuidado

Las estrategias de cuidado y autocuidado se entienden como el conjunto de prácticas que las personas, familias y comunidades implementan para preservar su salud en todos los ámbitos, prevenir riesgos y promover su bienestar integral. Según las Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, estas estrategias reflejan la capacidad de agencia individual y colectiva frente a las condiciones sociales y laborales que pueden afectar la salud.

Desde la perspectiva cuantitativa, este módulo recoge variables objetivas que permiten medir la frecuencia y tipo de prácticas de autocuidado:

- Uso de preservativos y métodos de protección en el desarrollo de la actividad
- Asistencia a controles médicos y realización de exámenes periódicos
- Hábitos de higiene, alimentación y descanso
- Medidas de seguridad ocupacional (verificación de clientes, elección de lugares seguros, trabajo acompañado)
- Uso de elementos de protección física
- Estrategias para resguardar la privacidad y prevenir acoso, estrategias comunitarias de protección mutua, activación de redes de apoyo y acciones que fortalezcan el sentido de cuidado y autocuidado entre las personas que realizan ASP.

Estas variables permiten identificar patrones de autocuidado y evaluar su impacto en la reducción de riesgos ocupacionales y de salud.

5.1.7. Recolección de los datos y gestión de la calidad de la información

La recolección del componente cuantitativo se realizará mediante la aplicación del instrumento estructurado en los puntos de captación definidos por el muestreo por sitio y tiempo y la estrategia de referencias controladas (véase el Anexo N°1). Antes de cada aplicación se verificará el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión y se obtendrá el consentimiento informado. La información será registrada de manera directa en formularios digitales o físicos previamente codificados, garantizando condiciones de privacidad y confidencialidad durante la aplicación.

La gestión de la calidad de los datos se estructurará a través de controles en tres niveles. En primer lugar, se realizará una capacitación estandarizada del equipo de campo en el manejo del instrumento, los criterios de aplicación, los aspectos éticos y el enfoque diferencial, Plan de capacitación de las gestoras territoriales, (Anexo N°4). En segundo lugar, durante la recolección se llevará un control diario de formularios aplicados, avance de cuotas por localidad y por género, acompañado de una revisión básica de completitud y coherencia de los registros. En tercer lugar, se desarrollará una verificación periódica de la base de datos para depuración, detección de inconsistencias, verificación de duplicados y control de valores atípicos.

Antes del análisis estadístico se efectuará la limpieza final de la base de datos, que incluirá validación de saltos lógicos, recodificación de variables y consolidación del diccionario de datos. Todo el proceso se desarrollará bajo principios de confidencialidad, protección de datos personales y uso exclusivo de la información para fines de investigación.

5.1.7.1. Metodología utilizada para la realización de la encuesta

Se reunieron los siguientes investigadores de la Fundación Foro Cívico posterior a revisar la literatura pertinente del proyecto:

Nombre del investigador	Perfil del Investigador
Jenny López	Medica Psiquiatra, Especialista en Psiquiatría Perinatal, Psicoterapeuta Cognitiva y DBT, Magister en Educación y experta en salud mental de las mujeres y violencias de género.
Maritza Forero	Psicóloga especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Natalia Márquez	Enfermera salubrista, Especialista en Gerencia en Salud Pública y Magister en Salud Pública.
Alexander Casallas	Enfermero especialista en Neonatología y Docencia Universitaria y Magister en Epidemiología y Doctorando Salud Pública.
Diego De Antonio	Comunicador Social, Master en Gestión y Administración de Entidades Deportivas.
Daniel Cerón	Politólogo, Maestrante en Filosofía.
Alberto De Antonio	Abogado y Filósofo, Especialista en Administración Pública y Master en Desarrollo Educativo y Social.
Gonzalo Valbuena Oñate	Abogado, magister en Seguridad y Defensa Nacional

También se revisaron y tuvieron en cuenta instrumentos y escalas de referencia técnica y científica; entre las que se encuentran: SABE Colombia 2015: Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento; la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015; la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; las caracterizaciones de Actividades Sexuales Pagadas realizadas en Bogotá en 2017 y 2022; la Guía Técnica Colombiana GTC 45 del ICONTEC (2012); el Inventario de Burnout de Maslach (MBI); la Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial elaborada por el Ministerio de la Protección Social de Colombia y la Pontificia Universidad Javeriana (2010); el Cuestionario Nórdico Musculoesquelético (NMQ) de Kuorinka et al. (1987); y el Self-Reporting Questionnaire SRQ-20 de la Organización Mundial de la Salud.

Posteriormente se redactaron las preguntas por consenso de los diferentes módulos, inicialmente con un total 283 preguntas, las cuales en diferentes reuniones se fueron depurando y ajustando de acuerdo a la pertinencia, quedando en esta etapa un total de 252 preguntas. La encuesta fue enviada para revisión al equipo técnico de la Secretaría Distrital de Salud, quienes realizaron recomendaciones las cuales fueron atendidas.

La encuesta también fue enviada a diferentes secretarías distritales; Secretaría Distrital de Desarrollo Económico, Secretaría de la Mujer, Secretaría Distrital de Integración Social, Secretaría Distrital de Planeación, se tuvo una mesa de trabajo con estas entidades el día 27 de enero de 2026, en donde se realizaron recomendaciones a la encuesta las cuales se fueron ajustando de acuerdo a la pertinencia. Posterior a esta mesa de trabajo se tuvieron tres rondas más con el equipo técnico de la SDS donde se revisaron una a una cada pregunta y se hicieron los ajustes y depuración, finalizando este proceso el día jueves 12 de febrero 2026, quedando un total de 223 preguntas aprobadas en la encuesta.

Nombres y perfiles de personas de la Secretaría Distrital de Salud

Profesionales de la Secretaría Distrital de Salud	Perfil del par en la Investigación
Sebastián Pachón	Sociólogo con especialización en análisis de políticas públicas y métodos demográficos.
Mariana Carvajal	Antropóloga, Especialista en Políticas Públicas para la igualdad en América Latina y maestrante en Estudios Sociales de la Ciencia
Maribel Romero	Trabajadora social Especialista en Gerencia de Proyectos
Johanna Paola Gómez Ayala	Psicóloga, especialista en Desarrollo Humano

5.1.8. Prueba piloto del componente cualitativo

Previo al inicio de la recolección definitiva de información se desarrollará una prueba piloto del instrumento cuantitativo con el propósito de evaluar su funcionamiento integral en condiciones reales de aplicación. Esta etapa permitirá verificar la claridad semántica de los ítems, la coherencia interna del cuestionario, la operatividad de los filtros, así como la factibilidad del proceso de aplicación en campo en relación con tiempos, dinámica de interacción y registro de la información.

La prueba piloto se realizará con un grupo reducido de personas que realizan ASP en Bogotá y que cumplan los criterios de inclusión establecidos para el estudio principal. La selección se llevará a cabo mediante un muestreo intencional de alcance limitado, procurando incorporar diversidad en términos de modalidad de ejercicio de la actividad e identidad de género, con el fin de someter el instrumento a escenarios similares a los previstos en la implementación definitiva. Las personas participantes en esta fase no serán incluidas posteriormente en la muestra final, evitando así posibles efectos de familiarización con el instrumento.

Durante la aplicación piloto se administrará el cuestionario completo siguiendo el procedimiento operativo definido para el estudio. Se observará cuidadosamente la comprensión de cada bloque temático, identificando preguntas que generen ambigüedad, dificultad de interpretación o necesidad de aclaraciones adicionales por parte del equipo encuestador. Asimismo, se verificará el correcto funcionamiento de las rutas de respuesta condicionadas y la consistencia en la secuencia de los filtros, garantizando que la estructura lógica del instrumento permita una navegación adecuada entre secciones.

Se registrará el tiempo total de aplicación y la duración aproximada por bloques, con el fin de determinar si el instrumento resulta viable en términos de carga temporal para las personas participantes. De igual forma, se revisará la proporción de preguntas omitidas o con respuestas incompletas, identificando posibles patrones asociados a la formulación de los ítems, la sensibilidad temática o la extensión del cuestionario. Posteriormente, se realizará una revisión técnica preliminar de la base de datos obtenida en el piloto, orientada a detectar inconsistencias evidentes entre variables relacionadas, errores de digitación, dificultades en la codificación de respuestas y posibles ajustes necesarios en las categorías de respuesta.

Con base en los hallazgos derivados de esta fase, el equipo investigador podrá introducir modificaciones puntuales en la redacción de los ítems, en el orden de presentación de preguntas, en la estructura de opciones de respuesta y siempre que dichas modificaciones no alteren los objetivos sustantivos del estudio ni las variables previamente definidas en la tabla de operacionalización. Esta

etapa permitirá fortalecer la precisión del instrumento, optimizar su fluidez y reducir la probabilidad de errores sistemáticos durante el trabajo de campo definitivo.

La información recolectada en la prueba piloto tendrá un carácter exclusivamente metodológico y no será incorporada en el análisis final del estudio, dado que su finalidad es validar y ajustar el instrumento antes de su implementación formal. De esta manera, la fase piloto contribuye a consolidar la rigurosidad técnica del componente cuantitativo y a garantizar la calidad de los datos que serán recolectados en la fase principal de la investigación.

Número de personas	15 personas ASP
Lugar	Barrio Santa Fe, Localidad Mártires
Fecha	Martes 10 de Marzo

5.1.9. Técnicas de análisis de la información

El análisis de los datos cuantitativos se desarrollará en fases secuenciales orientadas a cumplir los objetivos del estudio y a garantizar una lectura integral del estado de salud autopercibida, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado en personas que realizan ASP en Bogotá.

En una primera fase se realizará un análisis descriptivo de la información. Las variables sociodemográficas, condiciones ocupacionales y de condiciones de vida se resumirán mediante frecuencias absolutas, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión, según la naturaleza de cada variable. Las variables categóricas se presentarán mediante tablas de frecuencia y las variables cuantitativas mediante promedios, medianas, desviaciones estándar o rangos intercuartílicos, según su distribución.

En una segunda fase se desarrollará un análisis bivariado orientado a explorar asociaciones entre las determinantes sociales de la salud y condiciones ocupacionales, así como entre estos y las prácticas de cuidado y autocuidado. Para este propósito se emplearán pruebas estadísticas acordes al tipo de variables, tales como chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para asociaciones entre variables categóricas, t de Student o pruebas no paramétricas para comparación de medias cuando se analicen variables cuantitativas entre dos grupos, y análisis de varianza cuando aplique. Se estimarán razones de prevalencia u odds ratio con sus respectivos intervalos de confianza del 95 %, cuando sea pertinente.

De manera transversal, los análisis se realizarán incorporando el enfoque diferencial, mediante estratificaciones por género, grupos de edad, modalidad de ejercicio de la actividad y localidad, cuando la distribución de los datos lo permita. Asimismo, se realizarán análisis comparativos entre localidades de alta, media y baja concentración, de acuerdo con la clasificación territorial establecida en el diseño muestral.

El procesamiento y análisis de los datos se realizará en paquete estadístico especializado R y Jamovi, garantizando la trazabilidad de los procedimientos, la reproducibilidad de los análisis y la generación de tablas y figuras que faciliten la interpretación de los resultados.

Los resultados de la fase cuantitativa permitirán identificar patrones, tendencias y brechas relevantes relacionadas con las dimensiones estructurales del riesgo, entendidas como las condiciones sociales, económicas, jurídicas, laborales e institucionales que inciden en la salud y el bienestar de las personas que realizan ASP. Estos hallazgos constituirán un insumo clave para orientar la recolección de información cualitativa, apoyando la selección de temas, categorías analíticas y preguntas de

profundización en las entrevistas o espacios de diálogo, con el fin de comprender los significados, experiencias y PC/A desde la perspectiva de las propias personas participantes.

5.2. Diseño Cualitativo

La aplicación de un diseño metodológico cualitativo en esta investigación es clave en la medida en que las CO, asociadas al ejercicio de las ASP no se entiende tan sólo como una exposición que sea medible, sino también como una configuración social de las prácticas individuales y colectivas, de las relaciones sociales, de las trayectorias biográficas y de las barreras institucionales que se imponen a la salud (el estigma, las violencias, las reglas del territorio, la interacción con los servicios de salud, las economías del cuidado, etc.): esto sólo se hace inteligible cuando se recuperan los significados que son atribuidos por las personas a las experiencias y a los procesos vitales por los cuales atraviesan o han atravesado, pero reconstruyendo tales significados a través de la voz de quienes protagonizan la realidad que es objeto de estudio. De hecho, en el abordaje de las DSS, la OPS/OMS insiste en que la comprensión de las causas complejas relativas a la inequidad en el acceso a la salud demanda que la investigación sea desarrollada desde una perspectiva epistemológica que articule las ciencias de la salud con las ciencias sociales. En esta perspectiva, la OMS reconoce que la *evidencia cualitativa* aporta un conocimiento valioso acerca de las necesidades, de los valores y las percepciones que tienen las personas e instituciones que intervienen, directa o indirectamente, de modo pasivo o activo, en el estado de la salud pública.

Metodológicamente, las guías institucionales en materia de salud pública han planteado que las entrevistas, los ejercicios de observación, la realización de grupos focales y la aplicación de otras técnicas participativas permiten responder a preguntas complejas y a orientar la acción social y la gestión pública de manera apropiada. Por esta razón resulta pertinente señalar que Colombia cuenta, en el plano normativo, con la Resolución 8430 de 1993(101)(92), la cual regula –a través de ciertos principios– la aplicación responsable de metodologías cualitativas: se trata de exigencias relativas a la protección de la privacidad de las personas, la identificación y la clasificación de los riesgos individuales y colectivos, asegurando la confidencialidad de la información recabada a través de la investigación y obteniendo un consentimiento informado de las personas participantes, además de prever todo tipo de salvaguardas específicas cuando la investigación se realiza en compañía de comunidades y de grupos subordinados (ver Anexo N°3).[4]

Un componente cualitativo que sea adecuadamente aplicado –en la medida en que sea participativo y con la máxima evitación de daños– permite que el proceso de conocimiento operacionalice las *obligaciones éticas* en el trabajo de campo, reduciendo los riesgos psicosociales y garantizando la validación y el control ético de tal proceso (ver Anexo N°3). Por esta razón, como parte de un estudio

[4] 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.

mixto, se desarrollará un estudio con enfoque cualitativo-participativo, de corte constructivista, en el que se integran aspectos de hermenéuticos, fenomenológicos y de teoría fundamentada, orientado hacia la comprensión e interpretación de las experiencias vividas por las personas que practican ASP en Bogotá, en relación con el ESA, las CO y las PC/A y enmarcando todo ello en los DSS. La participación se incorpora a través de espacios de devolución y validación interpretativa, y a través de la construcción conjunta de recomendaciones. El análisis seguirá una lógica interpretativa secuencial (el *círculo hermenéutico*), articulando los relatos con el marco de los DSS y con los enfoques poblacional, diferencial y de género, efectuando una reflexividad permanente en el proceso.

5.2.1. El diseño flexible de investigación

Teniendo en cuenta que la presente investigación parte de la pregunta por las CO, el ESA y las PC/A en el marco de los DSS que condicionan a las personas que practican ASP en Bogotá, el componente cualitativo atiende al desplazamiento del foco desde una visión centrada o restringida en las "conductas de riesgo" hacia una comprensión más amplia y situada, en la que la salud se entiende como un resultado de procesos sociales, económicos, políticos y culturales que atraviesan la vida cotidiana y las CO. A partir de esto, tanto las CO como los DSS no pueden interpretarse únicamente como "exposiciones" individuales, pues se producen y se reconfiguran en el entramado de violencias, normas informales del territorio, relaciones con fuerzas de control, barreras de acceso a servicios, redes de apoyo y repertorios de cuidado y autocuidado que las personas despliegan para sostenerse y protegerse. Por ello, antes de precisar los detalles del diseño metodológico, conviene subrayar la pertinencia componente cualitativo en la medida en que este permite reconstruir percepciones, narrativas y significados que expresan cómo se vive, se gestionan y se asumen las OC en las ASP, buscando hacer visible aquello que suele quedar por fuera de los registros institucionales y aportando conocimiento socialmente relevante para la toma de decisiones en materia de salud pública.

En este estudio, el componente cualitativo se asume como una *estrategia hermenéutico-fenomenológica* buscando interpretar y comprender cómo se configuran las CO asociadas a las ASP, en su relación con los DSS, el ESA y las PC/A, específicamente en contextos urbanos de Bogotá. En consecuencia, el componente cualitativo orienta la producción de evidencias hacia la reconstrucción de las percepciones, narrativas y significaciones de quienes realizan ASP, identificando los recursos, las barreras y las estrategias de afrontamiento que sostienen el cuidado. Como se verá, la recolección de información y la aplicación de técnicas analíticas se realizará dentro de un horizonte ético de cuidado.

El encuadre propuesto exige precisar, con mayor detalle, el *diseño de investigación* que orientará el estudio, dado que tal diseño no constituye una sola modalidad, sino un campo plural de perspectivas operacionales con supuestos, preguntas y estrategias propias susceptibles de ser combinadas(93). Es por ello que el problema de investigación que ha sido planteado, sus objetivos y las condiciones éticas del trabajo de campo con comunidades y grupos subordinados se desarrollará –en lo referente al componente cualitativo– a través de un *pluralismo metodológico de corte constructivista*.[5] Esto es de especial relevancia para la configuración del componente cualitativo en la medida en que explica el modo en que se articulan diferentes *enfoques interpretativos*(94). Así, lo que habitualmente se entiende como "diseño investigativo" es parcialmente trastocado en función de los objetivos planteados en el presente estudio.

[5] El "pluralismo metodológico de corte constructivista" se define como una postura epistemológico-metodológica según la cual no existe un único método "privilegiado" para conocer un fenómeno social, porque la realidad social es múltiple, está situada y co-construida en por la interacción entre las personas participantes, el grupo investigador y el contexto social. En razón de ello se justifica la articulación (de forma reflexiva y coherente) entre diversos enfoques interpretativos, diversas técnicas para la recolección de información y diversas técnicas de análisis, pero no para "verificar" un sentido unívoco, sino para ampliar la comprensión, contrastar las interpretaciones, recuperar voces heterogéneas y construir acuerdos interpretativos sobre percepciones, narrativas y significados en sentido polívoco(111)(94).

Teniendo en cuenta que en el componente cualitativo "el diseño se refiere al "abordaje" en general que habremos de utilizar en el proceso de investigación", el presente estudio combina el diseño *hermenéutico-fenomenológico* –que se distingue del fenomenológico empírico, trascendental o psicológico– con el diseño emergente –no sistemático– de teoría fundamentada explicando *cómo* y *para qué* se articula cada uno en dicho componente. Por ello, a continuación, se delimitará el *constructo* metodológico justificando la elección de sus componentes. Para ello es preciso señalar el carácter *flexible* del presente diseño, el cual ha sido claramente señalado por Nora Mendizábal, quien afirma lo siguiente:

> Un diseño flexible [...] alude sólo a «la estructura subyacente» de los elementos que gobiernan el funcionamiento de un estudio; se refiere a la articulación interactiva y sutil de estos elementos que presagian, en la propuesta escrita, la posibilidad de cambio para captar los aspectos relevantes de la realidad analizada durante el transcurso de la investigación. El concepto de flexibilidad alude a la posibilidad de advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio, que puedan implicar cambios en las preguntas de investigación y los propósitos; a la viabilidad de adoptar técnicas novedosas de recolección de datos; y a la factibilidad de elaborar conceptualmente los datos en forma original durante el proceso de investigación. Este proceso se desarrolla en forma circular; opuesto, por lo tanto, al derrotero lineal unidireccional expuesto anteriormente. Por lo tanto, la idea de flexibilidad abarca tanto al diseño en la propuesta escrita, como al diseño en el proceso de investigación(95).

La adopción, en el presente estudio, de un *diseño flexible* tiene dos consecuencias. La primera de ellas es que en el diseño del componente cualitativo la creatividad del diseño metodológico en cuanto al componente cualitativo –que ningún metodólogo recomendaría que estuviese preformado o estandarizado–, evidentemente, exige coherencia. La segunda es que tal coherencia debe articular elementos parciales en un todo operacionalizable.

Los diseños señalados presentan una *compatibilidad epistemológica* en la medida en que ambos pertenecen al paradigma cualitativo-interpretativo compartiendo una búsqueda que conduce a la *comprensión del sentido* desde la experiencia de los actores participantes en el fenómeno investigado. Por lo tanto, no existe contradicción ontológica ni epistemológica en la combinación de diseños en la medida en que ambos asumen la realidad como algo socialmente construido y el conocimiento como algo interpretativo y emergente(96)(97).

Ahora bien, teniendo en cuenta que los objetivos específicos 5 y 6 se pretende explorar y analizar, desde determinados enfoques, las percepciones, narrativas y significados de las personas que practican ASP, en relación con el ESA, las CO y las PC/A, enmarcados en las DSS, cada uno de los diseños se articulan de la siguiente manera:

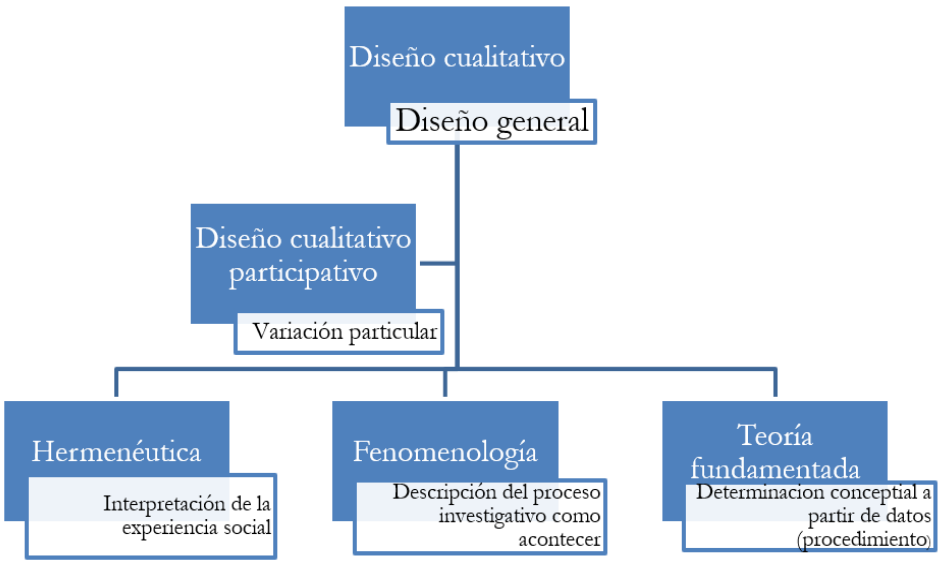
Tabla 13. Combinación de diseños

Comprensión experiencial	Hermenéutico-fenomenológico	Recupera la experiencia vivida por las personas que practican ASP y el significado que éstas atribuyen a tales experiencias.
Sistematización y teorización	Teoría fundamentada	A partir de narrativas interpretadas, se desarrollan categorías emergentes que permiten explicar cómo se configuran las relaciones entre DSS, ESA, OC y PC/A.

Entonces, mientras el diseño hermenéutico-fenomenológico permite *profundidad interpretativa,* el diseño de teoría fundamentada proporciona *rigurosidad analítica y poder explicativo.* Luego, teniendo en cuenta que la amalgama propuesta configura un *diseño cualitativo interpretativo integrado* (o de corte constructivista), el cual habilita la construcción de una *teoría sustantiva* sobre las ASP en Bogotá, esto requerirá que la recolección de información o de datos se realice a través de un único conjunto de técnicas, pero que la mixtura se exprese en la secuenciación analítica y en la iteración del muestreo cuyo planteo se mostrará más adelante.

5.2.2. La variante cualitativo-participativa

En el contexto urbano de Bogotá, marcado por la existencia de territorialidades y comunidades heterogéneas, el componente cualitativo-participativo es pertinente en la medida en que permite producir conocimiento con las personas que realizan ASP y no únicamente un conocimiento acerca de ellas(95). Esta orientación resulta particularmente adecuada para comprender e interpretar la relación entre el ESA, las CO y las PC/A, enmarcadas en los DSS, que suelen permanecer opacadas para enfoques externas que obliteran los saberes situados, las reglas informales del territorio, las redes de apoyo, los repertorios del cuidado y las negociaciones cotidianas que estructuran tanto la exposición a riesgos como las acciones para enfrentarlos. Al incorporar a las y los participantes en la interpretación de percepciones, narrativas y significaciones y en la elaboración de recomendaciones, el componente cualitativo-participativo contribuye a la construcción de un *conocimiento socialmente relevante y validado* de máxima pertinencia para la toma de decisiones públicas, lo que aumenta sus posibilidades de ser traducido en orientaciones realistas para la salud pública y para la garantía de los derechos ciudadanos.



Esquema 3. Diseño cualitativo

Aclaraciones al esquema precedente. El esquema muestra una relación jerárquica entre los elementos que componen el diseño cualitativo de la investigación. La relación entre el diseño general y su variación particular propone la existencia de una modalidad a la que se añaden otras determinaciones. La hermenéutica, la fenomenología y la teoría fundamentada cumplen funciones de modulación en la medida en que añaden cualidades distintas a la modalidad: la primera y la segunda añaden

cualidades interpretativas y descriptivas, y la tercera una cualidad procedimental.

Esta variación del componente cualitativo puede entenderse como una orientación interpretativa y transformadora que concibe el conocimiento como una construcción situada y co-producida entre el equipo investigador y los sujetos/actores directamente implicados. En términos operativos, esto se concreta a través de un conjunto de elementos constitutivos:

1) una *postura epistemológica* que reconoce el saber experiencial como un conocimiento válido, analizando los fenómenos en relación estrecha con la vida de la comunidad;

2) una *participación sustantiva* de personas que realizan ASP –y, cuando corresponda, de actores directa o indirectamente involucrados– a lo largo del estudio, desde la resolución de preguntas hasta la formulación de recomendaciones;

3) mecanismos explícitos para la *redistribución del saber-poder* mediante acuerdos de ro-les, decisiones compartidas y formas para el control del proceso (pautas de confidencialidad, consentimiento informado, anonimización, etc.);

4) una *reflexividad crítica* sobre el proceso de investigación y sus objetos, sobre el cuidado de salud, sobre la compresión de las determinantes sociales y las condiciones socioculturales de la ASP;

5) una *ética del cuidado* orientada hacia la reducción de daños, con salvaguardas éticas reforzadas que protejan la integridad de las personas participantes (privacidad, con-sentimiento informado, minimización de exposición, manejo de malestar y rutas de apoyo);

6) una *caja metodológica participativa* que combine técnicas cualitativas (grupos focales, grupos de discusión, entrevistas semiestructuradas y observación interactiva) con dispositivos de co-análisis y devolución (talleres, mapeo de riesgos/recursos, narrativas colectivas, priorización de acciones, etc.);

y 7) una orientación a la acción y a 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.

Es preciso aclarar que la consistencia del diseño cualitativo-participativo no depende de su formulación como “principio general”, sino de su traducción en decisiones metodológicas precisas. Esto supone seleccionar, de manera cuidadosa y coherente, las herramientas a través de las cuales la información necesaria es recogida, las técnicas de análisis que permiten procesar esa información y las condiciones praxeológicas de la devolución, discusión y validación social de los resultados que, necesariamente, debe realizar con las personas participantes. En consecuencia, el siguiente paso es especificar los *dispositivos metodológicos* con el propósito de asegurar que la participación sea efectiva, pertinente y éticamente adecuada para interpretar y comprender el entramado fenoménico que correlaciona el ESA, las CO y las PC/A en el contexto de las ASP en Bogotá.[6]

[6] En la investigación cualitativa las técnicas de recolección de información pueden comprenderse como "dispositivos metodológicos", es decir, como estructuras situadas de interacción y de producción de sentido que median la relación entre los sujetos participantes, el contexto y el grupo investigador, orientando no sólo la obtención de la información que se busca, sino la interpretación y comprensión de experiencias, narrativas y significados. Desde esta perspectiva, lo que aquí se define como un dispositivo metodológico no es un instrumento neutral de recolección, sino un artefacto relacional y performativo que organiza condiciones las para el encuentro y la interpretación, articulando las dimensiones éticas, epistemológicas y comunicativas del proceso investigativo.

5.2.3. Población de estudio

La población del estudio está conformada por personas mayores de edad vinculadas directa o indirectamente a las ASP en Bogotá D.C., en tanto su experiencia, rol o interacción con el ámbito de las ASP les permite aportar percepciones, narrativas y significados acerca de los ESA, las CO y las PC/A asociadas a dichas actividades. Para efectos del presente estudio, la aplicación del enfoque poblacional amplía la indagación con la participación de actores indirectos, actores institucionales y actores de la sociedad civil (véase el cuadro de tipología de actores). A continuación, se presentan los criterios generales de inclusión y de exclusión de acuerdo con los cuáles se define la participación de las personas en el estudio.

a. Criterios generales de inclusión

Los criterios de inclusión son las condiciones mínimas y verificables que debe cumplir una persona para ser considerada como *elegible* y participar en el estudio, garantizando que su experiencia, su rol o vínculo con el fenómeno investigado –en este caso, las ASP– sea pertinente para responder a la pregunta de investigación y desarrollar el objetivo general y los objetivos específicos, sin ampliar indebidamente la población ni introducir participantes no relacionados con el campo de análisis.

En la presente investigación sobre ASP en Bogotá, su pertinencia radica en delimitar con precisión qué perfiles pueden aportar información válida sobre el ESA, las CO y las PC/A en el marco de los DSS, los enfoques poblacional, diferencial y de género; por esa razón, los criterios de inclusión, considerados por cada tipo de actor, son los siguientes:

Tipo	Criterios
Generales	• Edad: 18 años o más. • Residencia, trabajo o vínculo con Bogotá D.C. • Vinculación directa o indirecta con ASP. • Capacidad de otorgar consentimiento informado. • Disponibilidad y seguridad para participar.
Actores directos	Haber realizado ASP en Bogotá en los últimos 6-12 meses y estar dispuestos/as a narrar prácticas de cuidado y experiencias sin revelar información identificable.
Actores del entorno ocupacional	Interacción sostenida con escenarios de ASP y conocimiento situado sobre condiciones de operación y cuidado.
Actores institucionales	Experiencia laboral o de atención en salud, justicia o programas sociales relacionados con ASP.

Sociedad civil	Participación en organizaciones o redes con trabajo en salud, derechos o género en Bogotá.

b. Criterios generales de exclusión

Los criterios de exclusión son las condiciones que, aun cuando una persona pudiera parecer inicialmente vinculada a la población de interés, indican que no debe participar porque su inclusión podría comprometer la validez de la información, incrementar el riesgo de infracciones éticas (de seguridad, revictimización, coerción, etc.) o impedir el cumplimiento de requisitos básicos como el consentimiento informado. En otras palabras, tales criterios funcionan como salvaguardas para proteger a las personas participantes y para asegurar la integridad del estudio. El siguiente cuadro contiene dichos criterios los cuales, a diferencia de los criterios de inclusión, se aplican en su generalidad a todos los tipos de actores.

Tipo	Criterios
Generales	• Menores de 18 años. • Imposibilidad de consentir libremente. • Riesgo elevado derivado de la participación. • No aceptación o retiro del consentimiento informado.
Éticos reforzados	• Indicios de coerción o trata de personas. • Riesgo de revictimización o daño emocional grave. • Falta de condiciones seguras para realizar la entrevista o grupo.

En conjunto, los criterios de inclusión y exclusión constituyen, pues, un paso previo indispensable antes de presentar el muestreo en la medida en que delimitan con precisión la población elegible, asegurando que las personas convocadas tengan una vinculación pertinente con el fenómeno investigado y, al mismo tiempo, establecen las salvaguardas para proteger la voluntariedad, la seguridad y la dignidad de las personas que participan. Para el presente estudio sobre ASP en Bogotá —práctica atravesada por estigmas, violencias y barreras institucionales—, tales criterios ordenan el tránsito desde la "población de interés" hacia los "participantes posibles", reduciendo los riesgos de daño y los sesgos que conlleva una participación carente de libertad o autonomía. Además, los criterios expuestos proporcionan cierta *transparencia lógica* en lo que respecta a la selección de casos en el muestreo intencional de variación máxima; por ello, su explicitación fortalece tanto la rigurosidad metodológica como la responsabilidad ética del estudio antes de avanzar hacia una descripción de las técnicas, de los tamaños y de las fases de la muestra.

5.2.4. Muestreo Intencional de variación máxima

El muestreo intencional de variación máxima se define como una *estrategia de selección deliberada* que busca incluir, dentro de una población elegible, casos heterogéneos según criterios teóricamente relevantes, con el fin de captar la mayor diversidad posible de experiencias y, a partir de ellas,

identificar patrones comunes y contrastes significativos. En tal sentido, su estructuración e implementación en *tres fases* —apertura, contrastación y profundización— guarda coherencia con la pregunta de investigación sobre ESA, las CO y las PC/A en Bogotá, desde los DSS, y a través enfoques poblacional, diferencial y de género.

En efecto, en la fase de *apertura* la variación máxima permite mapear percepciones, narrativas y significados, así como la diversidad de posiciones (de actores directos e indirectos) que otorgan sentido a la salud, a la ocupación o al cuidado, cumpliendo el objetivo de explorar y analizar lo que ha sido planteado en el objetivo general y en los objetivos específicos. En la fase de *contrastación*, esa misma heterogeneidad se organiza intencionalmente para enfrentar posiciones y experiencias divergentes (por modalidad, género/expresión, territorio, migración, carga de trabajo y otras condiciones), lo que fortalece el análisis comparativo exigido por los enfoques diferencial y de género, avanzando en el objetivo de analizar cómo se distribuyen los riesgos, los recursos y las barreras. Finalmente, en la fase de *profundización*, el muestreo se orienta hacia la selección de casos críticos, extremos o de transición que permitan reconstruir trayectorias, mecanismos y condiciones de posibilidad del cuidado y del acceso a rutas de atención, consolidando las explicaciones situadas acerca de cómo el conjunto de los DSS habilita o restringe las PC/A bajo ciertas CO y a través de ciertos ESA. El *proceso trifásico* propuesto no fragmenta, pues, el desarrollo del estudio, sino que *secuencializa la variación máxima* con el propósito metodológico de producir evidencia cualitativa más completa y robusta con respecto a la pregunta de investigación y a los objetivos planteados.

5.2.4.1. Criterios que estructuran el muestreo intencional de máxima variación

En el muestreo del presente estudio la distinción entre "criterios troncales" y "criterios afinadores" no es sólo una *distinción conceptual*, sino que también opera como una *distinción secuencial* en la medida en que responde a cómo se produce y se sostiene la variación a lo largo del proceso trifásico. Los *criterios troncales de correlación primaria* se utilizan aquí, principalmente, en la fase de apertura con el propósito de garantizar, desde el inicio, la inclusión deliberada de la diversidad poblacional que es determinante para la comprensión interpretativa del fenómeno: se abre el campo de análisis para capturar modalidades, posiciones y perfiles que permitan mapear el universo de experiencias relevantes. En cambio, los *criterios afinadores de correlación secundaria* se utilizan para continuar y orientar esa variación en las fases posteriores (de contrastación y profundización), pues permiten seleccionar, dentro de los perfiles ya abiertos por los troncales y con la ampliación de la participación hacia actores indirectos, haciendo posible el poner a prueba las interpretaciones emergentes, reconstruyendo trayectorias y explicando mecanismos, sin perder su coherencia con lo ya explorado. Siendo así, los criterios troncales inician la variación y los criterios afinadores que la sostienen, refinándola, a medida que el estudio avanza desde la exploración hacia la explicación y la densificación analítica. A continuación, se presentan cada uno de tales criterios.

A. Criterios troncales o de selección primaria

Los criterios troncales de selección primaria se utilizarán en la fase de apertura con el propósito de producir deliberadamente la variación dentro de la población de actores directos, es decir, de personas que practican ASP en Bogotá. Guardando coherencia con el muestreo intencional de variación máxima, estos criterios operarán como ejes estructurantes que permiten asegurar, desde el inicio, la inclusión de perfiles diversos según las fuentes principales de heterogeneidad del fenómeno, de modo que el presente estudio capture una gama amplia de experiencias y de contextos relevantes antes de pasar a las fases posteriores de contrastación y de profundización.

a.1. Modalidad / escenarios de ASP

a) Calle/espacio público;
b) Establecimiento (bares, “casas”, clubes, etc.)
c) Domicilios/hoteles/“escort”
d) Digital/mediada por plataforma (webcam, contenido, redes, apps, etc.)

a.2. Identidad de género y expresión de género

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

a.3. Localidad / zona de trabajo y de residencia

a) Localidad principal de trabajo
b) Localidad principal de residencia
c) Relación territorio-trabajo-residencia

a.4. Edad o ciclo vital

a) Persona joven (18-28)
b) Persona adulta (29-59)
c) Persona mayor (60 en adelante)

a.5. Condición migratoria y de movilidad

a) Nacional
b) Migrante regular
c) Migrante irregular

d) Desplazamiento interno

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

B. Criterios afinadores o de selección secundaria

Los criterios afinadores de selección secundaria, por su propia naturaleza, se emplearán a partir de la fase 2 (contrastación) y se mantendrán en la fase 3 (profundización) para sostener y orientar la variación más allá de la apertura inicial lograda con la aplicación de los criterios troncales. En estas fases, dichos criterios –los criterios afinadores– permitirán seleccionar de manera intencional los casos y las posiciones que se consideren estratégicamente contrastantes —incluyendo no sólo a los actores directos, sino también a los actores indirectos del entorno ocupacional, de las instituciones públicas y de la sociedad civil autoorganizada— con el fin de confrontar las interpretaciones emergentes, visibilizar su gradientes y tensiones y, finalmente, escoger los casos extremos o de transición que hagan posible reconstruir trayectorias y mecanismos explicativos en relación con los DSS, el ESA, las CO y las PC/A.

Criterio Afinador	Actores Directos (ASP)	Entorno Ocupacional	Instituciones Públicas	Sociedad Civil Autoorganizada
1) Relación con rutas/servicios	Uso efectivo / uso intermitente / no uso por barreras (tiempos, costos, miedo, estigma).	Facilita el acceso (orienta, acompaña, permite salida/traslado) / lo obstaculiza (bloquea, expulsa, amenaza) / neutral.	Capacidad de activar rutas y asegurar continuidad (referencia–contrarreferencia) / fragmentación / barreras administrativas o trato estigmatizante.	Acompaña e intermedia con rutas / deriva a servicios / crea rutas comunitarias cuando falla lo institucional.
2) Orientación práctica	Estrategias para protegerse y proteger a pares vs estrategias obligadas por coerción/temor (no moralizante).	Normas y prácticas: cuidado/seguridad (prevención, apoyo) vs control (castigo, expulsión, cobro, restricción).	Enfoque de intervención: derechos/reducción de daños vs control/orden público vs mixto; se observa en protocolos y trato.	Repertorio: cuidado comunitario y derechos vs mediación con instituciones vs denuncia/controversia del control.

3) Proximidad a estigma y violencias	Experiencias de estigma en servicios/territorio; episodios de violencia de terceros o institucional; percepción de riesgo.	Frecuencia y tipo de incidentes en el entorno; cómo se gestiona (protege/ignora/reproduce).	Reconocimiento o negación del estigma; prácticas institucionales que generan daño o reparación; registro de casos.	Registro/acompañamiento de violencias; estrategias de protección; documentación y exigibilidad.
4) Capacidad real de agencia para producir cuidado	Capacidad de negociar límites, decidir condiciones, activar apoyos; restricciones por poder, necesidad, amenaza.	Capacidad de modificar condiciones (seguridad, acceso, transporte, reglas) vs rol sin poder de decisión.	Capacidad de respuesta (recursos, cupos, tiempos, articulación) y margen de decisión en primera línea.	Capacidad de sostener redes, acompañar, incidir; recursos, cobertura y continuidad.
5) Tipo de práctica de cuidado predominante	Predomina autocuidado individual vs cuidado entre pares vs uso institucional; microprácticas emocionales; manejo de crisis.	Prácticas de cuidado del entorno (protocolos informales, verificación, acompañamiento) o prácticas de riesgo.	Prácticas de cuidado institucional (trato digno, información clara, continuidad) o prácticas que bloquean cuidado.	Prácticas comunitarias: escucha, grupos, rutas propias, acompañamientos, mediación y apoyo psicosocial.

5.2.5. 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 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, ayudando a recolectar lo necesario sin sobreexponer a las personas participantes, orientando ajustes del muestreo de variación máxima para cubrir vacíos relevantes, y permitiendo cerrar el trabajo de campo cuando ya es posible explicar con solidez cómo se articulan los DSS, las CO, el ESA y las PC/A en Bogotá.[7]

[7] 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 recolectando y comparando datos hasta que las categorías analíticas quedan suficientemente "trabajadas" (en sus propiedades, variaciones, condiciones y relaciones) y el esquema explicativo logra adquirir 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, de modo que 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 importantes porque hoy la "saturación" se usa con significados distintos, y eso puede volver ambiguo el reporte metodológico si no se precisa de qué saturación se habla. En ese orden de ideas, se ha diferenciado la *saturación teórica* (propia de los diseños orientados hacia el desarrollo de categorías y de relaciones conceptuales) de formas más comunes en estudios aplicados, como la *saturación temática o de códigos* (cuando dejan de aparecer códigos o 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). La 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(108).

Dada la integración hermenéutico-fenomenológica y de teoría fundamentada propuesta para el siguiente estudio, la saturación se evaluará de manera escalonada: 1) saturación temática o de códigos para asegurar la cobertura de percepciones, narrativas y significados; 2) saturación de significados para estabilizar las estructuras interpretativas del cuidado, la ocupación y la salud; y 3) saturación teórica para consolidar categorías, propiedades y relaciones explicativas, incluyendo los contrastes y los casos negativos. Estas tras saturaciones se aplicarán de forma diferencial por cada una de las fases (apertura, contrastación, profundización) y por cada tipo de actor, de modo que el cierre del trabajo de campo responda a los criterios analíticos correspondientes.

5.2.6. Tipología de actores participantes

Definir una tipología de actores es un paso clave para construir un muestreo intencional de variación máxima, porque permite ordenar desde el inicio quiénes producen y disputan los significados, prácticas y condiciones que el estudio busca comprender, y garantiza que la variación no se reduzca a diferencias individuales, sino que se amplíe a posiciones sociales y relacionales dentro del ámbito de las ASP. A continuación, se presenta la tipología diseñada para este estudio:

Tabla 14. Tipología de actores participantes

Categoría	Subtipos / actores	Rol potencial en la investigación
A. Actores directos	• Personas que realizan ASP en todas las modalidades (incluidas emergentes/digitales), con diversidad de género, edad, locación 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).
B. Actores del entorno laboral	• 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)	• Informantes clave para describir reglas, condiciones y mediaciones del entorno laboral. • Aporte contextual (no sustituyen la voz de actores directos).

	en modalidad digital, en clave de condiciones (no "promoción").	
C. Actores institucionales	• 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 / 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).
D. Sociedad civil	• 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).

En investigaciones sobre ASP, incluir a los "clientes" como actores 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, CO, ESA y PC/A. Su incorporación puede aumentar la probabilidad de identificación indirecta de participantes, generar dinámicas de poder difíciles de controlar, abrir posibilidades de acoso, de coerción o represalias, y producir efectos de revictimización o exposición pública, además de introducir riesgos legales y de seguridad en el terreno. Por esa razón, los clientes serán excluidos del presente estudio.

5.2.7. Técnicas para la recolección de información

La selección de herramientas en el diseño cualitativo-participativo constituye un punto crucial para el desarrollo praxeológico de la investigación. Este diseño, en tanto define la posibilidad de estudiar con rigor y con responsabilidad ética la correlación fenoménica entre ESA, CO y PC/A, enmarcada en las DSS, a propósito de personas que realizan ASP en Bogotá, no se reduce al gesto instrumental de "escoger algunas técnicas": de lo que se trata es de construir dispositivos metodológicos capaces de captar las experiencias situadas sobre ASP sin replicar daños y sin aumentar la exposición de quienes participan a determinados riesgos. Una elección cuidadosa permite, pues, recuperar las percepciones, las narrativas y los significados al tiempo en que habilita el desarrollo de procesos de coproducción de hallazgos con quienes experimentan, directa o indirectamente, el fenómeno. Con ello se fortalece

la *validez contextual del conocimiento* y –como se ha señalado antes– su potencial para traducirse en orientaciones realistas acerca de la salud pública y de la garantía de derechos ciudadanos.

A continuación, se presentan las herramientas que serán utilizadas en el desarrollo del presente estudio de acuerdo con el lugar que ocupan en la fundamentación del diseño cualitativo. En la columna de la derecha se encuentra la indicación acerca de los contenidos: a) la definición del dispositivos o técnica para la recolección de información, y b) la procedencia de la definición empleada. En la segunda columna se encuentran los contenidos correspondientes. Esta información es de suma importancia pues con base en ella se organiza, por un lado, la inteligibilidad colectiva de los dispositivos y, por otro lado –como se verá con detalle más adelante-, la operatividad secuencial en la instalación concreta de los dispositivos.

Tabla 15. Procedencia epistemológica y disciplinar de las herramientas

Grupos focales	
Definición	Los grupos focales son un dispositivo de investigación cualitativa que consiste en la discusión guiada de un grupo reducido de participantes (generalmente entre 6 y 10) en torno a un conjunto de temas previamente definidos, con el objetivo de explorar opiniones, percepciones, actitudes y significados compartidos. Su rasgo distintivo es la interacción grupal estimulada por un moderador, que permite observar no sólo las respuestas individuales sino también los consensos, desacuerdos y dinámicas de producción colectiva de sentido. Se emplean ampliamente en investigación social aplicada, evaluación de políticas, estudios de mercado y análisis institucional.
Procedencias	La genealogía de los grupos focales puede ser trazada 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 desembocará en la técnica de los *focus groups(109)*. En segundo lugar, su consolidación como método cualitativo, especialmente en el ámbito académico, se vincula con los aportes de David L. Morgan(110), 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(111), que convirtió la técnica en un recurso ampliamente replicable para investigación aplicada y evaluación.
Grupos de discusión	
Definición	Los grupos de discusión son un dispositivo cualitativo orientado a la producción discursiva colectiva, en el cual el investigador interviene mínimamente, buscando que el grupo construya de manera relativamente autónoma un discurso social sobre un tema. A diferencia del grupo focal, no se centra en responder preguntas específicas sino en revelar estructuras simbólicas, representaciones sociales e ideologías subyacentes. Este dispositivo, desarrollado especialmente en la sociología crítica (Ibáñez), concibe al grupo como un sujeto colectivo de enunciación más que como la suma de individuos.
Procedencias	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(112) una referencia clásica. Posteriormente, en España, el método se robustece mediante procesos de manualización y desarrollo metodológico, destacándose Javier Callejo(113) 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(114), quien lo integra en diseños cualitativos orientados a captar la construcción colectiva de significados en contextos específicos.
Entrevistas semiestructuradas	
Definición	Las entrevistas semiestructuradas son un dispositivo de producción de información cualitativa basado en un guión flexible de temas o preguntas abiertas, que orienta la conversación sin determinarla completamente. Permiten combinar comparabilidad entre entrevistas con profundidad narrativa, dando espacio a que el entrevistado desarrolle sus experiencias, interpretaciones y significados. Este tipo de entrevista es especialmente útil para explorar trayectorias, prácticas, percepciones y procesos sociales desde la perspectiva de los actores, manteniendo una relación dialógica entre entrevistador y entrevistado.
Procedencias	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(115), 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(116) 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(117) 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 la fundamentación metodológica en castellano– destaca Miguel S. Valles, cuyo trabajo sobre entrevistas cualitativas ofrece una sistematización rigurosa y fácilmente articulable al capítulo metodológico.
D) Observación interactiva	
Definición	La observación interactiva es un dispositivo cualitativo mediante el cual el investigador se inserta en el contexto social observado, participando —en distintos grados— de las interacciones cotidianas de los actores, al tiempo que registra sistemáticamente prácticas, discursos, relaciones y dinámicas sociales. A diferencia de la observación puramente externa, la observación interactiva reconoce que la presencia del investigador incide en el campo, y asume dicha interacción como parte constitutiva del proceso de producción de conocimiento. Es central en enfoques etnográficos, investigaciones comunitarias y estudios de prácticas sociales.
Procedencias	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(118) 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(119) 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(120) 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.

En síntesis, una vez identificadas las herramientas cualitativo-participativas que se proyecta emplear y los supuestos metodológicos que las sostienen, el siguiente paso del diseño consiste en precisar su aplicación concreta en este estudio: con qué secuencia se desplegarán, en qué escenarios, bajo qué protocolos éticos y con qué criterios de análisis, de modo que se garantice la coherencia entre los objetivos, las técnicas y las salvaguardas. En esa misma línea, resulta necesario definir con claridad a quiénes se vinculará al proceso investigativo y qué diversidad de experiencias se busca comprender. Por ello, se propone un muestreo intencional de variación máxima orientado a incluir participantes con perfiles, trayectorias y modalidades de ASP diferenciadas, de manera que el estudio capture la heterogeneidad del fenómeno en Bogotá y permita interpretar cómo se modifican las CO, los DSS y las PC/A según contextos y posiciones sociales diversas.

5.2.8. Operatividad del diseño cualitativo

En la proyección operacional de la investigación se contempla un relacionamiento multiactor para comprender, en contexto, cómo se articulan los DSS, las CO y las PC/A en personas que realizan ASP en Bogotá. Se proyecta un reclutamiento rápido apoyado en el equipo de gestión social que, en contacto con liderazgos comunitarios y organizaciones locales e institucionales, se encargará de esa tarea privilegiando rutas que minimicen la exposición y aseguren la voluntariedad. El consentimiento informado se implementará en formato breve y comprensible, 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 semiestructuradas (ESE) de 40 y 60 minutos (con grabación únicamente y transcripción autorizada), grupos focales (GF) de 60 a 120 minutos (moderados por el equipo consultor y con manejo adecuado de riesgos psicosociales) y grupos de discusión (GD) también entre 60 y 120 minutos. Todo el flujo de información estará acompañado de una protección adecuada 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 la identificación directa o indirecta de las personas participantes.

Este apartado presenta la operación del diseño cualitativo-participativo de la presente investigación sobre DSS, ESA, OC y PC/A de las personas que realizan ASP en Bogotá, describiendo la secuencia a través de la cual se produce la información y la lógica que ha de orientar las decisiones que organiza el trabajo de campo respondiendo a las contingencias. En concordancia con lo que representa el muestreo intencional de variación máxima, la presente investigación avanza en tres momentos secuenciales articulados –GF, GD y ESE–, mientras el ejercicio de observación interactiva (OI) acompaña, de manera transversal, la aplicación de cada una de las técnicas de recolección de datos con el propósito de sostener la vigilancia epistemológica, ajustar el proceso y orientar el cierre por saturación teórica (véase Anexo N°7).

5.2.8.1. Fases de aplicación y lógica subyacente

La operatividad del diseño cualitativo se organiza mediante una lógica de *focalización progresiva*, la cual busca que, en lugar de intentar captar, desde el inicio, toda la complejidad del fenómeno estudiado, el diseño avance por *fases* que van aumentando, gradualmente, la especificidad analítica y la densidad situacional de la información. La aplicación estricta de los enfoques poblacional, diferencial y de género, subraya el protagonismo de los actores directos a cuya voz de dará prevalencia y en torno de la cual los otros actores contemplados en este estudio cifrarán su participación. A continuación, se describe la secuencia de la focalización que se propone:

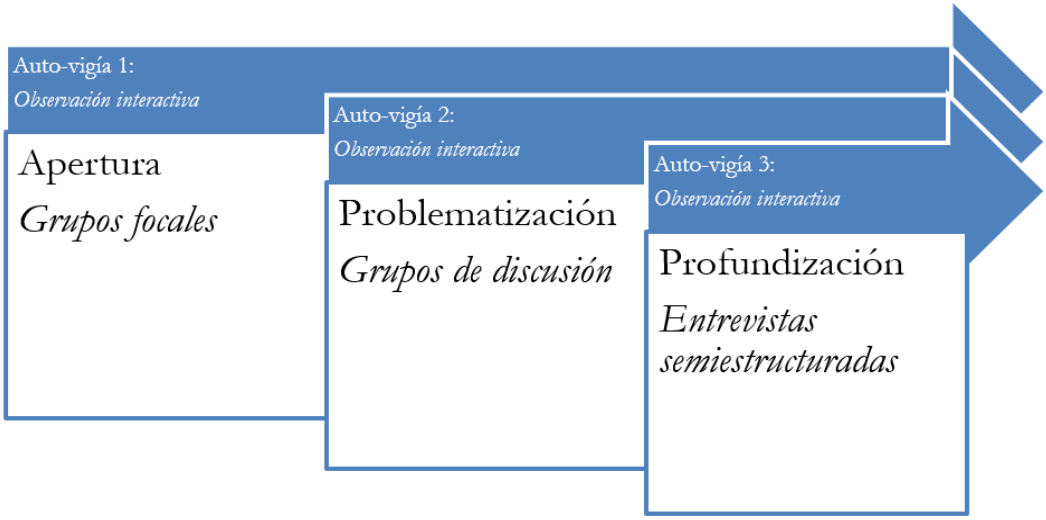
a. ***Grupos Focales, primera fase y función de apertura.*** En la primera fase, los grupos focales funcionan como *dispositivo de apertura* que permite reconocer, en un ambiente de conversación guiada, los repertorios de sentido con los que la población participante nombra, explica y conecta los DSS, las CO, su ESA y las PC/A. Su valor operativo se encuentra en producir un "mapa" inicial de percepciones, narrativas y significados sobre la realización de ASP –con variación– sin forzar prematuramente las categorías cerradas. Aquí predominan las preguntas exploratorias (qué aparece, cómo se entiende, qué cambia según condiciones o contextos). Además, los grupos focales son especialmente útiles para un muestreo de variación máxima, porque permiten captar en poco tiempo las diferencias y las continuidades entre experiencias, orientando el ajuste del muestreo y de los ejes temáticos con base en lo que el campo efectivamente muestra.

b. ***Grupos de discusión, segunda fase y función contrastante.*** La segunda fase introduce un movimiento distinto, pues no se trata ya de ampliar, sino de *contrastar*. Los grupos de discusión se eligen porque hacen visible el carácter conflictivo y disputado de los significados atribuidos y documentados en la primera fase en la medida en que producen deliberación, desacuerdos argumentados y negociación de interpretaciones. En esta fase, las preguntas se vuelven más polémicas en un sentido metodológico (no moral), pues se formulan para poner a prueba lo que emergió en los grupos focales, tensionando las generalizaciones tempranas, identificando fronteras ("en qué casos sí/no"), criterios de evaluación ("qué se considera riesgo, cuidado o daño") y atribuciones de responsabilidad ("quién debe responder y cómo"). Aquí se incorporará, de manera gradual y controlada, el contraste con actores indirectos, en la medida en que ello fortalezca la inferencia y permita observar cómo se encuentran –o se distancian— los marcos interpretativos de quienes experimentan directamente el fenómeno y de quienes lo regulan, lo atienden o lo interpretan desde la intervención externa. En otras palabras, el GD no sólo recoge opiniones, sino que produce el dato "discursivo" de la controversia y de la justificación pública, lo que es importante para entender cómo se configuran el sentido y las prácticas en escenarios reales de interacción social.

c. ***Entrevistas semiestructuradas, tercera fase y función profundizadora.*** La tercera fase se orienta al cierre teórico y a la comprensión fina de lo que opera en el fenómeno. Las entrevistas semiestructuradas se reservarán para el momento en que el estudio ya dispone de un mapa de variación (GF) y de un conjunto de tensiones interpretativas (GD), de modo que la entrevista no sea un "inicio" sino una herramienta de *profundización biográfica* concretamente situada. En esta fase, las preguntas se vuelven más singulares, pues buscan reconstruir las trayectorias, secuencias, episodios y decisiones concretas de la persona, y con ello se identifica cómo se articulan en la vida cotidiana las DSS, la OC, los ESA y las PC/A (condiciones → experiencias → respuestas/estrategias → consecuencias). La entrevista permite entonces abordar dimensiones que raramente emergen con igual detalle en los formatos grupales (dilemas, ambivalencias, puntos de quiebre, estrategias de manejo del riesgo, umbrales de cuidado, reconfiguraciones por eventos críticos), y por eso es el espacio donde se completa la variación relevante, se aclaran las contradicciones y se sostienen decisiones de saturación que

llevan a detener la producción de información cuando lo nuevo ya no aporta categorías analíticas sustantivas, sino variaciones menores de lo ya comprendido.

d. ***Observación interactiva, transversalidad y función de auto-vigía.*** En todas las fases descritas anteriormente, la observación interactiva opera como un *componente transversal* de vigilancia epistemológica, pues no se limita a "mirar", sino que registra, sistemáticamente, las condiciones de interacción, reactividad, de silencio, asimetría, acuerdos tácitos, formas de autoridad discursiva y efectos del contexto sobre lo dicho y lo no dicho. Esto permite evaluar de manera continua la calidad del proceso (qué está habilitando o inhibiendo cada técnica), ajustando la conducción de las sesiones o entrevistas, y haciendo explícitas las decisiones metodológicas (por qué se reformula un eje, por qué se introduce un contraste, por qué se cierra un perfil). Así, el diseño metodológico cualitativo no sólo acumula datos, sino que acumula un control reflexivo acerca de cómo se producen, con quiénes, bajo qué condiciones y con qué implicaciones para la interpretación.



Esquema 4. Fases del proceso

En síntesis, la selección de las herramientas responde a una *lógica de producción de evidencias por capas* (es esto lo que define a la focalización progresiva): 1) explorar (GF) para abrir el campo de sentido y asegurar la variación; 2) problematizar y contrastar (GD) para someter a prueba las interpretaciones y observar la disputa de los marcos; y 3) singularizar o profundizar (ESE) el discurso para reconstruir las significaciones y sostener el cierre por saturación teórica. Todo ello es acompañado por la observación interactiva como garantía de reflexividad y de coherencia para el proceso.

En cuanto a los cuestionarios que se utilizarán para el desarrollo de los GF, los GD y las ESE, estos han sido diseñados para ser gradualmente modificados conforme cada fase vaya cumpliendo con su propósito. El equipo consultor de la Fundación Foro Cívico, junto al equipo de seguimiento de la Secretaría Distrital de Salud, ha elaborado las preguntas orientadoras para los grupos focales y ha prediseñado -sólo a manera indicativa- los cuestionarios correspondientes a los GF y a las ESE (ver Anexo N°2). De acuerdo con esto, los dos equipos realizarán mesas de trabajo conjunto, cada vez que una fase haya sido cumplida, para socializar hallazgos, adelantar inferencias provisionales, y rediseñar cuestionarios. Así se garantizará un máximo de reflexividad que nutra el desarrollo de la investigación a través del diálogo entre expertos y expertas.

Ahora bien, la selección de las herramientas para la recolección de información responde a la función analítica dominante en cada una de las fases que han sido anteriormente descritas: 1) la exploración y

apertura será realizada a través de GF, 2) el contraste y la deliberación a través de los GD, y 3) la profundización singular y el cierre teórico a través de las ESE. Es en razón de ello que, si bien las preguntas orientadoras de la primera fase (GF) han sido ya planteadas, el diseño definitivo de las preguntas correspondientes a la segunda fase GD dependerá de los hallazgos obtenidos en el desarrollo de la primera fase. Asimismo, las preguntas que serán trabajadas en la tercera fase (ESE) serán diseñadas de manera definitiva cuando la segunda fase haya sido desarrollada. El proceso de focalización progresiva es, en este sentido, un proceso secuencial de refinamiento. La OI, como se ha dicho, será extremadamente importante dado su carácter transversal y de vigilancia epistemológica; de ahí la importancia que tiene el diseño de las bitácoras sobre las cuáles se hará el registro, y el análisis de las observaciones (véase Anexo N°7).

En cuanto a la composición de los grupos y la selección de las personas que, según determinados perfiles, participarán en cada una de las fases de la investigación, el diseño del componente cualitativo mantiene el control operativo de la investigación anclando dicha composición y dicha selección a los criterios troncales de selección primaria y también a los criterios afinadores de selección secundaria, asegurando la variación interna del grupo poblacional -que serán en cada fase los actores directos- e introduciendo correlaciones significativas de este grupo con los actores indirectos. En las siguientes dos tablas se presentan la tipología de los actores que, de acuerdo con los criterios que han sido ya mencionados, permite determinar las fases y los actores que participarían en ellas.

Tabla 16. Aplicación de criterios troncales según tipología de actores

Tipo de actor	Criterios troncales (aplican)	Criterios de variación recomendados (interfaz)	Uso principal en el diseño
Actores directos	Sí (todos)	—	Núcleo del muestreo de variación máxima; producción principal de significados DSS–OC–ESA–PC/A
Actores del entorno ocupacional	Parcial (territorio/escenario como referencia)	Territorio; tipo de contacto (calle/establecimiento/online); dinámica del entorno	Contraste sobre condiciones ocupacionales, riesgos, reglas informales y mediaciones
Actores institucionales	No (salvo territorio como referencia)	Territorio; tipo de oferta; población objetivo; barreras de acceso	Triangulación de marcos: oferta, barreras, rutas de atención y tensiones institucionales
Actores de la sociedad civil	No (salvo territorio/escenario como referencia)	Territorio; tipo de acción (derechos, reducción de daños, acompañamiento); población objetivo	Triangulación y lectura comunitaria: redes, activos y mediaciones no estatales

Tabla 17. Asignación de tipologías de actores por fase (focalización progresiva)

Fase / herramienta	Función del dato	Actores priorizados	Actores complementarios	Nota de control (asimetrías)
Grupos focales (GF)	Exploratoria: abrir repertorios y variación	Actores directos	—	Evitar mezclar con institucionales; protege relato y seguridad
Grupos de discusión (GD)	Polémica/dialógica: contraste deliberativo y triangulación	Actores directos (2–3 GD)	Indirectos en GD separados (1–3 GD)	Si hay multi-actor: reglas de turno, moderación fuerte y equilibrio de voces
Entrevistas semiestructuradas (ESE)	Singular: trayectorias, mecanismos y cierre teórico	Actores directos (principal)	Indirectos clave (oferta/entorno/ sociedad civil)	Útil para aclarar contradicciones y llenar vacíos; soporte del cierre por saturación
Observación interactiva (transversal)	Vigilancia epistemológica y reflexividad	En todas las herramientas	—	Registra reactividad, silencios, relaciones de poder y condiciones del encuentro

5.2.8.2. Estimación: de número de técnicas aplicadas y tamaños de grupo

Para operacionalizar concretamente la recolección de información en el desarrollo del componente cualitativo, se presenta el número de GF, GD y ESE que serán realizados para cumplir con los objetivos específicos de este componente y con el objetivo general del estudio. Los siguientes rangos son estimativos y deben ser progresivamente ajustados de acuerdo con el proceso de saturación teórica y con las condiciones de acceso que condicionan el alcance del trabajo de campo. El tamaño muestral cuantitativo (N=1.010, aproximadamente) no exige, en este caso, inflar el muestreo cualitativo -dada la distancia epistemológica entre la medición y la comprensión-, pero habilita una convocatoria que sea eficiente por vía de una submuestra intencional lograda a través del contacto y recontacto con la población.

Tabla 18. Estimación recomendada de técnicas y tamaños

Técnica	Nº estimado	Tamaño por unidad	Total aproximado de participantes	Propósito principal
Grupos focales (GF)	10–12	6–8	60–96	Apertura exploratoria + variación máxima (actores directos)
Grupos de discusión (GD)	5–6	4 – 6	40–60	Contraste deliberativo + triangulación (directos e indirectos)
Entrevistas semiestructuradas (ESE)	25	1	20 -25	Profundización singular + cierre teórico por saturación

5.2.8.3. Grupos focales (GF): sólo actores directos (variación máxima controlada)

La composición de los GF se encuentra diferenciada por modalidad y escenario y por condiciones relativas a la identidad o a la expresión de género, garantizando dentro de cada grupo la variación necesaria. La lista siguiente configura una matriz de orientación que se ajusta al mapa real de los escenarios y de los accesos posibles a estos de acuerdo con la información recabada en escenarios de interlocución con el equipo de la gestión social.

Tabla 19. Modelo orientador de 10 grupos focales (GF) por anclaje de variación

GF	Anclaje (modalidad/escenario × género/expresión)	Variación interna a asegurar (secundaria)
GF1	Calle/espacio público × mujeres (cis)	Zonas/localidades diversas; ciclo vital; migración; tiempo + jornada
GF2	Calle/espacio público × mujeres trans / transfem	Zonas/localidades diversas; ciclo vital; migración; tiempo + jornada

GF3	Establecimientos × mujeres (cis)	Zonas/localidades diversas; ciclo vital; migración; tiempo + jornada
GF4	Establecimientos × mujeres trans / transfem	Zonas/localidades diversas; ciclo vital; migración; tiempo + jornada
GF5	Online/digital × mujeres (cis)	Zonas/localidades diversas; ciclo vital; migración; tiempo + jornada
GF6	Online/digital × trans/nb (si aplica)	Zonas/localidades diversas; ciclo vital; migración; tiempo + jornada
GF7	Hombres × modalidades mixtas (según acceso)	Zonas/localidades diversas; ciclo vital; migración; tiempo + jornada
GF8	No binarie/otras expresiones (si hay base suficiente)	Zonas/localidades diversas; ciclo vital; migración; tiempo + jornada
GF9	Migrantes/movilidad (mixto por modalidad; enfoque diferencial)	Modalidad; zonas; ciclo vital; tiempo + jornada
GF10	Alta trayectoria / ciclo vital 45+ (mixto por modalidad)	Modalidad; zonas; migración; jornada
GF11	Scort / mujeres (cis)	Modalidad; jornada + tiempo
GF12	Scort / hombres	Modalidad; jornada + tiempo

Los GF se desarrollarán con un máximo de seis a ocho participantes. Su conducción estará a cargo de un/a moderador/a responsable, perteneciente al equipo consultor, quien orientará la conversación conforme a una guía estructurada de preguntas, máximo cinco preguntas detonantes con repreguntas de profundización cuando sea pertinente. Se contará, además, con líderes(zas) de campo que, siendo profesionales, estarán a cargo de observar de registrar sus observaciones en una bitácora aspectos relevantes para el desarrollo de los encuentros (dinámicas de interacción, énfasis emergentes, acuerdos, tensiones, aspectos contextuales y no verbales observables). Adicionalmente, el/la gestor/a social que apoye la convocatoria de participantes podrá desempeñar también el rol de segundo/a observador/a, consignando notas en un formato específico que será oportunamente suministrado por el equipo consultor -con la capacitación correspondiente-, con el propósito de que esta segunda

observación esté en condiciones de reportar elementos logísticos, condiciones del contexto territorial y aspectos situacionales útiles para la interpretación de la conversación (ver Anexo N°2).

Composición operativa del GF

6 participantes
1 moderador/a
1 observador/a (bitácora principal)
2 segundo/a observador/a (gestor/a social, formato de apoyo)

5.2.8.4. Grupos de discusión (GD): contraste interno y actores indirectos

En los GD se formulan preguntas más polémicas (en sentido metodológico), pues se busca el disenso argumentado y el contraste de marcos comprensivos. Aquí se realizan los GD separados por tipología para controlar las asimetrías y para reservar un espacio multiactor sólo si existen condiciones de seguridad, reglas deliberativas claras y una moderación adecuada para ello.

Tabla 20. Modelo de GD por tipo y propósito

Tipo de GD	N° sugerido	¿Quiénes participan?	Propósito (qué contrasta)
GD con actores directos (contraste interno)	2	Actores directos (con anclajes contrastantes por modalidad/género/zona)	Tensionar interpretaciones de GF; fronteras del riesgo/cuidado; responsabilidades; barreras
GD entorno ocupacional	1	Actores del entorno (según acceso: mediaciones, personal de entorno, etc.)	Reglas informales del entorno; condiciones ocupacionales; mediaciones y riesgos situados
GD institucional	1	Actores institucionales (por territorio/oferta/población objetivo)	Oferta, barreras y tensiones de intervención; rutas y capacidades reales

Tipo de GD	N° sugerido	¿Quiénes participan?	Propósito (qué contrasta)
GD sociedad civil	1	ONG/colectivos/redes (por territorio/acción/población objetivo)	Activos comunitarios; mediaciones; lectura de derechos y cuidado comunitario
GD multi-actor (opcional)	0–1	Directos + institucional + sociedad civil (sólo si es seguro)	Validación/aterrizaje de tensiones; acuerdos mínimos sobre mecanismos y rutas

Los GD se realizarán con cuatro (4) participantes, seleccionados con base en criterios definidos por el equipo profesional de apoyo, de acuerdo con los objetivos analíticos del estudio. Esta técnica prioriza la interacción argumentativa y el contraste de perspectivas en un ambiente moderado, en el cual se propicia un debate orientado (no confrontacional) alrededor de tópicos específicos. La sesión contará con un/a moderador/a, un/a observador/a responsable del registro en bitácora, y el acompañamiento del/de la gestor/a social como apoyo logístico–territorial y soporte de observación contextual (ver Anexo N°2).

Composición operativa del GD

4 participantes
1 moderador/a
1 observador/a (bitácora)
2 gestor/a social (apoyo y observación contextual)

5.2.8.5. Entrevistas semiestructuradas (ESE): singularidad, mecanismos y cierre por saturación

Finalmente, las ESE consolidan el cierre teórico en la medida en que profundizan las trayectorias, los episodios, los dilemas y mecanismos que conectan estructuralmente las DSS–OC–ESA–PC/A. Se entrevistará, principalmente, a los actores directos (para densidad biográfico-situada) y todo ello se complementará con entrevistas a actores indirectos clave buscando con ello explicar significados, barreras, ofertas y mediaciones.

Tabla 21. Distribución sugerida de entrevistas semiestructuradas por tipología de actores

Tipología	N° sugerido	Criterios de selección	Función analítica
Actores directos	10–25	Variación máxima (modalidad; género/expresión; zona; ciclo vital; migración; tiempo+jornada) + 4–6 casos críticos	Trayectorias/mecanismos; aclarar tensiones de GD; soporte del cierre por saturación
Entorno ocupacional	2–4	Territorio; tipo de contacto con escenarios; rol de mediación	Condiciones situadas; reglas informales; riesgo/cuidado en el entorno
Institucionales	2–5	Territorio; tipo de oferta; población objetivo; puntos críticos de barrera	Barreras y capacidades; rutas; tensiones institucionales
Sociedad civil	2–4	Territorio; tipo de acción; población objetivo; mediaciones	Activos comunitarios; acompañamiento; lectura de derechos y cuidado

Las ESE se realizarán de manera individual, con participantes seleccionados/as de forma intencional por su pertinencia y experiencia en la temática ASP, ya sea por conocimiento directo o por su rol institucional y trayectoria en el abordaje del fenómeno. Cada una de estas entrevista contarás con un/a entrevistador/a principal, encargado/a de conducir la conversación con base en una guía semiestructurada, y un/a entrevistador/a de apoyo, orientado/a a acompañar la sesión, apoyar el control de los tiempos, el aseguramiento de condiciones de privacidad y el registro complementario según el protocolo (sin interferir en la conducción de la entrevista) (ver Anexo N°2)

Composición operativa de la ESE

1 participante
1 entrevistador/a principal
1 entrevistador/a de apoyo

5.2.8.6. Técnica de análisis

Para definir, describir y justificar la técnica de análisis que ha sido seleccionada para el desarrollo del presente estudio, se tiene en cuenta que el presente diseño cualitativo-participativo posee tres enfoques interpretativos (hermenéutica, fenomenología y teoría fundamentada), se considera que lo más consistente es declarar y ejecutar un *análisis interpretativo secuencial e integrador*, que combina: a) el análisis temático fenomenológico para captar la *experiencia vivida* de ESA, CO y PC/A de acuerdo con su sentido "encarnado"; b) el análisis hermenéutico que permite interpretar esos sentidos en su *mundo social* mediante la apertura de horizontes comprensivos; y c) la codificación y comparación constante, a la manera de la Teoría Fundamentada, con el propósito de construir categorías y un modelo explicativo o teoría sustantiva que correlacione las CO ↔ la ESA ↔ y las PC/A, diferenciando la expresión del fenómeno por modalidades y por perfiles. Se realizará entonces un análisis temático-interpretativo a partir de una *codificación iterativa* (comparación constante), orientado fenomenológica y hermenéuticamente con el propósito de construir categorías y relaciones (teoría fundamentada de corte constructivista) y de producir un modelo comprensivo que esté debidamente sustentado.

Esta determinación metodológico-cualitativa se justifica en relación con los objetivos específicos que el diseño metodológico debe procurar resolver para el cumplimiento de los objetivos específicos del componente cualitativo y del objetivo general del estudio. El objetivo específico N° 5, que consiste en "explorar percepciones, narrativas y significados", exige el análisis fenomenológico-hermenéutico, pues no basta con la identificación de "temas", sino que debe extraerse de ellos los sentidos, dilemas, límites, experiencias de riesgo o cuidado, y cómo se nombra el "estar bien" o el "estar mal". En cuanto al objetivo específico 6, que consiste en "analizar desde enfoques poblacional, diferencial y de género", ello requiere efectuar una comparación sistemática entre subgrupos y modalidades. En este punto resulta crucial la lógica procedimental de la teoría fundamentada, pues es a partir de ella que es posible determinar los contrastes, los casos negativos, la densificación categorial y el muestreo teórico. Téngase en cuenta que el componente participativo va reforzándose en la medida en que este tipo de análisis permite efectuar devoluciones y validaciones interpretativas en el ajuste de las categorías.

En cuanto al orden secuencial del análisis y de la aplicación de las técnicas –o la instalación de los dispositivos–, es preciso reiterar la secuencia y añadir a ella los momentos de reflexividad: a) grupos focales (*apertura*), a.1.) mesas de trabajo conjunta; → b) grupos de discusión (*contraste*), b.1.) mesa de trabajo conjunta; → c) entrevistas semiestructuradas (*profundización*); c.1) mesa de trabajo conjunta. Nuevamente, todos estos momentos estarán acompañados por la observación interactiva como capa transversal (*auto-vigía*). En los siguientes cuadros se muestran las correlaciones que, desde el punto de vista del diseño cualitativo-participativo, se establecen entre los propósitos analíticos de cada fase, las técnicas de análisis que se aplican a cada una, y el producto que deben arrojar.

1. Grupos focales (aperturar)	
Propósito analítico:	levantar lenguaje nativo, mapa inicial de sentidos, repertorios de cuidado y riesgos.
Técnica de análisis:	• Codificación inicial (abierta): códigos "en vivo" (expresiones textuales) + códigos sensitivos (DSS, género, diferencial) sin imponer rejilla rígida.

1. Grupos focales (aperturar)	
	• Mapa de temas: primeras familias (salud autopercibida / condiciones ocupacionales / cuidado-autocuidado / relación con servicios / violencias-protecciones).
Producto:	taxonomía preliminar + glosario de términos del campo + hipótesis interpretativas iniciales.

Primera mesa conjunta	
Propósito operativo:	Socializar y revisar hallazgos de la primera fase; rediseñar los cuestionarios de la segunda fase.
Dinámica de trabajo:	• Socialización de hallazgos (exposición magistral) + discusión de los hallazgos (alcances y límites) + evaluación provisional del proceso (trazabilidad) • Rediseño de los cuestionarios (mesa redonda) + identificación de las controversias (reorientación analítica) + planeación de las interlocuciones (proyección en el tiempo)
Producto:	Cuestionarios para la segunda fase

Fase 2. Grupos de discusión (contrastar)	
Propósito analítico:	Tensionar, debatir y comparar sentidos; identificar normas, controversias y acuerdos colectivos (“qué cuenta como cuidado”, “qué es riesgo aceptable”, “qué es violencia”, etc.).
Técnica de análisis:	• Comparación constante entre grupos/escenarios: contrastes por modalidad, territorio, género, edad, migración, tiempo en ASP. • Codificación axial (relaciones): condiciones → mecanismos → consecuencias → estrategias de cuidado.
Producto:	Matriz de contrastes + relaciones robustas entre categorías (p.ej., estigma institucional → evitación de servicios → autocuidado alternativo).

Segunda mesa conjunta	
Propósito operativo:	Socializar y revisar hallazgos de la primera fase; rediseñar los cuestionarios de la segunda fase.

Segunda mesa conjunta	
Dinámica de trabajo:	• Socialización de hallazgos (exposición magistral) + discusión de los hallazgos (alcances y límites) + evaluación provisional del proceso (trazabilidad) • Rediseño de los cuestionarios (mesa redonda) + identificación de las controversias (reorientación analítica) + planeación de las interlocuciones (proyección en el tiempo)
Producto:	Cuestionarios para la tercera fase

Fase 3. Entrevistas semiestructuradas (profundizar)	
Propósito analítico:	Densificar experiencia vivida, trayectorias y decisiones; captar variaciones finas por perfiles.
Técnica de análisis:	• Codificación selectiva: consolidar categorías centrales y su arquitectura. • Análisis hermenéutico-fenomenológico: “temas de experiencia” (miedo/seguridad, límites, cuerpo, síntomas, descanso, autocuidado, cuidado entre pares, etc.) y su significado.
Producto:	Modelo interpretativo final + tipología de prácticas de cuidado/autocuidado + rutas narrativas (trayectorias).

Tercera mesa conjunta	
Propósito operativo:	Socializar y revisar hallazgos de la primera fase; rediseñar los cuestionarios de la segunda fase.
Dinámica de trabajo:	• Socialización de hallazgos (exposición magistral) + discusión de los hallazgos (alcances y límites) + evaluación provisional del proceso (trazabilidad) • Rediseño de los cuestionarios (mesa redonda) + identificación de las controversias (reorientación analítica) + planeación de las interlocuciones (proyección en el tiempo)
Producto:	Aproximación a los resultados generales

Observación interactiva (transversal)	
Rol analítico:	No “verificar”, sino contextualizar: dinámicas del lugar, interacciones con servicios, seguridad, acceso, tiempos, barreras.
Técnica de análisis:	• Codificación selectiva: consolidar categorías centrales y su arquitectura. • Análisis hermenéutico-fenomenológico: “temas de experiencia” (miedo/seguridad, límites, cuerpo, síntomas, descanso, autocuidado, cuidado entre pares, etc.) y su significado.

5.2.9. Observaciones metodológicas finales

En un diseño de investigación mixta, el componente cuantitativo puede funcionar –en este caso– como un marco de reclutamiento y de estratificación para el componente cualitativo, pues si el instrumento cuantitativo recoge variables equivalentes a los criterios troncales (o sus proxies) y se incorpora el consentimiento de recontacto, el cualitativo puede reclutar una submuestra intencional para cubrir contrastes y vacíos, más no representatividad. Esto reduce los tiempos en el trabajo de campo, permite documentar la cobertura y mejorar la trazabilidad de la variación.

Adicionalmente, la implementación debe privilegiar la seguridad y el bienestar de las personas participantes. Diríase entonces que: 1) no se mezclarán actores directos con institucionales en GF; 2) se preferirán GD separados por tipología y se reservará espacios multi-actor sólo si existen garantías para ello; 3) se documentan las decisiones de ajuste y de cierre con memos y bitácoras de observación interactiva, declarando los criterios operativos de saturación.

Ahora, con el fin de asegurar la claridad procedimental y la consistencia metodológica, el componente cualitativo del estudio se desarrollará mediante GF, GD y ESE, cada una con una dinámica específica, con roles definidos y con productos de registro establecidos. Los espacios cualitativos se estructuran como escenarios de interacción verbal orientados hacia la apertura, problematización y profundización comprensiva del objeto, de modo que la recolección cualitativa se realizará en momentos, lugares y condiciones diferenciadas de la encuesta cuantitativa, evitando la superposición de sus dinámicas y garantizando la coherencia analítica entre los componentes.

Coherentemente con el diseño de investigación mixta, el componente cualitativo se concibe como un componente “abierto” a un cruce inferencial y conclusivo con los hallazgos cuantitativos. Por un lado, el instrumento cuantitativo opera como marco de reclutamiento y estratificación (por vía de variables equivalentes a criterios troncales o sus *proxies* y consentimiento de recontacto), lo que habilita que el cualitativo seleccione una submuestra intencional orientada a cubrir los contrastes y los vacíos (no la representatividad), fortaleciendo la trazabilidad de la variación y la documentación de la cobertura. Por otro lado, una vez producidos los corpus de GF, GD y ESE –desarrollados con dinámicas, roles y productos de registro definidos, y aplicados en momentos y en condiciones diferenciadas con respecto a la encuesta para evitar superposiciones-, el momento inferencial integra ambas líneas mediante comparación sistemática de *convergencias, divergencias y complementariedades*. Los patrones cuantitativos indican qué perfiles o tendencias requieren explicación, y los hallazgos cualitativos aportan la comprensión situada (de percepciones, narrativas y sentidos) que permite interpretar, matizar o problematizar dichos patrones, todo ello bajo decisiones de ajuste y de cierre registradas en memos y en bitácoras o en salvaguardas de seguridad y de bienestar (separación de actores, tipologías

y uso excepcional de espacios multi-actor). Siendo así, la articulación entre los dos componentes no se limitaría a la secuencia operativa, sino que se materializaría en *meta-inferencias* y en conclusiones integradas que evidenciarán el carácter mixto del presente estudio.

Al cierre del proceso participativo, el estudio incorporará un momento de devolución y validación comunitaria de resultados que permita contrastar, con las personas y colectivos vinculados a las ASP, la interpretación construida a partir de los dos componentes (cuantitativo y cualitativo). Esta devolución se concibe como una estrategia para garantizar la calidad interpretativa y pertinencia social, en la medida en que devuelve a la comunidad hallazgos que le conciernen, promueve la corresponsabilidad en la lectura de los resultados y habilita un ejercicio de validación situada (acuerdos, matices, disensos y precisiones) sobre las meta-inferencias producidas en el momento conclusivo de la investigación mixta, sin comprometer la seguridad ni la confidencialidad de las participantes.

El proceso se realizará a través de talleres de devolución diferenciados por tipologías de actor (directos, indirectos, sociedad civil e institucionales), evitando mezclas que incrementen riesgos y cuidando las condiciones de bienestar ya previstas para el despliegue cualitativo. En dichos espacios se presentarán resultados en formatos accesibles y no identificables (resúmenes ejecutivos, infografías, mapas de hallazgos o narrativas agregadas), organizados por ejes (ESA, CO y PC/A), y se facilitará una discusión guiada que esté orientada hacia: 1) la verificación y comprensibilidad (si los hallazgos "hacen sentido" con la experiencia); 2) la identificación de vacíos o sesgos (qué quedó por fuera o qué requiere mayor precisión), y 3) la priorización de recomendaciones posibles. Las observaciones se registrarán en actas y en memos de validación, se incorporarán como ajustes interpretativos cuando corresponda, y se cerrará con un documento de retroalimentación que explicite qué cambios se introdujeron, cuáles se mantuvieron y por qué, consolidando así un cierre participativo coherente con el diseño mixto y con las salvaguardas de seguridad del estudio.

6. Consideraciones éticas de la investigación

El presente proyecto se enmarca en el área de la salud pública, con un enfoque territorial y participativo, centrado en las personas que realizan ASP. No contempla intervenciones clínicas, recolección de muestras biológicas, ni procedimientos invasivos. El trabajo desarrollará actividades de recolección de información primaria mediante cuestionarios, entrevistas semiestructuradas y a profundidad, grupos focales, grupos de discusión y estrategia de comunicación.

En este sentido, de acuerdo con los criterios establecidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, la investigación se clasifica como de riesgo mínimo, dado que las actividades previstas no implican exposición a riesgos físicos, psicológicos o sociales mayores a los de la vida diaria o a los derivados de evaluaciones rutinarias. No se realizará intervención médica ni manipulación directa sobre los participantes. Sin embargo, se reconoce que la población objeto de estudio presenta condiciones de vulnerabilidad social y exposición a riesgos psicosociales, por lo cual se adoptarán medidas adicionales de protección ética. En particular, se evitarán preguntas o situaciones que puedan generar revictimización, estigmatización o exposición innecesaria, y se procurará que la interacción con el equipo investigador se realice en condiciones de respeto, seguridad y confianza.

En relación a los mecanismos de custodia de la información derivada del proceso investigativo se definieron de la siguiente forma:

La capacitación de los gestores territoriales, quienes son personas que realizan o han realizado ASP y participan en el estudio como parte del equipo de campo, así como de recolectores de datos, se fundamenta en el reconocimiento de su conocimiento del territorio y de las dinámicas propias de la población participante. Estas personas recibirán formación específica sobre la correcta aplicación de los instrumentos cuantitativos, los principios éticos de la investigación, la confidencialidad de la información y el manejo respetuoso de las interacciones durante el trabajo de campo. Asimismo, serán entrenados para identificar y reportar de manera oportuna cualquier hallazgo relevante, el cual deberá ser remitido de forma inmediata al coordinador de campo (ver Anexo N°4). El coordinador de campo será el responsable de activar la articulación con la subred de servicios de salud correspondiente, incluyendo la ruta de atención a violencias con activación inmediata, la ruta para situaciones de trata de personas y explotación, y la ruta para hallazgos relacionados con salud mental.

> *Confidencialidad y anonimación*: la protección de la identidad de los participantes es un principio fundamental en este proyecto por lo que los datos serán anonimizados, lo que implica codificar cualquier información que pueda identificar a los sujetos en cualquiera de las fases en las estarán como participantes.
>
> *El almacenamiento seguro de los datos*: las bases de datos serán creadas de forma que se requiera y se notifique la entrada a los archivos al investigador principal quien podrá habilitar a los miembros del equipo investigador para visualizar estas bases de datos y serán almacenados en servidores seguros, se contará con un equipo de cómputo exclusivo para el proyecto el cual solo tendrá acceso el investigador principal y los coinvestigadores registrados en el proyecto quienes podrán dar acceso a las bases de datos con propósitos u objetivos alineados al proceso investigativo. En caso de que los datos se almacenen físicamente, como en papel o dispositivos portátiles, estos serán guardados en la oficina de Foro, accesibles únicamente a personas autorizadas.

El tratamiento de la información recolectada en el marco de esta investigación se realizará en estricto cumplimiento de la normativa colombiana vigente en materia de protección de datos personales, en

particular de la Ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, y del Decreto 1377 de 2013, que reglamenta parcialmente dicha ley.

De acuerdo con esta normatividad, los datos personales suministrados por las personas participantes serán recolectados y tratados exclusivamente para fines investigativos, relacionados con los objetivos del estudio, y bajo los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad. El tratamiento de la información se realizará previa autorización otorgada mediante el consentimiento informado (ver Anexo N°3), en el cual se explicará de manera clara el uso de los datos y los derechos que asisten a las personas participantes.

La presente investigación se desarrollará en concordancia con los principios éticos para la investigación en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su versión vigente, reconociendo su aplicación a estudios en salud pública y ciencias sociales que involucran personas y comunidades.

En coherencia con el principio de respeto por las personas, el estudio reconoce la autonomía de las personas que realizan ASP y garantiza que su participación sea libre, voluntaria e informada. Para ser incluida en el estudio, toda persona deberá otorgar previamente su consentimiento informado. En todo momento se respetará el derecho de las personas participantes a negarse a participar o a retirarse del estudio, sin que ello genere consecuencias negativas.

De acuerdo con el principio de beneficencia, la investigación se orienta a generar conocimiento relevante para la comprensión de los riesgos en salud, las condiciones ocupacionales y las prácticas de cuidado y autocuidado de la población participante, con el fin de contribuir al fortalecimiento de políticas públicas, programas y acciones institucionales dirigidas a mejorar su bienestar. El diseño metodológico prioriza la generación de beneficios sociales y colectivos.

En aplicación del principio de no maleficencia, se adoptarán medidas específicas para reducir al mínimo los riesgos físicos, psicológicos, sociales y simbólicos asociados a la participación en el estudio. El equipo investigador estará capacitado para identificar señales de malestar emocional, estrés o incomodidad durante la recolección de la información y suspenderá la aplicación de los instrumentos cuando sea necesario para proteger el bienestar de la persona participante (ver Anexo N°4). De igual forma, se evitarán prácticas que puedan generar revictimización, estigmatización o exposición innecesaria (ver Anexo N°3).

El principio de justicia se garantizará mediante una selección equitativa de las personas participantes, sin discriminación por género, orientación sexual, nacionalidad, edad, modalidad de ejercicio de las ASP o localización territorial. La distribución de cargas y beneficios derivados de la investigación se realizará de manera equitativa, procurando que los resultados contribuyan al reconocimiento de derechos y a la reducción de desigualdades estructurales.

El proceso de consentimiento informado se desarrollará como un acto continuo de comunicación, orientado a garantizar la comprensión clara y suficiente de los objetivos del estudio, los procedimientos de recolección de la información, los posibles riesgos y beneficios, las medidas de confidencialidad, el tratamiento de los datos personales y los derechos que asisten a las personas participantes.

Antes de la aplicación de los instrumentos, el equipo de campo explicará de manera verbal y escrita la información relevante del estudio, utilizando un lenguaje claro, respetuoso y comprensible, acorde con las características socioculturales de la población. Se verificará la comprensión de la información suministrada y se brindará el tiempo necesario para resolver dudas o inquietudes, sin presiones de ningún tipo para la toma de la decisión de participar.

Para ser incluida en el estudio, toda persona deberá manifestar de manera expresa su voluntad de participar mediante la firma del consentimiento informado. En los casos en que la persona participante presente dificultades de lectoescritura, el consentimiento será leído en voz alta y se dejará constancia de la aceptación mediante huella dactilar o el mecanismo acordado, garantizando en todo momento la comprensión y la libre decisión.

Se informará de manera explícita que la participación es completamente voluntaria y que la persona puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que ello genere consecuencias negativas, sanciones, pérdida de beneficios o afectación en el acceso a servicios o apoyos institucionales.

La investigación contará con un plan de retribución orientado a reconocer el tiempo invertido por las personas participantes en el desarrollo del estudio, sin que ello constituya un mecanismo de coerción o inducción indebida a la participación. Este plan de reconocimientos incluirá un reconocimiento escrito de la participación en la investigación, un bono redimible en almacenes de cadena para consumo de bienes básicos, un kit de cuidado de la salud y una tarjeta de recursos con información sobre rutas de atención y líneas de emergencia disponibles (ver Anexo N°5). Estos reconocimientos se entregarán de manera equitativa a todas las personas participantes del estudio que realizan ASP, como una forma de agradecimiento por su colaboración y en coherencia con los principios éticos de respeto, justicia y beneficencia.

Cuadro de enrutamiento		
Política Pública Distrital	Referente	Contacto
Política Pública Distrital de Actividades Sexuales Pagadas	Johana Paola Gómez Ayala	3134323221
Política Pública Distrital de Mujer y Género	Maribel Romero Cubillos	3144406510

En el marco de las consideraciones éticas del estudio, se contempla la disposición de un espacio destinado al cuidado de niños y/o personas a cargo de las participantes durante el proceso de recolección de la información. Esta medida busca reducir barreras de participación, promover condiciones de acceso equitativas y garantizar un entorno seguro y adecuado tanto para las personas participantes como para sus dependientes, en coherencia con los principios de respeto, justicia y enfoque diferencial que orientan la investigación.

Bibliografía

1. T-736/15 Corte Constitucional de Colombia [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-736-15.htm
2. Alcaldía Mayor de Bogotá. Política Pública de Actividades Sexuales Pagadas 2020 – 2029. Registro Distrital N° 7618 [Internet]. 2022 [cited 2026 Jan 12]; Available from: https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2025/Politicas-publicas/30042025-conpes_dc_11_actividades_sexuales_pagadas_v2.pdf
3. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2013. Ginebra: ONUSIDA; 2013 Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf - Búsque… [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://www.bing.com/search?q=Programa+Conjunto+de+las+Naciones+Unidas+sobre+el+VIH%2FSIDA+(ONUSIDA).+Informe+sobre+la+epidemia+mundial+de+SIDA+2013.+Ginebra%3A+ONUSIDA%3B+2013+Disponible+en%3A+https%3A%2F%2Fwww.unaids.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fmedia_asset%2FUNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf&cvid=ec84044467d84e8fbb2c3053ffabb5a9&gs_lcrp=EgRlZGdlKgYIABBFGDkyBggAEEUYOTIHCAEQ6wcYQNIBBzk0NWowajSoAgSwAgE&FORM=ANAB01&ucpdpc=UCPD&PC=U531
4. Organización Panamericana de la Salud. VIH/SIDA. Washington, D.C.: OPS; 2024 Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/vihsida - Búsqueda [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://www.bing.com/search?q=Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+Salud.+VIH%2FSIDA.+Washington%2C+D.C.%3A+OPS%3B+2024+Disponible+en%3A+https%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fes%2Ftemas%2Fvihsida&cvid=4ff000ec569747deaac79bf7ae136468&gs_lcrp=EgRlZGdlKgYIABBFGDkyBggAEEUYOTIHCAEQ6wcYQNIBCDQwNjlqMGo5qAIFsAIB&FORM=ANAB01&ucpdpc=UCPD&PC=U531
5. Estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: http://www.gazeta-antropologia.es/?p=4622
6. Sobre el trabajo sexual y participación política de las mujeres trabajadoras sexuales en Colombia. [cited 2026 Jan 12]; Available from: http://www.redtrasex.org/Trabajo-sexual-y-violencia.html
7. Política Pública de Actividades Sexuales Pagadas | Secretaría Distrital de la Mujer [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://sdmujer.gov.co/la-entidad/politica-publica-de-actividades-sexuales-pagadas
8. Benach J, Friel S, Houweling T, Labonte R, Muntaner C, Schrecker T, et al. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. World Health Organization Geneva. 2010;
9. Subsanar las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : resumen analítico del informe final [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1

10. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida | UNAIDS [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet
11. Rica C, Salvador E, Latin America P. Latin America — 2024 global AIDS update The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads. 2024 [cited 2026 Jan 12]; Available from: https://aidsinfo.unaids.org/
12. Estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe – RedTraSex [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: 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
13. Cabezas AL. Latin American and Caribbean Sex Workers: Gains and challenges in the movement. Anti-Trafficking Review [Internet]. 2019 Apr 29 [cited 2026 Jan 12];2019(12):37–56. Available from: https://www.antitraffickingreview.org/index.php/atrjournal/article/view/376
14. Secretaría Distrital de la Mujer. Documento de diagnóstico e identificación de factores estratégicos. Política pública de Actividades Sexuales Pagadas. 2019-2029. Bogotá; 2019.
15. C. Sierra N, CO, DE, H. Comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cinco ciudades de Colombia, 2012. Bogotá; 2012.
16. Nayibe López C, Franco DR, Paola A, Rojas M, María O, Amaya LR, et al. Actualización de la caracterización sobre personas que realizan Actividades Sexuales Pagadas (ASP) en Bogotá.
17. Bogotá avanza en la garantía de derechos con la Política Pública de Actividades Sexuales Pagadas [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://habitatbogota.gov.co/prensa/noticias/bogota-avanza-garantia-derechos-politica-publica-actividades-sexuales-pagadas
18. Luz Pacheco Zerga. El carácter laboral de la prostitución en la jurisprudencia constitucional peruana y colombiana [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnijuri/article/view/30227/25523
19. Ley 1751 de 2015 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733
20. Ley 1562 de 2012 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=48365&utm_source=chatgpt.com
21. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud
22. Inicio - New Medical Economics [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://www.newmedicaleconomics.es/
23. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC, De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Journal of Negative and No Positive Results [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 12];5(1):81–90. Available from:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Holguín Zuluaga JA, Vélez Álvarez C, Betancurth Loaiza DP, Holguín Zuluaga JA, Vélez Álvarez C, Betancurth Loaiza DP. Instrumento para medición de los determinantes sociales de la salud: diseño, validez facial y contenido. Diversitas: Perspectivas en Psicología [Internet]. 2024 Apr 8 [cited 2026 Jan 12];20(1):168–79. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982024000100168&lng=en&nrm=iso&tlng=es
25. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. J Health Soc Behav. 1997;38(1):21–37.
26. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Soc Sci Med [Internet]. 2009 Aug [cited 2026 Jan 12];69(3):307–16. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19520474/
27. Profamilia [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://profamilia.org.co/
28. ENDS y Estudios a Profundidad - Profamilia [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://profamilia.org.co/investigaciones/ends-y-estudios-a-profundidad/
29. Fandiño Munévar JG. El bienestar mental en mujeres trabajadoras sexuales transgénero que laboran en el barrio Santa Fe de Bogotá : experiencias y expectativas [Internet]. Universidad de los Andes; 2019 [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://hdl.handle.net/1992/49298
30. ENDS y Estudios a Profundidad - Profamilia [Internet]. [cited 2026 Feb 8]. Available from: https://profamilia.org.co/investigaciones/ends-y-estudios-a-profundidad/
31. Las enfermedades crónicas. Biomédica [Internet]. 2018 [cited 2026 Jan 12];38:5–6. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572018000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
32. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. The Lancet [Internet]. 2015 Jan 3 [cited 2026 Jan 12];385(9962):55–71. Available from: https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S0140673614609314
33. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T, et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: A systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. PLoS Med [Internet]. 2018 [cited 2026 Jan 12];15(12). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30532209/
34. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P, et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. Am J Public Health [Internet]. 2014 [cited 2026 Jan 12];104(5). Available from: https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2014.301909?download=true
35. Nabila El-Bassel LGSWEW& MC. Intimate Partner Violence and HIV Among Drug Involved Women: Contexts Linking These Two Epidemics—Challenges and Implications for Prevention and Treatment. Subst Use Misuse. 2011;46.
36. McBride B, Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM. Structural determinants of HIV/STI prevalence, HIV/STI/sexual and reproductive health access, and condom use among immigrant sex workers globally. AIDS. 2021 Jul 15;35(9):1461–77.

37. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T, et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: A systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. PLoS Med [Internet]. 2018 [cited 2026 Jan 12];15(12):e1002680. Available from: https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002680
38. Metodológica Actualización G. Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud mental OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD MENTAL, ONSM Colombia.
39. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Mental 2024-2033. 2024;
40. Albarracín IC, Leider V, Ariza A, Asesor B, Henry D, Espinosa C. Principales problemáticas a nivel de salud mental de las trabajadoras sexuales de Bogotá [Internet]. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales, Psicología, Bogotá; 2024 [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://hdl.handle.net/20.500.12494/57656
41. Mejia SB, Arango DC, Agudelo Cifuentes MC, Ramos-Jaraba SM, Matagira-Rondón G, Segura-Cardona ÁM, et al. Prevalence of psychoactive substance use in men who have sexual relationships with men, Colombia. Revista Cuidarte. 2024;15(2).
42. Restrepo Pineda JE, Restrepo Pineda JE. Accesibilidad a los servicios de salud de las y los inmigrantes venezolanos dedicados al trabajo sexual en Colombia: una cuestión bioética. Rev Latinoam Bioet [Internet]. 2024 Aug 6 [cited 2026 Jan 12];24(1):65–79. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022024000100065&lng=en&nrm=iso&tlng=es
43. El abuso invisibilizado de 'chemsex': "Es relacionarse al borde del abismo" | Salud y bienestar | EL PAÍS [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://elpais.com/salud-y-bienestar/2025-04-10/el-abuso-invisibilizado-de-chemsex-es-relacionarse-al-borde-del-abismo.html?utm_source=chatgpt.com
44. International Debt Report 2024. International Debt Report 2024. 2024 Dec 3;
45. Salud menstrual, un camino al cuidado - TIPS Bogotá [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://tipsbogota.saludcapital.gov.co/salud-menstrual-un-camino-al-cuidado/?utm_source=chatgpt.com
46. Bogotá, pionera en la promoción de la dignidad menstrual | Secretaría Distrital de la Mujer [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://sdmujer.gov.co/noticias/news/bogota-pionera-en-la-promocion-de-la-dignidad-menstrual
47. Manejo de higiene menstrual en población habitante de calle en Bogotá: implementación de la sentencia 398/2019 a través de una perspectiva interseccional [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://repositorio.unbosque.edu.co/items/731eeb84-75eb-4818-906b-a66209968db8/full?utm_source=chatgpt.com
48. Bautista CT, Mejía A, Leal L, Ayala C, Sanchez JL, Montano SM. Prevalence of lifetime abortion and methods of contraception among female sex workers in Bogota, Colombia. Contraception [Internet]. 2008 Mar [cited 2026 Jan 12];77(3):209–13. Available from: https://www.researchgate.net/publication/5571850_Prevalence_of_lifetime_abortion_and_methods_of_contraception_among_female_sex_workers_in_Bogota_Colombia

49. Sandoval LAP, Goberna-Tricas J. Sexual health beliefs and prevention of sexually transmitted infections among cisgender women sex workers in Colombia. PLoS One [Internet]. 2024 Jun 1 [cited 2026 Jan 12];19(6):e0305293. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11168633/
50. Diálogo sobre salud menstrual en Bogotá. Secretaría Distrital de Salud | Bogota.gov.co [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://bogota.gov.co/que-hacer/salud/dialogo-sobre-salud-menstrual-en-bogota-secretaria-distrital-de-salud?utm_source=chatgpt.com
51. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 161. 2013.
52. Plan Decenal Salud Pública 2022-2031 [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx
53. Política de igualdad de género - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://www.paho.org/es/documentos/politica-igualdad-genero
54. La Política Pública de Actividades Sexuales Pagadas en Bogotá avanza superando proyecciones | Secretaría Distrital de la Mujer [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://sdmujer.gov.co/noticia/politica-publica-de-actividades-sexuales-pagadas-avanza-superando-proyecciones
55. Claudia Gómez López RMMCC. Historias de violencia, roles, prçaticas y discursos legitimadores. Violencia contra las mujeres en Colombia, 2000-2010. 2013;
56. Vargas Arenas I. Teoría feminista y teoría antropológica. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer [Internet]. 2008 [cited 2026 Jan 12];13(30):019–36. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012008000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
57. Ruiz AM, Luebke J, Klein K, Moore K, Gonzalez M, Dressel A, et al. An integrative literature review and critical reflection of intersectionality theory. Nurs Inq. 2021 Dec 1;28(4).
58. Susan Riascos y Ana Vinasco. Afectación de riesgos laborales en las trabajadoras sexuales. Afectación de riesgos psicosocial, público y biológico en las trabajadoras sexuales del Barrio Obrero en el Distrito de Buenaventura en el año 2021. [Buenaventura]: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2021.
59. Mónica Ramírez SR y JA. Factores psicosociales laborales que afectan a trabajadoras sexuales en Bogotá e intervención desde andrología. Noria Pensar la docencia [Internet]. [cited 2026 Jan 12]; Available from: https://revistas.udistrital.edu.co/flip/index.php?pdf=https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/NoriaIE/article/download/18541/19007
60. Cuartas DJ, Uniminuto S, López L, Vicerrector H, Luis A, Rodríguez Rodríguez H, et al. 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 el ejercicio de la prostitución: establecimientos. [Internet]. Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2015 [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://hdl.handle.net/10656/12420
61. Yessica Casallas SC y GP. El Riesgo público en las trabajadoras sexuales de Facatativá [Internet]. 2021 [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://revistas.uniminuto.edu/index.php/Pers/article/view/2805/2820

62. Pablo Jiménez. La dignidad humana, las relaciones laborales y el ejercicio de la prostitución en Colombia [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://revistas.unibague.edu.co/dosmiltresmil/article/view/403/118
63. Benoit C, Jansson SM, Smith M, Flagg J. Prostitution Stigma and Its Effect on the Working Conditions, Personal Lives, and Health of Sex Workers. The Journal of Sex Research [Internet]. 2018 [cited 2026 Jan 12];55:457–71. Available from: https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=hjsr20
64. Blanch JM, Espuny MJ, Gala Durán C, Martín-Artiles A, Martinez-Gonzalez M, Pallarés Parejo S. Psicología social del trabajo y las relaciones laborales, septiembre 2014 [Internet]. Universitat Oberta de Catalunya; 2014 [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://hdl.handle.net/10609/78829
65. El INSST reivindica la urgencia de integrar la perspectiva de género para garantizar entornos laborales seguros y saludables para mujeres y hombres. [cited 2026 Jan 12]; Available from: http://www.cyan.es
66. Mundial La Seguridad Y La Salud En El Trabajo D DE. Sistema de gestión de la SST. Una herramienta para la gestión continua. 2011 [cited 2026 Jan 12]; Available from: www.ilo.org/safeday
67. Lessly Jessenia Ausique Sarmiento Yesica Paola Salas Montaño Yineth Astrid Díaz Valbuena. Análisis de los Factores de Riesgo Laborales en Trabajadores Informales según su Actividad Económica en Latinoamérica. [Bogotá]: Corporación Universitaria Minuto de Dios ; 2024.
68. Robert Castel. La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido? 2004 [cited 2026 Jan 12]; Available from: https://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/wp-content/uploads/sites/216/2025/08/Castel-R.-La-inseguridad-social.pdf
69. Erving Goffman. Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu Editores, editor. Madrid; 2006.
70. Robert F Herrick. Higiene industrial. Objetivos, definiciones e información general. 2010 [cited 2026 Jan 12]; Available from: https://www.insst.es/documents/94886/161958/Cap%C3%ADtulo+30.+Higiene+industrial
71. Medicina del trabajo - Salud Laboral y Discapacidad [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://saludlaboralydiscapacidad.org/disciplinas-preventivas/medicina-del-trabajo/
72. Nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual. 2009 [cited 2026 Jan 12]; Available from: http://www.unaids.org
73. Ministerio de la Protección Social. Formas y consecuencias de la violencia en el trabajo. Colombia 2004. Medellín; 2004.
74. Gilligan Carol. La ética del cuidado. Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2013. 113 p.
75. Carol Gilligan. La moral y al teoría. Psicología del desarrollo femenino [Internet]. 2005 [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://es.scribd.com/document/569265807/La-Moral-y-la-Teoria
76. Aron Antonovsky. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International, Volume [Internet]. 1996 May [cited 2026 Jan 12];11:11–8. Available from: https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11
77. Bengt Lindström y Monica Eriksson. From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science. Scand J Public Health [Internet].

2011 May [cited 2026 Jan 12];39. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21382852/
78. Ottawa charter for health promotion [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion
79. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. J Epidemiol Community Health (1978) [Internet]. 2006 May 1 [cited 2026 Jan 12];60(5):376–81. Available from: https://jech.bmj.com/content/60/5/376
80. Ancian J. Du témoignage au plaidoyer: l'experience d'une ONG humanitaire. Promot Educ [Internet]. 2007 [cited 2026 Jan 12];14(2). Available from: /doi/pdf/10.1177/10253823070140020701?download=true
81. B. Moreno MA y EÁ. Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. Revista de Psicología dela Salud [Internet]. 1997 [cited 2026 Jan 12];9(2):115–37. Available from: https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/download/820/1165/3564
82. Gilligan C. La ética del cuidado. 2015 [cited 2026 Jan 12]; Available from: www.fundaciogrifols.org
83. Nel Noddings. The caring relation in teaching. Oxf Rev Educ [Internet]. 2012 [cited 2026 Jan 12]; Available from: https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=core20
84. Joan Tronto. La necesidad de cuidado: un reto político, social e institucional. 2024 [cited 2026 Jan 12]; Available from: www.fundaciogrifols.org
85. Held Virginia. The ethics of care : personal, political, and global. 2006;211.
86. Noddings N. The caring relation in teaching. Oxf Rev Educ. 2012 Dec;38(6):771–81.
87. Tronto JC. Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. Ethics Soc Welf. 2010 Jul;4(2):158–71.
88. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics Recommended Citation Crenshaw, Kimberle () "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics [Internet]. Vol. 1989, University of Chicago Legal Forum. Available from: http://chicagounbound.uchicago.edu/uclfhttp://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8
89. Kittay EFeder. Love's labors : essays on women, equality and dependency. 2020;218.
90. Haddad L, Sabates-Wheeler R. Reconciling different concepts of risk and vulnerability. 2006 [cited 2026 Jan 12];(01). Available from: https://archive.org/details/caregenderjustic0000bube
91. Andrea Fonseca Baquero y John Montiel Riveros. Agencia de autocuidado en mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de Bogotá. [Bogotá]: Universidad ECCI; 2018.
92. Melo-Barbosa OP, Castañeda-Sánchez K, Peña-Ortiz E, Preciado-Méndez KE. Prácticas promotoras del autocuidado de la salud de mujeres en ejercicio de prostitución Bogotá Colombia. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2019 May 29 [cited 2026 Feb 7];24(2):60–74. Available from:

https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/2814
93. Eriksson M, Vaandrager L, Lindström B. The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis From the Ottawa Charter for Health Promotion to Planetary Health SpringerBriefs in Public Health Second Editon. [cited 2026 Jan 12]; Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-031-89568-5_1
94. Tronto JC. Ethics and Social Welfare. Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. 2010 [cited 2026 Jan 12]; Available from: http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=resw20
95. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodrí C, Hernán García M. Implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Esp Salud Publica. 2011;85.
96. Nelly F, Becerra P, Enrique E, Movilla A. Redes comunitarias y de soporte social como recurso para el cuidado y el mantenimiento de la salud. Salud & Sociedad Uptc [Internet]. 2020 Sep 30 [cited 2026 Jan 12];5(1):33–43. Available from: https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/article/view/11702
97. M. Hernán AM y AM. Formación en salutogénesis y en activos para la salud. 2010 [cited 2026 Jan 12]; Available from: https://reddedalo.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/06/2013-easp-analisis-del-modelo-salutogenico.pdf
98. William Corchan. Sampling Techniques [Internet]. 1977 [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://es.scribd.com/document/534046574/Cochran-1977-Sampling-Techniques-Third-Edition
99. Salganik MJ, Heckathorn DD. Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent-Driven Sampling. Sociol Methodol. 2004;34:193–239.
100. Más recursos | Secretaría Distrital de la Mujer [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://www.sdmujer.gov.co/omeg/phocadownload/2023/01%20Informe_Caracterizacion_ASP.pdf
101. Ministerio de Salud. Resolución N° 8430 de 1993. "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud". 1993.
102. De Salud M. Resolución 8430 de 1993.
103. Norman Denzin y Ivonna Lincoln. The discipline and practice of cualitative research. 2010;
104. Forni P, De Grande P. Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas Triangulation and mixed methods in contemporary social sciences. 2020;
105. Nora Mendízabal. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. In: Gedisa, editor. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona; 2009. p. 65–106.
106. Kathy Charmaz. Constructing Grounded Theory. Sage Publications LTD, editor. London; 2006.
107. Anselm Strauss y Julieth Corbin. Bases de la investigación Cualitativa [Internet]. 2008 [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://es.scribd.com/doc/270703311/Strauss-y-Corbin-Bases-de-La-Investigacion-Cualitativa
108. Silvia Bernard Calva. La teoría fundamentada: una metodología cualitativa. 2016;
109. The focused interview : a manual of problems and procedures : Merton, Robert King, 1910- : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive [Internet]. [cited

2026 Jan 12]. Available from: https://archive.org/details/focusedinterview0000mert/page/n5/mode/2up
110. L.Morgan D. Focus Groups as Qualitative Research. Focus Groups as Qualitative Research [Internet]. 1997 May 18 [cited 2026 Jan 12]; Available from: https://doi.org/10.4135/9781412984287
111. Krueger RA., Casey MAnne. Focus groups : a practical guide for applied research. 2015 [cited 2026 Jan 12]; Available from: https://books.google.com/books/about/Focus_Groups.html?hl=es&id=APtDBAAAQBAJ
112. Textos de Jesús Ibáñez sobre el grupo de discusión (1975-1983) : Archivo de Sociología Crítica : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://archive.org/details/jesus-ibanez-textos/page/n3/mode/2up
113. Javier Callejo. Articulación de perspectivas metodológicas: posibilidades del grupo de discusión para una sociedad reflexiva. Papers [Internet]. 1998 [cited 2026 Jan 12];56:31–55. Available from: https://www.raco.cat/index.php/Papers/article/download/25513/25347
114. Eumelia Galeano MM. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. 2004;
115. Kvale Steinar, Blanco Carmen, Amo T del. Las entrevistas en investigación cualitativa. 2011 [cited 2026 Jan 12]; Available from: https://books.google.com/books/about/Las_entrevistas_en_Investigaci%C3%B3n_Cualit.html?hl=es&id=xZtyAgAAQBAJ
116. Abdalrdha ZK, AL-Qinani IH, Abbas FN. Subject Review : Key Generation in Different Cryptography Algorithm. Int J Sci Res Sci Eng Technol [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2026 Jan 12];230–40. Available from: https://www.academia.edu/44874155/Subject_Review_Key_Generation_in_Different_Cryptography_Algorithm
117. Holstein JA., Gubrium JF. The active interview James A. Holstein, Jaber F. Gubrium. 1995 [cited 2026 Jan 12]; Available from: https://books.google.com/books/about/The_Active_Interview.html?hl=es&id=u-AvCgAAQBAJ
118. Participant observation : Spradley, James P : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive [Internet]. [cited 2026 Jan 12]. Available from: https://archive.org/details/participantobser0000spra
119. Marty Hammersley y Paul Atkinson. Entnografía, Métodos de investigación. Ediciones Paidós, editor. Buenos Aires; 1994.
120. Emerson RM. Writing up ethnographic fieldnotes - From field to desk. Writing Ethnographic Fieldnotes [Internet]. 1995 [cited 2026 Jan 12];39–65. Available from: https://books.google.com/books/about/Writing_Ethnographic_Fieldnotes.html?hl=es&id=VzIPmAEACAAJ
121. Eduardo Bericat. La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. 1998;