

Equidad y trabajo sexual: un análisis a la luz de los determinantes sociales de la salud*

Diana P. Betancurth Loaiza**

Consuelo Vélez Álvarez***

Natalia Sánchez Palacio****

Claudia P. Jaramillo Ángel*****

41

Palabras clave

Determinantes estructurales, salud, mujeres trabajadoras sexuales, género

Resumen

Existe un contexto de desigualdades sociopolíticas y necesidades insatisfechas para ejercer el trabajo sexual, lo que configuran una injusticia extrema. El objetivo de este artículo es analizar los determinantes sociales de la salud que generan inequidad en la población trabajadora sexual de una ciudad colombiana. Se utilizó una investigación cuantitativa con un enfoque asociativo, y la población fue de 131 trabajadoras sexuales cisgénero y trans-

Cómo citar este artículo: Betancurth Loaiza, D., Vélez Álvarez, C., Sánchez Palacio, C., & Jaramillo Ángel, C. (2024). Equidad y trabajo sexual: un análisis a la luz de los determinantes sociales de la salud. *Equidad y Desarrollo*, (44), e1656. <https://doi.org/10.19052/eq.voll.iss44.3>

Recibido: 7 de septiembre de 2023. **Aprobado:** 18 de noviembre de 2023

Versión Online First: 21 de julio de 2024

* Resultados derivados del proyecto de investigación “Diagnóstico poblacional en trabajadoras sexuales cis género y trans género de la ciudad de Manizales: una mirada desde la Atención Primaria Social”, financiado por la Secretaría de las Mujeres y Equidad de Género de una ciudad colombiana y la Universidad de Caldas.

** Doctora en Salud Pública, Magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar y Magíster en Investigación en Atención Primaria, Especialista en Administración en Salud y Promoción de la Salud, enfermera, Universidad de Caldas. Correo electrónico: diana.betancurth@ucaldas.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7620-2336>

*** Doctora en Salud Pública, Especialista en Epidemiología, enfermera. Universidad de Caldas. Correo electrónico: consuelo.velez@ucaldas.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7274-7304>

**** Magíster en Salud Pública, enfermera. Universidad de Caldas. Correo electrónico: natalia.sanchez@ucaldas.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3405-5144>

***** Doctora en Salud Pública, Magíster en Desarrollo Educativo y Social, Especialista en Promoción de la Salud, Médica. Universidad de Caldas. Correo electrónico: claudia.jaramillo_a@ucaldas.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6680-1351>



Clasificación JEL

I10, I18, J16

42

género. Se realizó muestreo por bola de nieve, la información se ingresó en el sistema del Observatorio de Género y fue procesada y analizada con SPSS. Entre los resultados se destaca que la edad promedio fue de $34,24 \pm 9,610$ años, rango 18 y 61 años. El 59,6 declaró ser soltero, un 7,6% no tenía estudios, y un 29,8% únicamente educación primaria. El 15% no se encuentra afiliado a salud, y un 96,9% informó ingresos inferiores a un salario mínimo mensual. Esto refleja la vulnerabilidad, la inequidad y los desafíos en diversas dimensiones del desarrollo humano. Las condiciones de educación, salud y empleo fueron los determinantes sociales que generan mayor inequidad, por ende, la formulación de políticas públicas en beneficio de las trabajadoras sexuales permitirá abordar estos desafíos con miras a garantizar acceso adecuado a servicios de educación, salud y derechos laborales, con el empoderamiento de este grupo que ha sido vulnerado para mejorar su calidad de vida.

Equity and Sex Work: An Analysis in Perspective of the Social Determinants of Health

Keywords

Structural determinants, health, female sex workers, gender

Abstract

There is a context of socio-political inequalities and unmet needs for sex work, which constitute an extreme injustice. The objective of this article is to analyze the social determinants of health that generate inequity in the sex worker population of a Colombian city. Quantitative research with an associative approach was used, and the population consisted of 131 cisgender and transgender sex workers. Snowball sampling was carried out, and the information was entered into the Gender Observatory system and was processed and analyzed with SPSS. Among the results, the average age was 34.24 ± 9.610 years, range 18 to 61 years. A total of 59.6% reported being single, 7.6% had no education, and 29.8% had only primary school education. Fifteen percent were not enrolled in health insurance, and 96.9% reported incomes of less than one minimum monthly salary. This reflects the vulnerability, inequity and challenges in various dimensions of human development. The conditions of education, health and employment were the social determinants that generate the greatest inequity, therefore, the formulation of public policies for the benefit of sex workers will address these challenges to ensure adequate access to education, health services and labor rights, with the empowerment of this group that has been violated to improve their quality of life.

Introducción

El trabajo sexual involucra juicios que rara vez se abordan de manera abierta. Sin embargo, debido a la profunda influencia de las transformaciones económicas y culturales en el ámbito global con respecto a la práctica del trabajo sexual, resulta esencial explorar en mayor profundidad su concepción y analizar su impacto en la vida de las personas que se dedican a esta ocupación (Almanza Beltrán, 2022).

El tema plantea desafíos significativos, dado que la población trabajadora sexual enfrenta problemas relacionados con la falta de reconocimiento legal de sus derechos, lo que contribuye a la persistente estigmatización de este grupo y lo hace susceptible a la discriminación social, la victimización, la criminalización, la falta de apoyo, el acoso y la exclusión social, lo cual se traduce en riesgos laborales significativos debido a la falta de protección disponible (Elmes et al., 2022; McBride & Janushev, 2021; Shapiro & Duff, 2021). A lo largo de la historia, la percepción del trabajo sexual en el contexto legal ha estado marcada por contradicciones y debates en diferentes corrientes políticas. Esta situación se complica aún más debido a las implicaciones morales y a la falta de claridad sobre cómo se relaciona con el enfoque de género, lo que ha convertido el proceso en un camino complejo.

Para dar respuesta a la situación planteada, en Colombia se han generado una serie de normativas que buscan dignificar no sólo esta actividad, sino mejorar las condiciones que afectan de manera directa a las personas que la ejercen, en cuanto formas de respetar, mantener la empatía y generar acciones que permitan mejorar las condiciones de vida de las trabajadoras sexuales. No obstante, existe aún una brecha entre los marcos regulatorios y la protección a la luz de las inequidades evidenciadas en los determinantes sociales de la salud, dado que algunas pueden enfrentar mayores riesgos que otras.

En la tabla 1 se presenta un resumen de estas normativas.

Tabla 1. Normativas sobre la regulación y protección del trabajo sexual

Instancia	Normativa
Congreso de Colombia	1. Ley 1801 de 2016. Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana. Capítulo III. Ejercicio de la prostitución.
Corte Constitucional	<p>Decisiones sobre la actividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SU- 476 de 1997. Prevención y Rehabilitación 2. C- 636 de 2009. Tipo penal de inducción a prostitución 3. SU-062 de 2019. Protección contra la violencia y explotación <p>Decisiones sobre la persona que realiza la actividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. T-293 de 2006; T-109 de 2021. Acceso a servicios de salud y seguridad social en condiciones de igualdad. 5. T- 629 de 2010. Elementos del contrato de trabajo. 6. T- 736 de 2015. Protección especial a grupo discriminado. 7. T- 594 de 2016. Derecho a una vida libre de violencias. 8. A-449 de 2017. No criminalización. 9. T-073 de 2017. Principios de libertad, igualdad y dignidad. Intervención acciones positivas del Estado. 10. T-310 de 2022: Prohibición de discriminación.
Corte Suprema	1. Casación 39160 Sala Penal. MP. Julio Enrique Socha Salamanca. 14 de agosto de 2012. Distinción entre conductas de inducción a la prostitución, proxenetismo y trabajo sexual como actividad económica. Paralelo jurisprudencial a la T- 629 de 2010.
Consejo de Estado	1. Sección Tercera. Subsección C. MP Jaime Orlando Santofimio. 25 de julio de 2011. Licitud del trabajo sexual. Desarrollo paralelo jurisprudencial a la T 629 de 2010.2. Sección Tercera. Subsección B. MP Stella Conto Díaz. 14 de diciembre de 2014. Feminización de la pobreza. Trabajadora sexual Estereotipos en el trabajo sexual.
Políticas públicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. 2. Política pública de actividades sexuales pagadas. Secretaría de la Mujer de Bogotá. 2019. 3. Plan de Acción Territorial Contra la Trata de Personas. Alcaldía de Medellín. 2015. 4. Política Pública en Diversidad Sexual y de Género en el Departamento de Nariño. Gobernación de Nariño. 2015.

Fuente: Adaptación de tabla normativa (Delgado-Beltran, 2019).

En el caso de Manizales, el marco legal del trabajo sexual se regula a través de la administración municipal. En el 2018, esta entidad radicó el Decreto 0329, por el cual se establece la ruta para la política pública destinada a la población trabajadora sexual (Londoño Marín, 2021). Este decreto incluye varios ejes, como,

por ejemplo, la creación de un programa dirigido a facilitar la inclusión laboral de las mujeres trans que se dedican al trabajo sexual, la implementación de un programa que asegure el acceso, la permanencia y la graduación en la educación básica y secundaria para estas mujeres, así como proporcionar asesoramiento y apoyo para desarrollar un programa de ayuda a las personas trans que se encuentran en centros de reclusión (Londoño Marín, 2021). A pesar de la existencia de esta base normativa, todavía persisten desigualdades sociopolíticas que limitan el acceso de la población trabajadora sexual a diversos servicios sociales.

Al abordar la problemática en el contexto internacional, en México, el trabajo desarrollado por Beltrán reporta cómo el trabajo sexual se encuentra permeado por violencias y precariedad laboral. Las trabajadoras sexuales viven en contextos de marginación y desigualdad, y se ven expuestas a opresiones tanto de género como de raza y clase (Almanza Beltrán, 2022). Por otra parte, países como Brasil y España denotan una falta de reglamentación para el trabajo sexual, a pesar de ser una actividad relevante social y económicamente en ambos países. Estos aspectos derivan en acciones de protección insuficientes y, por ende, en mayores vulneraciones de derechos para este colectivo (Barroso-Pavía et al., 2019).

En el caso de Colombia, se han realizado investigaciones que ponen en evidencia cómo la organización de la población trabajadora sexual en el país continúa en el camino de la formalización y la reducción de las inequidades (Asdrúbal Ávila, 2016; Delgado-Beltrán, 2019; Laverde Rodríguez & Tirado, 2020). En el contexto local, investigaciones realizadas con población trabajadora sexual informan diferentes formas de hostigamiento legal. Esto se entiende como una práctica social en la cual, desde las estructuras legales y de poder, se legitiman acciones discriminatorias, entre las que se encuentran la limitación de los espacios habitables, la reducción de la capacidad de movimiento, las zonas de desarrollo y las propias prácticas cotidianas (Londoño Marín, 2021).

A pesar de las investigaciones existentes dirigidas a esta población, se destaca la falta de perspectivas que abordan los determinantes sociales de la salud (DSS). Los determinantes, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyen condiciones sociales desde el nacimiento hasta el envejecimiento, y abarcan la educación, la economía, el empleo digno, la vivienda, el entorno y la disponibilidad de sistemas de salud (OMS, 2011a). Este enfoque es esencial para formular políticas públicas y abordar las desigualdades e inequidades (Henríquez-Thorrens et al., 2020; Marmot, 2005; Mújica, 2016; Mújica & Moreno, 2019), e impactar

sobre problemas o necesidades que resultan prioritarias en esta población (Osorio et al., 2018).

46 Esto subraya la necesidad de conocer las condiciones en las que las trabajadoras sexuales viven y trabajan, lo cual se traduce en el objetivo de este estudio, que consiste en analizar los determinantes sociales de la salud que generan inequidad en la población trabajadora sexual de una ciudad colombiana.

Referente teórico

Determinantes sociales de la salud

Según la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud (DSS) se entienden como las inequidades en materia de salud que se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece. Esto abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, además de sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud (OMS, 2011b). El análisis desde los DSS permite entender las diferencias al superar la dimensión biológica y, por tanto, se configuran como un insumo valioso para la estructuración de políticas, el monitoreo de las desigualdades y hacer visible lo invisible, es decir, las inequidades (Marmot, 2005; Mújica, 2016).

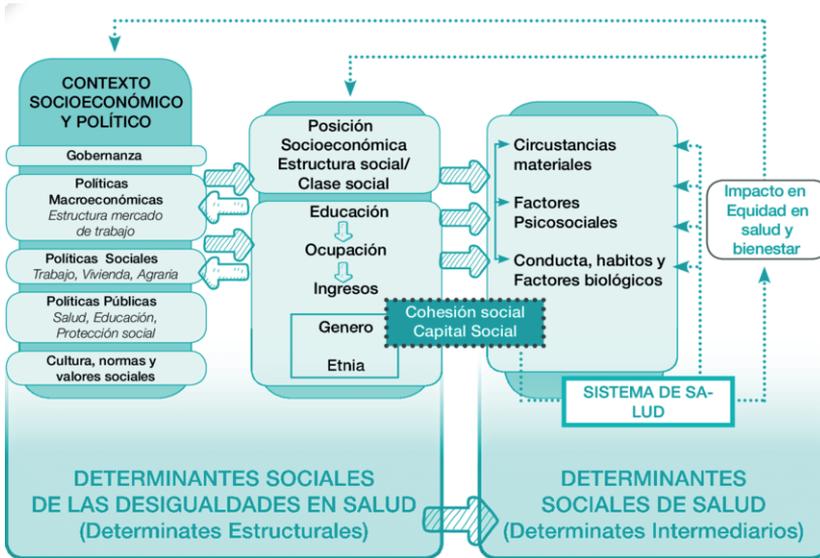
El modelo propuesto por la OMS precisa de dos grandes grupos: determinantes estructurales y determinantes intermedios. Estos definen los procesos de salud-enfermedad de la población en sus diversos grupos sociales al evidenciar la relación entre el contexto, la posición y las circunstancias con la equidad en salud (véase la figura 1) (OMS, 2011a).

Los determinantes estructurales incluyen aquellas condiciones del macrocontexto relacionadas con la estructura social y se relacionan con el poder, los recursos y el prestigio, lo que puede generar posibles desigualdades en el futuro (Ángel et al., 2019).

Por su parte, los determinantes intermedios consideran las condiciones materiales en las cuales los grupos sociales viven y se desarrollan. Se reconocen como aquellas circunstancias cercanas a las personas, como las condiciones de vida y trabajo, la

disponibilidad de alimentos, los hábitos y comportamientos, los factores biológicos (estilo de vida y hábitos de consumo) y los factores psicosociales (Ángel et al., 2019).

Figura 1. Modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS



Fuente: tomado de Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (OMS, 2011b).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) adoptó el modelo de determinantes sociales de la salud (DSS) propuesto por la OMS, con el objetivo de evidenciar cómo los diferentes contextos se articulan para comprender todos los factores y explicar el proceso salud-enfermedad en el nivel individual y en los diferentes grupos poblacionales (Henríquez-Thorrens et al., 2020).

El abordaje de los determinantes sociales de la salud en esta investigación pretende que tanto en el nivel sectorial como intersectorial se incida desde la política pública en la búsqueda de la equidad. Esto responde a los planteamientos dados por diferentes autores que destacan la importancia de una vida digna y con justicia social (Henríquez-Thorrens et al., 2020).

Trabajo sexual

La noción de *trabajo sexual* se refiere a la oferta voluntaria de servicios sexuales a cambio de remuneración económica. Este concepto abraza la idea de la independencia laboral de las mujeres, buscando así su propia autonomía para tomar decisiones sobre sus cuerpos (Britos et al., 2021). Este se basa en una teoría ética considerada válida y, por lo tanto, indiscutible, a pesar de involucrar juicios que raramente son objeto de debate público (Ismael et al., 2018). El planteamiento cobra especial relevancia en el caso de las mujeres cis y transgénero, a quienes se debe reconocer su papel y las razones que las llevan a participar en actividades económicas clandestinas. Aunque estas actividades pueden protegerlas de ciertas formas de violencia, también las exponen a otros riesgos (Ismael et al., 2018).

Dolores Juliano (2010, como se cita en Majuelos Martínez et al., 2022), aborda dos aspectos relacionados con el trabajo sexual. Por un lado, se refiere a la corporización de la prostitución en ciertas mujeres, marcada por el imaginario social sobre la apariencia de las trabajadoras sexuales. Esto incluye la forma en la que se visten o presentan, como, por ejemplo, con faldas cortas, ropa ceñida, tacones altos, maquillaje llamativo, etc., así como ciertos comportamientos. Por otro lado, se considera la comunicación, la cual está asociada a una representación corporal que se alinea con el imaginario masculino en el contexto del trabajo sexual. Esto implica que las trabajadoras sexuales pueden ajustar su apariencia a las expectativas masculinas para facilitar su desempeño profesional (Majuelos Martínez et al., 2022).

La postura que penaliza el trabajo sexual se ha expandido en la sociedad debido al prejuicio que se genera contra la oferta/venta del cuerpo de quien ejerce dicho trabajo. Es decir, una mujer que “vende su cuerpo” es mal vista por el resto de la sociedad, dado que se considera que este hecho es inmoral. Es importante señalar que las personas que ejercen el trabajo sexual, además de no poseer regulaciones que las protejan, también son perseguidas y violentadas. El Estado debería protegerlas como ciudadanas, protegiéndolas frente a situaciones que atenten contra su integridad física y mental (Gómez Restrepo & Betancur Vásquez, 2020). Por lo tanto, es necesario contar con políticas públicas que promuevan la protección de este grupo y apoyen la lucha por sus derechos. En Colombia, la Ley 1801/2016 (art. 43-46) es la norma específica que busca proteger a la población trabajadora sexual en los lugares donde laboran. Sin embargo, es necesario promulgar otras normativas en el país que favorezcan su desarrollo humano integral de manera específica (Congreso de Colombia, 2016).

Políticas públicas

Las *políticas públicas* son las acciones del Gobierno, y su ejercicio es atribuido a la función ejecutiva, cuyo titular es el presidente de la República, encargado de la administración pública. El término *administración* proviene del latín *ad* y *ministrare*, que significa “servir”, por lo que constituye la acción o efecto de servir, en este caso, al soberano, es decir, al pueblo (Nogueira et al., 2020). Según el tipo de Estado y los derechos que se buscan precautelar, se han definido las políticas públicas que habitualmente surgen como respuesta a problemas públicos que ameritan la atención estatal (López Moya, 2021). Guillermo Cejudo y Cynthia Michel (2016) plantean que una política pública se compone de un conjunto de decisiones y acciones dirigidas a resolver un problema público. La solución de dicho problema dependerá no sólo de la idoneidad del diseño de la política pública, sino también de su eficaz implementación (Cejudo & Michel, 2016).

En América Latina existe una gran necesidad de fortalecer las políticas públicas encaminadas a abordar la violencia contra la mujer, que involucran los derechos humanos, la salud, la seguridad ciudadana y la libertad política y económica. Este es un reto que surge para ser asumido por los diferentes países y regiones, y se espera que beneficie a la población trabajadora sexual con miras a dignificar sus condiciones de vida (Calsin et al., 2023).

En el ámbito comunitario, las políticas públicas abordan problemáticas sentidas en busca del bienestar de la comunidad o de poblaciones específicas, cuyo aporte se enmarca en la base de la justicia social y el logro de la equidad (Lellis, 2022). Para finalizar, y de manera específica, el enfoque de derechos y el enfoque diferencial deben ser primordiales al diseñar e implementar políticas públicas dirigidas a intervenir con la población trabajadora sexual. Esta es la apuesta real de los tomadores de decisiones ante este colectivo que requiere especial atención (Asensio, 2022).

Método

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo exploratorio. El objetivo principal fue identificar los determinantes sociales de la Salud que generan las condiciones de inequidad en las que viven en su cotidianidad las trabajadoras sexuales en una ciudad colombiana. Los resultados obtenidos

servirán como base para la formulación de políticas y programas dirigidos a este grupo de especial vulnerabilidad.

50 La población de estudio estuvo constituida por 131 trabajadoras sexuales, lo que corresponde al total de mujeres cisgénero y transgénero residentes en Manizales. Dada la naturaleza subrepticia y marginada de esta población, se implementó un muestreo por bola de nieve para su identificación y selección.

En la recolección de información se diseñó y aplicó una encuesta. Los ítems de la encuesta se construyeron tomando como base el modelo de los determinantes sociales de la salud propuesto por Marmot (2005), y se adaptaron a partir de un instrumento preexistente previamente autorizado para su utilización en este estudio.

La población de estudio fue contactada a través de líderes y lideresas comunitarias. De esta manera se inició el proceso de bola de nieve con el objetivo de acercarse a toda la población.

Los datos obtenidos a través de la encuesta se procesaron y analizaron utilizando el *software* estadístico SPSS versión 24.0, con licencia otorgada por la Universidad de Caldas. El análisis de datos se realizó empleando técnicas descriptivas adecuadas a la naturaleza de las variables, proporcionando un panorama completo de las características y las dinámicas de la población estudiada.

El estudio fue aprobado por el comité de bioética de la Universidad de Caldas, siguiendo los principios y las directrices establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (Asociación Médica Mundial, 2000). En concordancia con lo estipulado en la Resolución 008430, artículo 11, del Ministerio de Salud, esta investigación se categorizó como de “riesgo mínimo” al centrarse en el análisis de características generales y evitar situaciones éticamente problemáticas. Se obtuvo el consentimiento informado de todas las participantes, de modo que se garantizó que conocieran los riesgos y beneficios del estudio. Las participantes tuvieron la autonomía total para aceptar, rechazar o retirarse en cualquier momento durante el proceso de investigación (Ministerio de Salud [Minsalud], 1993).

Resultados

Caracterización de la población trabajadora sexual cis género y trans género de la ciudad

51

En el estudio participaron 131 trabajadoras sexuales, con edades comprendidas entre los 18 y 61 años, y una edad promedio de $34,24 \pm 9,610$ años. El 59,6% de las mujeres era soltero, mientras que un 34,4% convivía en unión libre.

En relación con el género, es relevante reportar que una participante informó ser intersexual, lo que significa que posee órganos genitales que no corresponden a un sexo biológico específico. Aunque todas las mujeres reconocen su condición biológica al nacer, seis de ellas han efectuado una corrección de género en sus documentos de identidad, y diez expresaron su interés en llevar a cabo este proceso para lograr correspondencia con su identidad sexual. En cuanto a la orientación sexual, un 97,7% informó ser heterosexual, y un 14,5% indicó haber sido víctimas del conflicto armado (véase la tabla 2). En lo que respecta a su participación en grupos sociales y comunitarios, diez trabajadoras son líderes comunitarias o forman parte de organizaciones registradas en el municipio.

Tabla 2. Caracterización general trabajadoras sexuales

Dimensión específica	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Zona de residencia	Urbana	131	100%
	Rural	0	0
Estado civil	Soltero	78	59,6
	Casado	4	3,1
	Viudo	1	,8
	Separado	3	2,3
Estado civil	Unión Libre	45	34,4
	Hombre	12	9,1
Sexo biológico	Mujer	118	90,1
	Intersexual	1	,8
	Mujer trans	13	9,9

Dimensión específica	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Corrección del sexo en documento de identidad	Sí	6	4,6
	No	125	95,4
Interés en corregir sexo	Sí	10	7,6
	No	121	92,4
Orientación Sexual	Heterosexual	128	97,7
	Homosexual	1	,8
	Bisexual	2	1,5
Víctima del conflicto armado	Sí	19	14,5
	No	112	85,5
Pertenece a Colectivo LGTBI	Armario Abierto	3	2,4
	Colorete	1	,8
	No	127	96,9
Es Líder Comunitario	Sí	6	4,6
	No	125	95,4

Un aspecto relevante que impacta en la situación de salud es el acceso a los servicios de salud. En este sentido, el 54% de las personas encuestadas informó estar afiliado a empresas administradoras de planes de beneficios de salud (EAPB), siendo Asmetsalud (37%) y Salud Total (17%) las más comunes. En Colombia, la posibilidad de acceder a los beneficios del Estado está determinada por la identificación y el registro en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisben). En este sentido, se encontró que el 50,4% de la población encuestada no está registrado en esta plataforma.

En el caso de las trabajadoras sexuales, la composición familiar es un factor determinante que influye en su situación laboral y en la búsqueda de oportunidades, especialmente en lo que respecta al papel de sus hijos, quienes son considerados protagonistas principales. En este sentido, el 20,6% de las trabajadoras sexuales encuestadas no tenía hijos, el 64% tenía entre uno y tres hijos, y el 15,4% restante tenía más de cuatro hijos. Es notable que algunas trabajadoras tienen una cantidad considerable de hijos, como, por ejemplo, ocho hijos en un caso, y catorce en otro. En cuanto a la ocupación de los hijos, llama la atención que el 15% de ellos se encuentra desempleado, lo cual afecta la situación económica familiar.

Al analizar la escolaridad de los hijos como una variable relacionada de manera directa con la equidad, se encontró que el 56% de ellos no había estudiado ni estaba activo académicamente (véase la tabla 3).

Tabla 3. Caracterización hijos trabajadoras sexuales

Dimensión específica hijos	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	133	54%
	Mujer	115	46%
Ocupación	Empleado	40	16%
	Independiente	5	2%
	Desempleado	38	15%
	Estudiante	50	20%
	Cárcel	1	1%
	Ama de casa	4	2%
	Menor en casa/ jardín	13	5%
	Otro	97	39%
Escolaridad	Ninguno	140	56%
	Primaria incompleta	29	12%
	Primaria completa	14	6%
	Secundaria incompleta	35	14%
	Secundaria completa	27	11%
	Técnico/ tecnológico	0	0%
Universitaria	3	1%	

Se indagó acerca de los intereses en educación no formal, y se encontró que el 69,1% desea estudiar peluquería, el 64,1% está interesado en la culinaria, el 58,8% en confección y el 58,8% en panadería. En este sentido, la administración municipal muestra interés en colaborar con aliados tanto del sector público como del privado para ofrecer servicios a la comunidad en estos ámbitos, lo que podría mejorar sus perspectivas laborales.

En el contexto en el que se llevó a cabo el estudio, las trabajadoras sexuales conforman un grupo vulnerable y estigmatizado. Por esta razón, se consideró importante analizar aspectos relacionados con la discriminación, ya que esto brinda una oportunidad de emprender acciones destinadas a reducir estas manifestaciones discriminatorias y la violencia. Este enfoque es esencial para fomentar procesos de inclusión y redefinir su papel en la sociedad.

La orientación sexual, la identidad de género, la condición de extranjero, la discapacidad y la propia naturaleza del trabajo sexual surgen como las principales causas de discriminación (véase la tabla 4). El entorno en el que la población enfrenta un mayor riesgo de discriminación es la calle (81%), seguido del lugar de trabajo (62%). Resulta llamativo que, en situaciones de discriminación, la principal entidad de apoyo a la que acuden estas mujeres es la policía.

Tabla 4. Tipos de discriminación presentes en el municipio, desde la perspectiva de las trabajadoras sexuales

Tipo de discriminación	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Por sexo biológico	Sí	57	43,5
	No	74	56,5
Por orientación sexual	Sí	86	65,6
	No	45	34,4
Por identidad sexual	Sí	74,0	97
	No	26,0	34
Por estrato	Sí	55	42,0
	No	76	58,0
Por ser extranjero	Sí	90	68,7
	No	41	31,3
Por discapacidad	Sí	85	64,9
	No	46	35,1
Por raza	Sí	45	34,4
	No	86	65,6
Por ser trabajadora sexual	Sí	90	68,7
	No	41	31,3
Por procedencia	Sí	6	4,6
	No	125	95,4
Por cultura	Sí	0	0
	No	131	100,0
Por costumbres	Sí	8	6,1
	No	123	93,9
Por religión	Sí	0	0
	No	131	100,0

Al indagar sobre las medidas a adoptar para reducir las condiciones de discriminación, destacan los procesos educativos tanto en instituciones como en el entorno familiar. Asimismo, se mencionan acciones preventivas, la imposición de sanciones legales y, en menor medida, la implementación de políticas públicas y normativas.

Determinantes sociales de la salud (DSS) en las mujeres trabajadoras sexuales del municipio de Manizales

Con el objetivo de profundizar en los determinantes sociales de la salud que generan inequidad en la población de estudio y deben ser el foco de las estrategias y políticas públicas en el ámbito municipal, a continuación se presentan los principales hallazgos.

Determinantes estructurales

En cuanto a las características sociodemográficas, el grupo predominante de las trabajadoras sexuales está compuesto por mujeres de edades comprendidas entre los 25 y 44 años. Su identidad de género es femenina, de ascendencia mestiza, residen en el estrato socioeconómico uno (bajo), y un 28,2% ha experimentado desplazamiento o migración. Estas dos últimas características (estrato y desplazamiento) se configuran como determinantes sociales de la salud muy significativos que acentúan las condiciones de inequidad.

En relación con la educación, un determinante social que guarda una relación directa con el desarrollo humano, se encontró que un 7,6% informó no haber alcanzado ningún nivel educativo, y un 29,8% sólo ha completado la educación primaria.

Otro de los determinantes sociales de la salud estructurales es la ocupación. En este sentido, las trabajadoras sexuales se autoidentifican como trabajadoras independientes, en condiciones que denotan inequidad, ya que carecen de contrato y afiliación a la seguridad social. En cuanto a los ingresos mensuales, un 96,9% informó que estos eran inferiores a 1 SMLV (salario mínimo legal vigente), cuyo valor durante el año del estudio era de COP 908 526.

Tabla 5. Caracterización de los determinantes sociales de la salud estructurales (N = 131)

Dimensión general	Dimensión específica	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Características sociodemográficas	Edad	18 a 24 AÑOS	20	15,3
		25 a 34 AÑOS	51	38,9
		35 a 44 AÑOS	42	32,1
		45 a 54 AÑOS	14	10,7
		Mayores de 54 años	4	3,1
	Sexo	Hombre	12	9,1
		Mujer	118	90,1
		Intersexual	1	,8
	Identidad de género	Hombre	0	0
		Hombre trans	0	0
		Mujer	118	90,1
		Mujer trans	13	9,9
	Etnia	Mestizo	120	91,6
		Afrocolombiano	2	1,5
Blanco		9	6,9	
Uno		85	64,9	
Estrato	Dos	43	32,8	
	Tres	3	2,3	
	Desplazado	18	13,7	
Características sociodemográficas	Grupos especiales	Migrante	19	14,5
		Ninguna	92	70,2
	Grupos especiales	Otra	1	,8
		N/A	1	,8
		Ninguno	10	7,6
Nivel educativo	Escolaridad	Primaria completa	17	13,0
		Primaria incompleta	22	16,8
		Secundaria completa	75	57,3
		Técnica o tecnológica	4	3,1
		Universitaria	2	1,5
		Secundaria incompleta	1	,8

Dimensión general	Dimensión específica	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Ocupación e ingresos económicos	Situación laboral/ ocupación	Empleado	4	3,1
		Independiente	112	85,5
		Desempleado	14	10,7
		Otro	1	,8
	Medios utilizados para encontrar trabajo	Amigos o familiares	14	10,7
		Bolsa de empleo	2	1,5
		Otro	1	,8
		N/A	114	87,0
	Situación laboral o tipo de empleo	Trabajo sin contrato y sin seguridad	119	90,8
		Desempleado	7	5,3
		Inactivo	1	,8
		N/A	4	3,1
	Ingresos mensuales	Menor de un SMLV	127	96,9
		Entre 1 y 2 SMLV	3	2,3
		Más de tres SMLV	1	,8

Determinantes intermedios

En lo que respecta a los determinantes sociales de la salud (DSS) intermedios, que son factores cercanos a las condiciones de vida de las personas, se destaca lo siguiente.

En la categoría de composición familiar, un 20,6% informó que vive solo, mientras que un 12,6% convive con más de seis personas. En cuanto al lugar de residencia, un 35,9% afirmó vivir en inquilinatos, lo cual aumenta la vulnerabilidad. En lo que concierne a las relaciones familiares, un 53,4% declaró vínculos consanguíneos y, en su mayoría, reportaron que su función en la unidad familiar es proporcionar apoyo material y económico. Un 93,9% informó tener hijos, con un rango de uno a catorce; veintisiete mujeres no tenían hijos en el momento del estudio.

En lo que respecta al entorno físico y la infraestructura de sus viviendas, además de los inquilinatos, un 43,5% reside en casas y el 74,8% alquila su vivienda. En cuanto a los servicios públicos, más del 90% tiene acceso a agua y energía,

mientras que menos del 60% dispone de servicios como gas natural, recolección de basura, internet y teléfono.

58 Un 84,7% de la población está afiliada al sistema de salud, siendo la mayoría parte del régimen subsidiado (77,1%), y un pequeño porcentaje al régimen contributivo (3,8%). Un 15% está clasificado como Población Pobre no Afiliada, lo que aumenta la vulnerabilidad en el acceso a servicios de salud. En cuanto a las condiciones de salud, se identificaron casos de cáncer de cuello uterino (2), cáncer estomacal (4), cáncer de mama (3), cáncer de pulmón (1), depresión (3), dislipidemia (4) e infecciones de transmisión sexual (ITS) (3).

Al explorar el estilo de vida, que se relaciona directamente con los hábitos y las condiciones de salud, se encontró que las mujeres tienen un bajo uso del hilo dental, un 28,9% no se cepilla los dientes tres veces al día, un 90,1% no realiza actividad física, un 32,8% tiene un alto consumo de grasas, un 26,7% tiene un alto consumo de azúcar y un 20,6% consume alimentos empaquetados en exceso. Además, un 21,4% informó el consumo de sustancias psicoactivas, un 29,8% consume alcohol, un 42,7% fuma cigarrillos, un 23,7% reportó consumo de cannabis y una participante consume cocaína.

Un DSS intermedio de gran impacto en las condiciones de vida es el de relaciones interpersonales y sociales. En este aspecto, las mujeres informaron haber sido víctimas de diversas formas de violencia, incluyendo la física (20,6%), sexual (8,4%), psicológica (7,6%) e intrafamiliar (9,9%). Además, un 6,1% fue hospitalizado debido a causas violentas. Un 59,5% informó haber sentido tristeza en los últimos dos días, y un 26,7% ha experimentado deseos de morir. Además, un 9,9% informó problemas psicosociales. Es evidente cómo estos factores están estrechamente relacionados con el bienestar.

Tabla 6. Caracterización de los determinantes sociales de la salud intermedios (N = 131)

Dimensión general	Dimensión específica	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Composición familiar	Núcleo familiar	Sola	27	20,6
		Tres a dos personas	42	32,1
		Tres a cinco personas	46	35,1
		Más de seis personas	16	12,2
	Relación con las personas que vive	Consanguinidad	70	53,4
		Afinidad	16	12,2
		N/A	45	34,4
		Apoyo familiar	38	29,0
	Función en el grupo familiar	Guía cognitiva y consejo	1	,8
		Ayuda material y económica	87	66,4
		No aplica	5	3,9
	Depende económicamente de un familiar	Sí	7	5,3
		No	123	93,9
		N/A	1	,8
	Tenencia de hijos	Sí	103	78,6
		No	28	21,4
		Sin hijos	27	20,6
Uno a dos hijos		58	44,3	
Número de hijos	Tres a cinco hijos	40	30,5	
	Seis a ocho hijos	5	3,8	
	Más de ocho	1	,8	
	Casa	57	43,5	
Entorno físico e infraestructura	Lugar donde reside	Apartamento	14	10,7
		Habitación	5	3,8
		Inquilinato	47	35,9
		Casa lote	1	,8
	Lugar donde reside	Otro	5	3,8
N/A		2	1,5	

60

Dimensión general	Dimensión específica	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Entorno físico e infraestructura	Tenencia de vivienda	Propia	4	3,1
		Alquilada	98	74,8
		Familiar	10	7,6
		Otro	3	2,3
		N/A	16	12,2
	Agua	Sí	128	97,7
		No	3	2,3
	Energía	Sí	123	93,9
		No	8	6,1
	Gas propano	Sí	42	32,1
		No	89	67,9
	Gas natural	Sí	41	31,3
		No	90	68,7
	Teléfono	Sí	5	3,8
		No	126	96,2
	Internet	Sí	14	10,7
		No	117	89,3
	Recolección de basuras	Sí	52	39,7
		No	79	60,3
	Sistemas de salud/ salud general/ condiciones de salud	Afiliación al sistema de salud	Sí	111
No			20	15,3
Contributivo			5	3,8
Tipo de afiliación		Subsidiado	101	77,1
		PNA	5	3,8
		Sin dato	20	15,3
Discapacidad		No	131	100,0
		Sí	2	1,5
CA-cérvix		No	129	98,5
		Sí	4	3,1
CA-estómago		No	127	96,9
		Sí	3	2,3
CA-mama		No	128	97,7
		Sí	3	2,3
CA-próstata		No	131	100,0
	Sí	1	,8	
CA-pulmón	Sí	1	,8	
	No	130	99,2	

Dimensión general	Dimensión específica	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sistemas de salud/ salud general/ condiciones de salud	Depresión	Sí	3	2,3
		No	128	97,7
	Desnutrición	No	131	100,0
		Sí	4	3,1
	Dislipidemia	No	127	96,9
		Sí	3	2,3
ITS	No	128	97,7	
	Sí	3	2,3	
Modo de vida	Vacunación	Sí	43	32,8
		No	88	67,2
	Cepillado tres veces al día	Sí	101	77,1
		No	29	22,1
		N/A	1	,8
	Uso de seda dental	Sí	59	45,0
		No	70	53,4
	Relaciones uso condón	N/A	2	1,5
		Sí	129	98,5
	Actividad física	No	2	1,5
		Mayor a 59 min diarios	4	3,1
		Mayor a 29 min diarios	5	3,8
		Menor a 30 min diarios	3	2,3
		No practica	118	90,1
	Consumo de sal	NA	1	,8
		Sí	18	13,7
	Consumo de frutas	No	113	86,3
		Sí	102	77,9
	Consumo verduras	No	29	22,1
		Sí	61	46,6
Consumo alto grasas	No	70	53,4	
	Sí	43	32,8	
Consumo alto azúcar	No	88	67,2	
	Sí	35	26,7	

Dimensión general	Dimensión específica	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Modo de vida	Consumo alto azúcar	No	96	73,3
		Sí	27	20,6
	Consumo alto paquetes	No	104	79,4
		Sí	28	21,4
	Consumo SPA	No	103	78,6
		Sí	39	29,8
	Consumo alcohol	No	91	70,2
		Sí	56	42,7
	Consumo cigarrillo	No	75	57,3
		Sí	31	23,7
Consumo cannabis	No	100	76,3	
	Sí	1	,8	
Consumo cocaína	No	130	99,2	
	Sí	27	20,6	
Relaciones interpersonales y sociales	Violencia física	No	104	79,4
		Sí	11	8,4
	Violencia sexual	No	120	91,6
		Sí	10	7,6
	Violencia psicológica	No	121	92,4
		Sí	13	9,9
	Violencia intrafamiliar	No	118	90,1
		Sí	8	6,1
	Hospitalización por violencia	No	123	93,9
		Sí	78	59,5
	Tristeza	No	53	40,5
		Sí	35	26,7
	Deseo de estar muerto	No	96	73,3
		Sí	13	9,9
Problema psicosocial	No	118	90,1	

Discusión

El análisis de poblaciones especiales, como las mujeres trabajadoras sexuales cisgénero y transgénero, requiere una comprensión profunda de la vulnerabilidad que implica. Esta vulnerabilidad surge de la interacción compleja de factores

sociales, culturales, epidemiológicos, psicológicos y biológicos, que en conjunto se potencian y pueden configurarse como riesgos tanto a nivel individual como colectivo (De Sousa et al., 2011). Diferentes autores han señalado cómo esta población ha sido marginada en el ámbito social, lo que ha dado lugar a la violación de sus derechos y garantías fundamentales (Poteat et al., 2016).

En consecuencia, los procesos de caracterización de una población cuya identidad de género u orientación sexual podrían considerarse “diferentes” revelan una dolorosa realidad: han sido sistemáticamente invisibilizadas. Esto ha llevado, en muchos casos, a situaciones en las que, a pesar de enfrentar problemas como ansiedad, falta de afecto, conductas autolesivas y consumo de sustancias psicoactivas, corren el riesgo de no ser identificadas ni intervenidas a tiempo (Lázaro García, 2020).

En este contexto, el enfoque de los determinantes sociales de la salud cobra relevancia en los procesos de caracterización de estas poblaciones (Holguín-Zuluaga et al. 2022). Este análisis busca comprender las dinámicas en su contexto, a partir del análisis de su realidad histórica, sus modos y condiciones de vida, con el objetivo de sugerir acciones integrales de intervención (Sánchez Palacio et al., 2020). No basta con caracterizar a los individuos y sus familias únicamente a través de variables tradicionales; es fundamental incorporar los determinantes sociales de la salud para priorizar situaciones concretas (Vélez Álvarez et al., 2020). Este proceso, por ende, debe promover la participación activa, el trabajo interdisciplinario e interinstitucional, con el fin de reducir riesgos, eliminar inequidades y neutralizar su progresión. Sólo así se podrán mitigar los resultados desfavorables que pueden afectar el curso de vida de estas personas y sus comunidades (Pérez Sigas et al., 2017).

Las características particulares de las trabajadoras sexuales y las mujeres transgénero se vuelven aún más evidentes al examinar estudios realizados en Brasil y Colombia. Estos estudios subrayan que la falta de identificación, caracterización e intervención aumenta significativamente los riesgos y la vulnerabilidad, especialmente en relación con el consumo de drogas, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Estos resultados reportan la urgente necesidad de intervenciones orientadas a mejorar sus condiciones de vida y promover prácticas sexuales de autoprotección (Braga et al., 2020; Ramos-Jaraba et al., 2021).

La esfera familiar también desempeña un papel fundamental en la configuración del riesgo. El concepto de “doble presencia” se manifiesta entre las

trabajadoras sexuales, dado que muchas deben asumir roles divergentes que no sólo afectan su salud, sino también su bienestar general (Ruiz López et al., 2017). En este contexto, la estigmatización que rodea su sexualidad las coloca en una posición vulnerable. Por lo tanto, el proceso de caracterización adquiere una importancia crucial, dado que sólo al entender estas dinámicas será posible intervenir en los riesgos identificados. En México, por ejemplo, se ha evidenciado que algunas mujeres se ven obligadas a trabajar como trabajadoras sexuales como una alternativa de sostén familiar (Salazar Gutiérrez & Curiel García, 2019). Por tanto, comprender su situación es el primer paso para emprender acciones que mejoren sus trayectorias individuales y familiares, buscando condiciones laborales más favorables. Estos esfuerzos podrían incluir programas educativos y de capacitación, como los que las propias participantes en un estudio solicitaron (Osorio et al., 2018).

Las trabajadoras sexuales a menudo recurren a la policía en situaciones de violencia, pero la realidad no siempre refleja un resultado positivo. Un estudio realizado en Londres con esta población señaló que la Policía a menudo excede en la aplicación de medidas en su contra, lo que resulta en su victimización y afecta su salud mental (Elmes et al., 2022). Esta problemática no es única de Londres y se ha documentado en otras partes del mundo, tal como lo indica un estudio similar en Kazajistán (Mukherjee et al., 2022).

Las tecnologías de la información y la comunicación ofrecen una oportunidad única para reducir los riesgos biológicos asociados al trabajo sexual. Estudios previos han resaltado cómo estas tecnologías pueden brindar información y apoyo crucial a las trabajadoras sexuales (Bernier et al., 2022). Sin embargo, esta investigación también señala que estas mujeres aún deben llevar a cabo actividades presenciales, lo que las coloca en desventaja en comparación con aquellas que pueden ejercer su labor de manera más discreta.

Desde el ámbito laboral, Almanza Beltrán (2022) resalta que el trabajo sexual, si bien es una opción que permite generar condiciones de subsistencia, tiene marcadas diferencias con cualquier otro trabajo, dado que en este la oferta de servicios sexuales como centro de consumo implica un estigma social, situación que no se da con otros trabajos. Por lo tanto, asumir que el trabajo sexual es igual a cualquier otro trabajo es negar la representación social negativa que conlleva (Almanza Beltrán, 2022).

El trabajo sexual ejercido por estas mujeres es independiente e informal, lo que tiene implicaciones significativas en su bienestar. Un estudio en Perú ha des-

tacado cómo esta situación crea una brecha marcada en términos de educación, ingresos y posición socioeconómica. Estos determinantes sociales, identificados en la investigación, se convierten en problemáticas sustanciales para las trabajadoras sexuales (Quispe Mamani et al., 2022). El consumo de sustancias psicoactivas tales como tabaco, alcohol y marihuana, también se ha identificado en este estudio. Al analizarlo a la luz de los determinantes sociales de la salud, se convierte en un factor que profundiza las inequidades. Investigaciones en Irán han resaltado cómo los determinantes estructurales contribuyen a elevar la vulnerabilidad en esta población, subrayando la necesidad de programas centrados en la reducción del consumo (Shokoohi et al., 2021).

Problemas sexuales y reproductivos también han sido identificados en las trabajadoras sexuales, así como factores psicosociales, incluida la violencia en todas sus formas. Investigaciones similares en Zimbabue han destacado cómo la posición social subordinada de estas mujeres las coloca en desventaja y en riesgo de enfrentar situaciones adversas para su salud. En este sentido, los estudios han enfatizado la importancia de planificar intervenciones y servicios de protección específicos para esta población (Crankshaw et al., 2021).

El debate sobre la legalización del trabajo sexual ha cobrado relevancia en diversos países, entre ellos Rumania. Esta discusión surge con el propósito de generar alternativas para reducir las brechas de inequidad en esta población. La idea de dignificar la vida de estas trabajadoras sexuales mediante la formalización de su labor ha comenzado a expandirse en diferentes continentes (Vlase & Grasso, 2023). Sin embargo, este proceso es complejo y conlleva desafíos legales, culturales y sociales que deben ser abordados con cautela.

En muchas regiones de África, las mujeres trabajadoras sexuales enfrentan una doble injusticia. Además de ser vulneradas en términos de derechos, se encuentran atrapadas en una profunda injusticia social. La necesidad de ejercer esta profesión a menudo surge debido al desempleo y a otras condiciones adversas (Dugas et al., 2019). Esta es una preocupación colectiva que exige estrategias laborales a corto plazo, con el objetivo de mejorar los ingresos y las condiciones de vida. Esta urgencia se ve reflejada en los hallazgos de este estudio, en el que se muestra cómo muchas mujeres recurren al trabajo sexual como una forma de dar sustento a sus familias. Esto ha sido confirmado por estudios que afirman que el trabajo sexual ha sido considerado una opción para aumentar los ingresos y proporcionar bienes materiales para las familias (Almanza Beltrán, 2022). Sin embargo, las condiciones inhumanas en las que a menudo se encuentran hacen que las brechas sean

aún más pronunciadas. Además de los bajos ingresos, las condiciones personales, familiares y del entorno son sumamente precarias para ellas.

66

Conclusiones

En el contexto de una ciudad colombiana, el análisis de los determinantes sociales de la salud en la población de mujeres trabajadoras sexuales revela la presencia de inequidades profundas y multifacéticas. Los más afectados en la población de estudio fueron la educación, el empleo y la salud. Al analizar esto desde la interacción entre factores sociales, económicos y culturales se generan notables disparidades. Estas inequidades afectan de manera desproporcionada a los segmentos más vulnerables de la población, perpetuando ciclos de desventaja y limitando el potencial de desarrollo humano y la calidad de vida individual y familiar.

Esta investigación proporciona insumos para la formulación de políticas públicas destinadas a mitigar las inequidades en la población de mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad. Es esencial que las estrategias no sólo se enfoquen en abordar los síntomas superficiales de estas disparidades, sino que contribuyan a la transformación de los determinantes sociales estructurales. La promoción de oportunidades laborales inclusivas, la mejora de la educación y formación accesible, la implementación de políticas de vivienda equitativas y el fortalecimiento de los sistemas de salud son vías cruciales para favorecer la equidad en esta población.

En última instancia, este análisis subraya la necesidad imperativa de un enfoque integral y colaborativo en la formulación de políticas públicas. La participación activa de diversos actores y sectores, que incluye a los gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, es esencial para abordar las

“En el contexto de una ciudad colombiana, el análisis de los determinantes sociales de la salud en la población de mujeres trabajadoras sexuales revela la presencia de inequidades profundas y multifacéticas. Los más afectados en la población de estudio fueron la educación, el empleo y la salud”.

inequidades arraigadas y avanzar hacia un entorno laboral y de salud más equitativo y justo para todas las trabajadoras sexuales de la ciudad. Asimismo, contribuye a promover la educación en la sociedad en general, lo que resulta fundamental en la lucha contra los estigmas y la discriminación que enfrentan estas mujeres.

Referencias

- Almanza Beltrán, N. (2022). Trabajadoras sexuales: violencias y precariedad laboral. *Andamios*, 19(48), 39-60. <https://doi.org/10.29092/uacm.v19i48.894>
- Ángel, M., Calderón, K., Castillo Sánchez, Y., Moreno Pérez, P., & Durán, N. R. (2019). ¿Qué son los determinantes sociales de la salud? *Medicina e Investigación Universidad Autónoma Del Estado de México*, 7(1), 55-59. <https://medicinainvestigacion.uaemex.mx/article/view/18887>
- Asdrúbal Ávila, S. (2016). Estigma y trabajo sexual en Colombia: la construcción de cuerpos deseables. *Revista de la Escuela de Antropología*, XXII, 153-169. <https://doi.org/10.35305/revistadeantropologia.v0iXXII.8>
- Asensio, M. K. (2022). El impacto de las políticas públicas sobre salud, vivienda y seguridad en los derechos de las mujeres que ejercen prostitución. *Methaodos. Revista de Ciencias Sociales*, 10(1), 27-41. <https://doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.523>
- Asociación Médica Mundial. (2000). *Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Barroso-Pavía, R., Passos, T. S., & Ramos, N. C. (2019). Trabajo sexual en Brasil y España: análisis de las principales normas y políticas públicas. *Relies: Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de Las Sexualidades*, 1, 124-146. <https://www.upo.es/revistas/index.php/relies/article/view/4356>
- Bernier, T., Shah, A., Ross, L.E., Logie, C.H. & Seto, E. (2022). The Needs and Preferences of Eastern Canadian Sex Workers in Mitigating Occupational Health and Safety Risks through the Use of Information and Communication Technologies: A Qualitative Study. *PLoS ONE*, 17(6), e0269730, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269730>
- Braga, L. P., Szwarcwald, C. L., & Damacena, G. N. (2020). Characterization of Female Sex Workers In Brazilian State Capitals, 2016. *Epidemiologia e Serviços de Saude : Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil*, 29(4), e2020111. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400002>
- Britos, P., Antonelli, L. N., Abal, F. G., Guerrero, L. D., Urbistondo, M. S., Basualdo, L., Martín, C., & Battaglino, V. L. (2021). *Justicia, derechos humanos y diversidad: debates actuales*. U. N. de M. del Plata.
- Calsin, E., Aréstegui, R., Gómez Palomino, J., Apaza, E., Sardón Meneses, E., & Neira Ortega, I. (2023). Políticas públicas y la violencia contra la mujer en América Latina. *Gestionar: Revista de Empresa y Gobierno*, 3(1), 153-170. <https://doi.org/10.35622/j.rg.2023.01.011>
- Cejudo, G. M., & Michel, C. L. (2016). Coherencia y políticas públicas: metas, instrumentos y poblaciones objetivo. *Gestión y Política Pública*, 25(1), 3-31. <http://www.>

scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792016000100001&lng=es&nr-m=iso&tlng=es

Congreso de Colombia. (2016, julio 19). Ley 1801 de 2016: por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=80538>

Crankshaw, T. L., Chareka, S., Zambezi, P., & Poku, N. K. (2021). Age Matters: Determinants of Sexual and Reproductive Health Vulnerabilities Amongst Young Women Who Sell Sex (16-24 years) in Zimbabwe. *Social Science & Medicine* (1982), 270, 113597. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2020.113597>

Delgado-Beltrán, J. A. (2019). Perspectiva de reglamentación laboral del trabajo sexual en Colombia. *Derecho y Realidad*, 17(34), 43-62. <https://doi.org/10.19053/16923936.v17.n34.2019.10005>

Dugas, M., Bédard, E., Kpatchavi, A. C., Guédou, F. A., Béhanzin, L., & Alary, M. (2019). Structural Determinants of Health: A Qualitative Study on Female Sex Workers in Benin. *AIDS Care*, 31(12), 1471-1475. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1595515>

Elmes, J., Stuart, R., Grenfell, P., Walker, J., Hill, K., Hernandez, P., Henham, C., Rutsito, S., Sarker, S., Creighton, S., Browne, C., Boily, M. ., Vickerman, P., & Platt, L. (2022). Effect of Police Enforcement and Extreme Social Inequalities on Violence and Mental Health among Women Who Sell Sex: Findings From a Cohort Study in London, UK. *Sexually Transmitted Infection*, 98(5), 323-331. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2021-055088>

Gómez Restrepo, A., & Betancur Vásquez, J. L. (2020). El derecho de las mujeres trans al ejercicio del trabajo sexual en condiciones dignas, como desarrollo del principio de no discriminación. *Revista Controversia*, 215,

15-41. <https://doi.org/10.54118/CONTROVER.VI215.1208>

Henríquez-Thorrens, M., Donado-Mercado, A., Lían-Romero, T., Vidarte-Claros, A., Vélez-Álvarez, C., Simón, U., & Barranquilla, B. (2020). Determinantes sociales de la salud asociados al grado de discapacidad en la ciudad de Barranquilla. *Duazary*, 17(1), 49-61. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3221>

Holguín-Zuluaga, J. A., Vélez-Álvarez, C., & Betancurth-Loaiza, D. (2022). Measuring the social determinants of health: an integrative literature review. *Entramado*, 18(2), e-7868. <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.2.7868>

Ismael, D., Gamboa, G., Aremy, A., García, E., Margaret, A., & Winton, A. (2018). Transgender Sex Workers in Chiapas: The Different Forms of Violence in the Process of Construction and Reaffirmation of their Gender Identity. *Sociológica*, 33(94), 139-168. <https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v33n94/2007-8358-soc-33-94-139.pdf>

Laverde Rodriguez, C. A., & Tirado Acero, M. (2020). Carrera moral y significados del dinero en el trabajo sexual: el caso de Bogotá, Colombia. *Revista CIFE: Lecturas De Economía Social*, 22(36), 47-67. <https://doi.org/10.15332/22484914/5437>

Lázaro García, L. (2020). Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(2), 3-5. <https://doi.org/10.31766/revpsijv37n2a1>

Lellis, M. de. (2022). La psicología comunitaria y el ciclo de las políticas públicas. *Revista IT Salud Comunitaria y Sociedad*, 9(9), 42-61. <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/revista-it/article/view/941>

Londoño Marín, V. (2021). La demarcación del riesgo y el ejercicio de poder contra las mujeres trans, trabajadoras sexuales, en

- Manizales, Colombia. *Revista de Estudios Colombianos*, 58, 11-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.53556/rec.vi58.182>
- López Moya, D. (2021). Las políticas públicas como garantía de los derechos fundamentales. *Sociedad & Tecnología*, 4(S1), 44-60. <https://doi.org/10.51247/STV4HS1.113>
- Majuelos Martínez, F., Garrido, Á. A., Carlos, J., & Olmos, C. (2022). Retóricas de la corporeidad en el trabajo sexual. Una etnografía del sexo de pago. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 17(01), 171-193. <https://recyt.fecyt.es/index.php/AIBR/article/view/94044>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of Health Inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- McBride, B., & Janushev, T. (2021). Criminalisation, Health, and Labour Rights Among Immigrant Sex Workers Globally. En S. M. Goldenberg, R. M. Thomas, A. Forbes, & S. Baral (eds.), *Sex Work, Health, and Human Rights: Global Inequities, Challenges, and Opportunities for Action* (pp. 153-171). https://doi.org/10.1007/978-3-030-64171-9_9
- Ministerio de Salud (Minsalud). (1993, octubre 4). Resolución 8430 de 1993: por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RE/SO-LUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Mújica, O. J. (2016). Trascendiendo la invisibilidad: el monitoreo de las desigualdades sociales en salud. *Hacia La Promoción de La Salud*, 21(1), 9-11. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a01.pdf>
- Mújica, Ó. J., & Moreno, C. M. (2019). De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43:e12. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.12>
- Mukherjee, T. I., Pala, A. N., Terlikbayeva, A., Davis, A., Howard, A. A., McCrimmon, T., Mergenova, G., Primbetova, S., Witte, S. S., & El-Bassel, N. (2022). Social and Structural Determinants of Health Associated With Police Violence Victimization: A Latent Class Analysis of Female Sex Workers Who Use Drugs in Kazakhstan. *The International Journal on Drug Policy*, 106, 103750. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGPO.2022.103750>
- Nogueira, J., Rocha, D. G., & Akerman, M. (2020). Políticas públicas adoptadas en la pandemia de la Covid-19 en tres países de América Latina: contribuciones de la promoción de la salud para no volver al mundo que existía. *Global Health Promotion*, 28(1), 117-126. <https://doi.org/10.1177/1757975920977837>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011a). *Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud* (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_16-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011b). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud* (pp. 1-8). https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration_spanish.pdf?sfvrsn=891f1a3b_5
- Osorio, E. V., Ocampo, D. A. A., & Pineda, J. E. R. (2018). Determinantes sociales en salud que influyen en la prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales de la zona céntrica de la ciudad de Armenia, Quindío, Colombia. *Saúde Soc*, 27(3), 944-956. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180066>
- Pérez Siguar, R., Matta Solís, H., Espinoza Moreno, T., & Paredes Tafur, C. (2017). Caracterización del riesgo familiar total y tipo de familia en pobladores de un asentamiento humano de un distrito de Lima Norte.

Peruvian Journal of Health Care and Global Health, 1(1), 18-23. <https://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/5>

Poteat, T., German, D., & Flynn, C. (2016). The conflation of Gender and Sex: Gaps and Opportunities in HIV Data Among Transgender Women and MSM. *Global Public Health*, 11(7-8), 835-848. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134615>

Quispe Mamani, J. C., Flores Turpo, G. A., Calcina Álvarez, D. A., Yapuchura Saico, C. R., Velásquez Velásquez, W. L., Aguilar Pinto, S. L., Quispe Quispe, B., Quispe Maquera, N. B., & Cutipa Quilca, B. E. (2022). Gap and Inequality in the Economic Income of Independent Workers in the Region of Puno-Peru and the Effect of the Pandemic, 2019-2020. *Frontiers in Sociology*, 7, 858331. <https://doi.org/10.3389/FSOC.2022.858331>

Ramos-Jaraba, S. M., Berbesí-Fernández, D. Y., Bedoya-Mejía, S., Molina-Estrada, A. P., Martínez-Rocha, A., & Segura-Cardona, Á. M. (2021). Factores asociados a la percepción de vulnerabilidad al VIH en mujeres transgénero de tres ciudades de Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(2), 232-239. <https://doi.org/10.17843/RPMESP.2021.382.6043>

Ruiz López, P., Pullas Tapia, P., Parra Parra, C. A., & Sánchez, R. (2017). La doble presencia en las trabajadoras femeninas: equilibrio entre el trabajo y la vida familiar. *Revista de Comunicación de La SEECI*, (44), 33-51. <https://doi.org/10.15198/seeci.2017.44.33-51>

Salazar Gutiérrez, S., & Curiel García, M. M. (2019). El cuerpo negociado, el cuerpo mercancía. Trabajo sexual y precarización de la vida en Ciudad Juárez, México. *Espiral Estudios Sobre Estado y Sociedad*, 26(75), 89-117. <https://doi.org/10.32870/EEES.V26I75.6963>

Sánchez Palacio, N., Betancurth Loaiza, D. P., & Jiménez Álvarez, A. (2020). La visita familiar desde los determinantes sociales de la salud: aporte de enfermería a la atención primaria. *Revista Cuidarte*, 11(1) e935. <https://doi.org/10.15649/CUIDARTE.935>

Shapiro, A., & Duff, P. (2021). Sexual and Reproductive Health and Rights Inequities Among Sex Workers Across the Life Course. En S. M. Goldenberg, R. M. Thomas, A. Forbes, & S. Baral (eds.), *Sex Work, Health, and Human Rights: Global Inequities, Challenges, and Opportunities for Action* (pp. 61-77). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-64171-9_4

Shokoohi, M., Karamouzian, M., Dolan, K., Sharifi, H., & Mirzazadeh, A. (2021). Social and Structural Determinants of Health Associated With Drug Use Patterns Among Female Sex Workers in Iran: A Latent Class Analysis. *The International Journal on Drug Policy*, 91, 102798. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGPO.2020.102798>

Sousa, P. K. R. de, Miranda, K. C. L., & Franco, A. C. (2011). Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 381-384. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200026>

Vélez Álvarez, C., Paola, D., Loaiza, B., & Osorio, C. G. (2020). Determinantes sociales de la salud y riesgo familiar en población de dos municipios de Caldas. *Revista Investigaciones Andina*, 22(40), 153-164. <https://doi.org/10.33132/01248146.1592>

Vlase, I., & Grasso, M. (2023). Support for Prostitution Legalization in Romania: Individual, Household, and Socio-Cultural Determinants. *The Journal of Sex Research*, 60(6), 937-946. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1968334>