



Comprensión de las prácticas de salud de hombres migrantes que ejercen la prostitución: un estudio cualitativo en Colombia

Understanding the health practices of male migrants who engage in prostitution: a qualitative study in Colombia

AUTORES

(1,2) Freddy Elías Perilla-Portilla
[ORCID: 0000-0001-5582-7951]

(3) Wimber Ortiz-Martínez
[ORCID: 0009-0009-7739-3061]

FILIACIONES

(1) Profesor a tiempo completo de Enfermería. Universidad de Pamplona. CÚCUTA, COLOMBIA.

(2) Egresado de Maestría en Salud colectiva. Universidad Antonio Nariño. BOGOTÁ, COLOMBIA.

(3) Decano nacional de la Facultad de Enfermería. Universidad Antonio Nariño. BOGOTÁ, COLOMBIA.

FINANCIACIÓN

Para el desarrollo de este trabajo, la Universidad Antonio Nariño otorgó la licencia del software *Atlas. T* para el procesamiento de los datos.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPTUALIZACIÓN, ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN, CONSTRUCCIÓN DEL DOCUMENTO, REVISIÓN Y EDICIÓN DEL ESCRITO: FE Perilla-Portilla.

GESTIÓN DE SOFTWARE: W Ortiz-Martínez.

DISEÑO DE LA METODOLOGÍA, ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO, ESCRITURA DEL BORRADOR ORIGINAL: FE Perilla-Portilla, W Ortiz-Martínez.

CORRESPONDENCIA

Freddy Elías Perilla-Portilla fperilla@gmail.com

Avenida Libertadores #27-48, apartamento 204, torre B. Conjunto Residencial Balcones de San Francisco. Cúcuta, Colombia.

CITA SUGERIDA

Perilla-Portilla FE, Ortiz-Martínez W. Comprensión de las prácticas de salud de hombres migrantes que ejercen la prostitución: un estudio cualitativo en Colombia. *Rev Esp Salud Pública*. 2025; 99: 19 de noviembre e202511077.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La salud de los hombres migrantes que ejercen la prostitución en Colombia ha sido históricamente invisibilizada en la investigación académica. Esta población enfrenta barreras estructurales y simbólicas que configuran prácticas de salud moldeadas por la exclusión, el estigma y la precariedad. Desde la perspectiva crítica de la salud colectiva, esta investigación se justifica en la necesidad de analizar las prácticas de salud como expresión de los procesos históricos, sociales, económicos y culturales que estructuran las formas de vivir, enfermar y cuidarse, en consonancia con el enfoque de la determinación social de la salud. El objetivo del trabajo fue analizar las prácticas de salud que tenían los hombres migrantes que ejercían la prostitución en las ciudades de Cali o Popayán (Colombia).

MÉTODOS // Se utilizó un abordaje cualitativo con método de etnografía enfocada por medio de la observación participante, la entrevista semiestructurada y el diario de campo. Se realizó triangulación de los datos y se analizó la información con base a lo establecido por Graham. Los criterios de inclusión fueron hombres migrantes, mayores de dieciocho años. La selección de los participantes fue a través de muestreo de bola de nieve. Se analizaron ocho entrevistas de hombres migrantes que residían en Colombia. No se realizó análisis estadístico, debido a la metodología del estudio.

RESULTADOS // Se identificaron 405 códigos, 140 citas, once memorandos y dos redes, organizados en una categoría principal (autogestión de la salud) y una categoría emergente (condiciones de vida), con tres subcategorías: acceso a servicios; prácticas culturales de cuidado; y prácticas de autocuidado. Las prácticas de salud se articularon a experiencias de marginación, inseguridad laboral y estrategias adaptativas frente a barreras institucionales.

CONCLUSIONES // La determinación social de la salud se manifiesta como eje estructural que condiciona las decisiones, saberes y prácticas de salud en esta población, reflejando un entramado de exclusión, estigmatización y resiliencia social.

PALABRAS CLAVE // Migrantes; Conocimientos, Actitudes y prácticas en Salud; Trabajo sexual; Investigación cualitativa.

ABSTRACT

BACKGROUND // The health of male migrants who engage in prostitution in Colombia has historically been invisible in academic research. This population faces structural and symbolic barriers that shape health practices shaped by exclusion, stigma and precariousness. From the critical perspective of collective health, this research is justified in the need to analyse health practices as an expression of historical, social, economic and cultural processes that structure ways of living, to become ill and take care of oneself, in line with the social determinant of health approach. The aim of this paper was to analyse the health practices of male migrants who engaged in prostitution in the cities of Cali or Popayán (Colombia).

METHODS // A qualitative approach was used with an ethnographic method focused on participant observation, semi-structured interview and field diary. Triangulation of the data was carried out and the information was analyzed based on what Graham had established. The inclusion criteria were migrant men, over eighteen years of age. The selection of participants was through snowball sampling. Eight interviews with migrant men living in Colombia were analyzed. No statistical analysis was carried out, due to the study methodology.

RESULTS // 405 codes, 140 citations, eleven memos and two networks were identified, organized into a main category (health self-management) and an emerging category (living conditions), with three subcategories: access to services, cultural care practices and self-care practices. Health practices were linked to experiences of marginalization, job insecurity and adaptive strategies in the face of institutional barriers.

CONCLUSIONS // The social determination of health manifests itself as a structural axis that conditions the decisions, knowledge and practices of health in this population, reflecting a web of exclusion, stigmatization and social resilience.

KEYWORDS // Transients and migrants; Health knowledge, attitudes, practice; Sex work; Qualitative research.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los datos proporcionados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sobre la movilidad de las personas en Latinoamérica, ha habido transformaciones significativas en la movilización durante la última década (1). Así mismo, se observa como, en la actualidad, el 34% de la población migrante es de sexo masculino, cifra que se ha incrementado a lo largo de los años, pasando de 575.805 hombres en 2019 a 941.348 para 2022, con un incremento del 63,4%, dónde se evidencia que entre los principales motivos se encuentran la búsqueda de soporte económico, alimentación y calidad de vida, siendo los principales países receptores Colombia, México y Chile (2). En este sentido, la migración masculina en los países receptores se ha entrelazado con la escasez de oportunidades laborales, llevando a los hombres migrantes a establecer redes de trabajo conocidas como *Sexoservidores* (3). Estas redes representan una fuente de ingresos económicos mediante la provisión de servicios sexuales para la población migrante masculina, los cuales generan prácticas encaminadas al cuidado de sí mismos, acorde a sus culturas y creencias. Basándonos en lo anterior, se pueden abordar diferentes perspectivas sobre el tema de la prostitución, destacándose dos áreas importantes: la prostitución como un elemento de la realidad social y las prácticas de salud relacionadas con la prostitución masculina. Entendiéndose que la salud de los hom-

bres que se dedican a la prostitución puede verse afectada por una variedad de factores, como aspectos sociales, económicos y culturales (4), y dadas las situaciones de vulnerabilidad y las disparidades en el acceso a los servicios de salud, entre otras, esta población genera prácticas propias de cuidado partiendo desde sus propias historias de vida, creencias culturales y conocimientos. Es así que, tras la revisión de la literatura, se logra observar desde la salud colectiva la importancia de tomar la categoría *autogestión de la salud* como categoría predefinida. Por lo anterior, esta investigación se desarrolló con el objetivo de analizar las prácticas de salud que tenían los hombres migrantes que ejercían la prostitución.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se desarrolló una investigación de tipo cualitativo con metodología etnografía enfocada, ya que esta se interesa en comprender cómo la cultura moldea comportamientos, acciones y prácticas; la etnografía se emplea en disciplinas como la salud, las ciencias sociales y las aplicadas como un enfoque idóneo para abordar interrogantes prácticas sobre las influencias culturales (5). La población estuvo constituida por hombres migrantes que ejercían la prostitución. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de dieciocho años; tener nacionalidad venezolana; residir en las ciudades de Cali o Popayán (Colombia); y haber ejercido la prostitución en contextos urbanos dentro del último año.

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Los criterios de exclusión incluyeron: no tener capacidad legal para brindar consentimiento informado; o no tener dominio suficiente del idioma español para participar en la entrevista. La selección de participantes se realizó de forma intencionada a través de dos métodos: el primero fue por medio de un muestreo tipo bola de nieve; y el segundo fue mediante búsqueda de hombres migrantes que promocionaban sus servicios a través de sitios web, hasta obtener una saturación de los datos relacionados con el fenómeno de estudio.

Todos los participantes incluidos en el estudio fueron de nacionalidad venezolana, en coherencia con la alta proporción de migrantes provenientes de dicho país que actualmente residen en Colombia, donde más del 80% de la población migrante en el país es de origen venezolano, lo que justifica su inclusión como grupo focal para comprender las dinámicas de salud dentro del fenómeno migratorio (6).

La recolección y análisis de datos se llevó a cabo durante el segundo semestre de 2023 y el primer semestre de 2024, lo cual permitió integrar hallazgos de campo actualizados al contexto sociopolítico reciente de la migración venezolana en Colombia.

Aplicando los alineamientos de la metodología etnográfica enfocada, el proceso de investigación se desarrolló en dos etapas distintas. En la primera fase, el investigador se integró y colaboró con los integrantes de la comunidad para recolectar datos relevantes para el estudio mediante enfoques y herramientas cualitativas. En la segunda fase, se llevó a cabo un análisis desde una perspectiva procedimental. En este planteamiento de investi-

gación, la implementación de la primera fase implicó sumergirse en el ambiente, observar y ahondar en el fenómeno en cuestión. La segunda etapa consistió en examinar e interpretar la representación social de la salud entre estos hombres migrantes que ejercían la prostitución (7). Para la recolección de datos se utilizaron como herramientas la entrevista semiestructurada, diarios de campo y la observación participante.

El análisis de datos de la investigación se realizó siguiendo las directrices propuestas por Graham (8). Las etapas del análisis fueron:

1. **Familiarización:** Se realizó una lectura y relectura cuidadosa de los datos para obtener una comprensión profunda del contenido. Se identificaron ideas, conceptos y temas emergentes.
2. **Codificación:**
 - a) Se importaron las entrevistas transcritas al software *Atlas.Ti*, versión 24.0.
 - b) Se realizó una codificación abierta, identificando códigos relevantes a partir de los datos, entre los que se destacaron algunos como: prácticas de salud (acceso limitado, obstáculos y desafíos para acceder a los servicios de salud, remedios caseros y baño después del sexo), prácticas de autocuidado (uso del condón), entre muchos otros.
 - c) Se agruparon los códigos similares en categorías, generando la categoría *autogestión de la salud* y una categoría emergente denominada condiciones de vida.

3. Análisis:

De acuerdo con las directrices de Graham, se llevó a cabo una triangulación de datos para obtener una visión más precisa del fenómeno en estudio. Esta triangulación implicó la combinación de datos obtenidos a través de tres técnicas cualitativas: entrevistas semiestructuradas; observación participante; y diarios de campo. Este enfoque permitió revelar diversas dimensiones de la realidad social, en las cuales las personas no siempre actuaban de manera uniforme, contribuyendo así a la búsqueda de modelos convergentes para desarrollar o confirmar la interpretación global de las prácticas de salud en hombres migrantes que ejercían la prostitución.

Para llevar a cabo este proceso de triangulación se siguió un procedimiento detallado. Inicialmente, se transcribieron las entrevistas, diarios de campo y observaciones participantes, generando archivos de texto independientes para cada uno. Estos archivos se cargaron luego en el *software ATLAS.ti* versión 24.0 para facilitar el análisis cualitativo de los datos, asignando códigos específicos a temas, conceptos o ideas relevantes en cada documento.

A medida que se generaban las codificaciones en cada documento, estas enriquecían tanto las categorías predefinidas como las emergentes relacionadas con el fenómeno en estudio, refinándolas y ampliándolas conforme se profundizaba en la información recopilada. Durante el análisis mediante *ATLAS.ti*, se monitorizó la saturación de datos para cada categoría, asegurando la obtención de suficiente infor-

mación y diversidad de perspectivas para comprender completamente cada aspecto del fenómeno estudiado.

Finalmente, se evaluó la coincidencia entre la información obtenida de entrevistas, diarios de campo y observaciones, comparando las codificaciones y categorías generadas a partir de cada técnica de recolección de datos. Este proceso de comparación permitió validar y enriquecer los hallazgos obtenidos, confirmando los a través de la consistencia entre la información proporcionada por los entrevistados y lo observado por el investigador en el campo.

En términos de convergencia, se identificó que la subcategoría *acceso a servicios de salud* fue mencionada en todas las entrevistas y también evidenciada en la observación de barreras institucionales durante los recorridos con los participantes, lo que consolidó su relevancia. Las prácticas culturales de cuidado, como el uso de remedios caseros o rituales higiénicos (baño postcoital), emergieron tanto en el discurso narrado como en observaciones registradas en el diario de campo. En cuanto a divergencias, algunas tensiones surgieron en la subcategoría *prácticas de autocuidado*, donde ciertos participantes verbalizaban el uso constante del condón, mientras en las observaciones se evidenciaban inconsistencias o racionalizaciones distintas. Estas diferencias fueron fundamentales para matizar las conclusiones sobre autogestión de la salud, mostrando que las prácticas no eran homogéneas, sino situadas y negociadas.

Es importante destacar que este estudio siguió los criterios de rigurosidad científica en la investigación cua-

Tabla 1
 Datos sociodemográficos.

Variable	Total	
Edad	18-19	1
	20-30	5
	30-40	2
Nivel educativo	Bachiller	5
	Técnico	3
Afiliación al SGSSS	Afiliado	3
	No afiliado	5
Orientación Sexual	Heterosexual	2
	Bisexual	2
	Homosexual	4

Fuente: realización propia.

litativa. La fiabilidad se garantizó al obtener una comprensión exhaustiva y profunda de las experiencias de los participantes en el fenómeno estudiado, lo cual se logró mediante la elección del método (el método etnográfico enfocado) y las técnicas recomendadas. La transferibilidad se aseguró al centrarse en la representación social y al seleccionar a los participantes a medida que avanzaba y se desarrollaba la investigación. Por último, la confirmabilidad se logró mediante la socialización y validación de los resultados con los sujetos de estudio, lo que permitió realizar ajustes pertinentes según fuera necesario (9).

Esta investigación contó con el aval ético del comité perteneciente a la Uni-

versidad Antonio Nariño y los participantes firmaron consentimiento informado antes de la participación en la investigación; dicho consentimiento contaba con toda la información en relación a la investigación.

RESULTADOS

Los datos recopilados a continuación describen las características sociodemográficas de los participantes entrevistados. Se observó que la edad de los hombres migrantes que ejercían la prostitución oscilaba entre los diecinueve y treinta y tres años, con una edad promedio de 26,75 años. Respecto a la educación, destacó que la mayoría tenía estudios de Bachillerato. Así mismo, se identificó que cinco participantes no contaban con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con relación a su orientación sexual se identificó que declaraban ser heterosexuales, bisexuales u homosexuales [TABLA 1].

Aunque se contempló la posibilidad de diferencias en las prácticas de salud según edad, nivel educativo u orientación sexual, los hallazgos no evidenciaron variaciones estadísticas significativas entre los participantes. Independientemente de su formación académica, identidad sexual o edad, los hombres compartieron patrones culturales y estrategias similares de cuidado y acceso a la salud, lo cual refuerza la noción de que estas prácticas respondían más a condiciones estructurales a nivel sociocultural que a variables sociodemográficas particulares.

A través del *software*, se identificaron 140 citas, dos redes, once memorandos y 405 códigos. Estos 405 códigos, surgidos durante el análisis de

datos, fueron agrupados en una categoría principal y tres subcategorías, las cuales se originaron de forma natural durante el proceso de codificación, reflejando los temas recurrentes y las relaciones entre los códigos. Además, se identificó una categoría emergente que no estaba inicialmente prevista, pero que resultó ser significativa para la comprensión del tema de estudio.

Categoría autogestión de la salud.

Esta categoría reflejó la percepción de los hombres migrantes acerca del autocuidado de su salud, en la cual ellos asumían la responsabilidad y el control sobre su bienestar, basándose en los aspectos culturales e históricos que habían internalizado. Además, manejaban sus recursos de manera consciente y, basándose en ellos, tomaban decisiones encaminadas a mantener su salud según lo que consideraban saludable.

De esta manera, la autogestión de la salud se interpreta como un proceso social en el cual tanto los individuos como las comunidades asumían el control y la responsabilidad sobre su propia salud. Esto implica una participación en la toma de decisiones, la gestión de recursos y la adquisición de conocimientos y habilidades para el cuidado y la promoción de la salud.

Subcategoría acceso a los servicios de salud. Esta categoría identificó los desafíos y limitaciones que enfrentaban los hombres migrantes que se dedicaban a la prostitución al intentar obtener atención médica y otros servicios de salud esenciales. Estos desafíos comprendían diversos aspectos, como los costos asociados con los servicios de salud, el acceso restringido, así como los obstá-

culos y dificultades para integrarse en el sistema de atención médica.

Se observó que las personas que se dedicaban a la prostitución enfrentaban obstáculos significativos para acceder a la atención médica debido a su estatus migratorio. Estos desafíos abarcaron dificultades para conseguir un empleo legal, lo que reducía su capacidad para costear y calificar para el seguro de salud. Además, el estigma social asociado con el trabajo sexual los desanimaba aún más a buscar atención médica.

"...como te digo, el proceso para acceder a la salud en Colombia es complicado para los migrantes, especialmente para gente como uno que no tiene los papeles, porque eso hay que dar muchas vueltas para poder conseguir que medio lo atienda a uno." RF

De igual forma, para acceder a los servicios de salud debían hacerlo de forma particular, ya sea por las condiciones de ilegalidad en el país o por confidencialidad de la información, ya que al pagar podían usar los servicios de forma más rápida, segura y discreta.

"Pues... yo si lo hago particular, particular, porque pues siento que, que es como un poco más privado, no sé qué tipo de información, aunque todo es confidencial, ¿no?" JP

Subcategoría prácticas culturales de cuidado. Esta categoría recogió el discurso en relación con las costumbres, tradiciones y creencias relacionadas con la salud y el bienestar que se practicaban entre los hombres migrantes que ejercían la prostitución. Estas prácticas podían incluir baño después del sexo, remedios caseros e incluso la

automedicación, aspectos que forman parte de una historicidad del participante y que es parte fundamental de él.

Se observó que la población que se dedicaba a la prostitución mostraba prácticas culturales para el cuidado, entre las que se observó la higiene personal como uno de los elementos fundamentales entre sus creencias.

“Pues allá siempre me decían que apenas cogiera (coger en el sentido de tener relaciones sexuales), pues tenía que bañarme muy bien y que tenía que refregarme el jabón en el pene, eso arde como el... pero pues allá siempre me dijeron que eso me ayudaba que me dieran infecciones y enfermedades.” RF

De igual forma, usaban sustancias psicoactivas como métodos para el manejo de su salud a nivel mental, control de emociones o para poder desarrollar los servicios a los que los contratan.

“El trabajo pues estoy trabajando bajo presión, pues fumo más cigarrillo más de lo a menudo, pero por lo general media cajetilla que contiene diez cigarrillos es lo que me puede durar diariamente.” JP

Por otro lado, el cuidado casero y la automedicación eran aspectos que se hacían presentes en esta población, replicando los cuidados que habían sido enseñados en su país o por familiares, manteniendo la cultural propia.

“Yo para cuidarme pues, ejemplo me siento con gripa con cualquier cosa así voy y veo, pues a ver qué me compro en la farmacia o cualquier remedio casero, por ejemplo a veces el limón hago una limonada caliente con, con manzanilla o

manzanilla caliente un papelón o panela con limón caliente.” GA

Subcategoría práctica de autocuidado.

Esta categoría reconoce las acciones y comportamientos que esta población llevan a cabo de manera autónoma para preservar su salud física y mental.

Es así como, el autocuidado de los hombres migrantes que ejercen la prostitución se centra en el uso del condón, realizar ejercicios encaminados a mantener un cuerpo y una salud física y la toma de exámenes.

“Mira otra cosa o sea eso sí, yo uso condón porque aja toca, o sea, uso condón yo me cuido mucho de cosas de esas...” GA

“Este trabajo pues exige, pero no, no casi siempre hay que mantenerse en forma porque siempre con su ejercicio su buena comida todo eso todo lo que me mande la ley.” ML

Categoría emergente condiciones de vida.

Esta categoría abarcó las condiciones de vida y entorno en las que se desenvolvían los participantes, destacando aspectos sociales y geográficos. Se evidenció que residían en zonas de riesgo e inseguridad, con calles sin pavimentar y en viviendas antiguas. A menudo, debían caminar para acceder al transporte público y, en ocasiones, compartir baños con personas no relacionadas directamente con ellos. Estas condiciones eran resultado de las barreras enfrentadas al llegar al país y de los estigmas sociales presentes.

“Pues chamo es que es difícil, como te digo, no más mira donde yo vivo, estoy en el centro de la ciudad, pero

acá el barrio es peligroso, la verdad no tengo como muchas cosas y vivo ahí como humildemente.” ML

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio revelan que los hombres migrantes que ejercen la prostitución en Colombia desarrollan prácticas de salud caracterizadas por una gestión autónoma de su bienestar, influenciadas profundamente por las condiciones sociales, económicas y culturales en las que se insertan. La autogestión de la salud, el uso de prácticas culturales de cuidado, el acceso limitado a servicios médicos y las condiciones precarias de vida emergen como ejes clave que estructuran su relación con la salud. Estos hallazgos visibilizan un fenómeno escasamente abordado en la literatura científica latinoamericana: cómo las masculinidades migrantes se construyen y sostienen dentro del trabajo sexual bajo una lógica de supervivencia.

Autogestión de la salud. Analizando los datos obtenidos en la investigación, considerando su dimensión particular y singular, se evidencia que los hombres migrantes que se dedican a la prostitución asumen acciones y compromisos relacionados con su salud y bienestar. Estas acciones están claramente influenciadas por factores sociales, culturales y económicos. Según Pineda y Ávila (10), las prácticas de salud de estos hombres migrantes deben tener en cuenta el contexto territorial como un factor crucial que influye en su identidad, experiencias y necesidades. La liberación territorial, entendida como un proceso de alejamiento de las normas de la sociedad urbana moderna y la búsqueda activa

de estilos de vida alternativos, puede ser un espacio para la transformación social donde estos hombres puedan construir autonomía en la gestión y uso del conocimiento sobre su salud.

En los hallazgos del estudio, esta autogestión se traduce en el uso estratégico de conocimientos previos, experiencias migratorias y recursos disponibles para hacer frente a contextos hostiles, como la exclusión del sistema formal de salud. Por ejemplo, varios participantes refieren evitar acudir a centros de salud por carecer de afiliación al sistema de salud colombiano, lo cual los obliga a recurrir a prácticas informales, automedicación o al uso de remedios caseros. Esta exclusión institucional no solo representa una barrera material, sino también simbólica, que refuerza su condición de marginalidad.

Esto se relaciona con lo mencionado por Breilh (11), quien señala que las prácticas de salud son parte de una realidad compleja que involucra una interacción activa de aspectos económicos, culturales y sociales. En este sentido, la determinación social de la salud (12) se configura como una matriz estructural que atraviesa y condiciona las decisiones y acciones de cuidado que estos hombres emprenden, sin reducirse a la conducta individual.

El estigma social, por su parte, no solo afecta a su autoestima y bienestar mental, sino también a su disposición a buscar atención médica o participar en campañas de Salud Pública, por temor a ser juzgados o discriminados. Esta autoexclusión es una respuesta adaptativa frente a entornos percibidos como hostiles, y refuerza la invisibilidad institucional de esta población.

Además, la relación entre la autogestión de la salud y la determinación social de la salud es clave en el contexto de los hombres migrantes que ejercen la prostitución. Al reconocer su empoderamiento en la gestión de su propia salud, estos individuos pueden reducir el impacto de los elementos sociales negativos y mejorar sus posibilidades de bienestar. Esta idea se entrelaza con lo dicho por Keller Garganté (13) sobre el apoyo mutuo y el activismo en salud mental, quien aborda cómo las comunidades y los individuos pueden enfrentar los desafíos de salud desde una perspectiva colectiva, reconociendo y superando las barreras sociales y estructurales que afectan su bienestar.

Acceso a los servicios de salud. Los migrantes en Colombia enfrentan una serie de obstáculos para acceder a la salud. Estos desafíos son similares a los que experimentan los colombianos, pero se intensifican por la inestabilidad económica, la discriminación y la falta de comprensión de sus derechos como ciudadanos (14). Los resultados de la investigación muestran que la relación entre los participantes y el sistema de salud revela diversas barreras que dificultan el acceso a la atención médica. Estas abarcan obstáculos relacionados con el estatus migratorio, la disponibilidad limitada de servicios de salud básicos y los desafíos económicos para obtener atención médica. Este hallazgo coincide con el estudio de Fernández-Niño y Luna Orozco (15), donde se resalta la complejidad de los desafíos que enfrentan los migrantes para acceder a la atención médica.

A diferencia de los contextos europeos, donde existen mecanismos institucionales de Atención Primaria para migrantes, en el contexto colombiano

los participantes no solo enfrentan desconocimiento legal, sino una falta de canales accesibles para la regularización y atención (16).

Además, el estigma social ligado al estatus migratorio es una barrera para buscar atención médica. Los participantes enfrentan discriminación en centros de salud, desmotivándolos a buscar atención. Coincide con el trabajo de Duarte *et al.* (17), que evidencian discriminación hacia la población migrante. Para superar estas barreras, optan por servicios de salud privados, más rápidos y discretos. Sin embargo, implican costos adicionales prohibitivos para aquellos con recursos limitados.

Prácticas culturales de cuidado. Los hallazgos muestran cómo los participantes recurren a costumbres y creencias en su cuidado personal, como los remedios caseros. Esto se vincula con la investigación de Parra Samboni (18), donde se explora cómo las prácticas ancestrales de cuidado de la salud son movilizadas por las familias venezolanas en contextos de migración, como una forma de mantener su salud y bienestar en un entorno nuevo y desconocido. Al igual que nuestros resultados, esta autora destaca cómo estas prácticas culturales de cuidado son parte integral de la identidad y la resiliencia de las comunidades migrantes.

De manera similar, este aspecto se relaciona con las ideas presentadas por Bertoni (19), ya que tanto los resultados de esta investigación como los de la autora examinan cómo las comunidades migrantes emplean sus propias tradiciones y creencias para mantener su salud. Bertoni explora cómo los migrantes bolivianos utilizan diversos enfoques terapéuticos, que pueden incluir

prácticas tradicionales como el uso de hierbas medicinales o rituales culturales. Estos enfoques reflejan cómo las comunidades migrantes mantienen y ajustan sus prácticas de cuidado de la salud en un nuevo entorno, en línea con los hallazgos de esta investigación.

La recurrencia a prácticas tradicionales también evidencia un rechazo o crítica implícita al modelo biomédico hegemónico, que no siempre se percibe como confiable, accesible o respetuoso. Esta lectura cultural del cuidado ofrece alternativas simbólicas y pragmáticas ante la desatención estatal.

Estos descubrimientos también son respaldados por la investigación de Hernández-Vásquez *et al.* (20), quienes encontraron que una parte significativa de la población venezolana en Perú recurre a la automedicación como respuesta a las barreras de acceso a los servicios de salud. Esta práctica es empleada por alrededor del 12% de la población estudiada. Este fenómeno ejemplifica la capacidad de la población migrante para buscar alternativas y soluciones ante la limitada accesibilidad a la atención médica, incluyendo la autoadministración de medicamentos para aliviar sus dolencias o malestares.

En línea con esto, Pérez Ripossio (21) explora aspectos vinculados a la sexualidad y el consumo de drogas en migrantes sudamericanas durante la práctica del trabajo sexual. Aunque los enfoques difieren ligeramente, se observan resultados similares entre ambos estudios en cuanto al uso de sustancias psicoactivas como método para manejar la salud mental y controlar emociones. Ambos estudios revelan cómo estas poblaciones recurren a prácticas como

el consumo de drogas a modo de estrategia para enfrentar los desafíos emocionales y laborales asociados con su trabajo y estilo de vida.

Prácticas de autocuidado. Uno de los descubrimientos más importantes, según la investigación, es la utilización del condón como medida preventiva contra las enfermedades de transmisión sexual. Aunque los participantes reconocen su importancia, a veces pueden negociar su uso. Este hallazgo coincide con las conclusiones de Ruiz-Bugarin *et al.* (22), quienes resaltan la importancia del condón para prevenir tanto enfermedades de transmisión sexual como embarazos no deseados. Para la población migrante que se dedica a la prostitución, el uso constante del condón durante las relaciones sexuales con clientes es crucial para el autocuidado. Sin embargo, factores como la negociación con los clientes y la presión económica y social pueden afectar su uso.

Además, los hombres migrantes que ejercen la prostitución adoptan estilos de vida saludables, como el ejercicio físico regular y el manejo del estrés, reflejando una comprensión del bienestar integral y la salud mental en su trabajo. Según Mendieta-Izquierdo (23), el ejercicio físico es parte de su autocuidado, contribuyendo no solo a mantener un cuerpo saludable y atractivo para los clientes, sino también a reducir el estrés, mejorar el estado de ánimo y promover la salud cardiovascular.

Condiciones de vida. Las condiciones de vida de estos hombres son determinantes para su salud y bienestar, como indican varios estudios recientes en salud colectiva. Por ejemplo, el estudio

de Calquín *et al.* (24) analizó cómo las condiciones de vida precarias aumentan la vulnerabilidad de las poblaciones migrantes frente a enfermedades y problemas de salud adversos. Sus hallazgos respaldan la noción de que factores materiales y sociales, como la inseguridad residencial y la falta de acceso a servicios básicos, impactan significativamente en la salud de estos individuos.

Por ende, la relación entre las prácticas de salud y las condiciones de vida emerge como un aspecto crítico de la investigación, esencial para abordar el bienestar general de los hombres migrantes que ejercen la prostitución. Las precarias condiciones de vida en las que residen, con inseguridad y falta de infraestructura básica y acceso a servicios esenciales, impactan directamente en su salud y en las medidas que toman para cuidarse. Esto se refleja en cómo las limitaciones materiales y sociales influyen en su acceso a la atención médica y la adopción de estilos de vida saludables, en concordancia con los hallazgos de la investigación de Hyun-Jin, Kyoungrim y Kyo-Yeon (25), que analiza la calidad de vida relacionada con la salud de los trabajadores migrantes.

A modo de conclusiones, señalar que las prácticas de salud de los hombres migrantes que se dedican a la prostitución están estrechamente ligadas a su entorno social y económico. La determinación social de la salud desempeña un papel fundamental en la formación de estas prácticas, ya que factores como la discriminación, la exclusión social, la pobreza y la falta de acceso a servicios básicos afectan directamente a su bienestar físico y mental.

Desde la perspectiva específica de la determinación social de la salud, se observa que los migrantes que ejercen la prostitución enfrentan condiciones de vida difíciles, que incluyen la exposición a la violencia, el estigma y la marginación. En consecuencia, sus prácticas de salud se convierten en **estrategias de adaptación y supervivencia**, donde priorizan la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el uso de prácticas culturales de cuidado y el autocuidado como medios de protección.


Los hallazgos de este estudio evidencian la necesidad de diseñar intervenciones en Salud Pública que partan de un enfoque intercultural, libre de estigmas y centrado en las trayectorias migratorias de los hombres que ejercen el trabajo sexual. Se recomienda implementar programas comunitarios de acceso a servicios de salud que no requieran afiliación previa, así como estrategias de sensibilización del personal de salud para reducir la discriminación institucional.

A nivel de políticas públicas, se sugiere incluir a esta población dentro de los marcos de atención diferencial y enfoque interseccional, reconociendo su condición migratoria, laboral y de género. La flexibilización de los requisitos de acceso al sistema de salud para personas en situación irregular podría mejorar significativamente sus condiciones de vida.

Finalmente, futuras investigaciones deberían ampliar la muestra y comparar diferentes regiones o contextos nacionales, así como explorar dimensiones específicas como la salud mental, el consumo de sustancias o el impacto de las redes de apoyo en las

estrategias de cuidado. Este estudio aporta un primer paso hacia la comprensión integral de una población marginada y abre el camino para la generación de conocimiento desde una realidad social, lo cual resulta útil para la transformación social y el diseño de políticas inclusivas.

Como limitaciones del estudio, habría que señalar:

- 1. Estrategia de muestreo y enfoque intencional en la selección de participantes:** La muestra fue conformada mediante muestreo intencional, complementado con la técnica de bola de nieve. Si bien el número de participantes fue limitado, esto responde a los principios metodológicos de la investigación cualitativa, donde la prioridad recae en la saturación teórica y la profundidad del contenido, más que en la representatividad numérica.
- 2. Limitaciones propias del enfoque cualitativo y su alcance contextual:** La naturaleza cualitativa del diseño implica que los resultados obtenidos no buscan ni permiten una generalización estadística a otras poblaciones o contextos. Los hallazgos deben interpretarse como representaciones profundas y contextualizadas de las experiencias y percepciones de los participantes en el contexto específico de Colombia.
- 3. Dependencia del contexto socio-cultural:** Dado que la investigación se desarrolló en un entorno sociocultural particular, los significados atribuidos por los participantes están fuertemente influenciados por factores locales (históricos, culturales, institucionales). Esto refuerza la riqueza interpretativa del estudio, pero también limita su aplicabilidad en contextos con configuraciones socioculturales distintas. 

BIBLIOGRAFÍA

1. PNUD. *Estrategia Regional del PNUD sobre la Movilidad Humana y el Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe | Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo* [Internet]. 2020 [consultado el 26 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/dominican-republic/publications/estrategia-regional-del-pnud-sobre-la-movilidad-humana-y-el-desarrollo-sostenible-en-america-latina-y-el-caribe>
2. Reyes Á. *Venezolanos en Colombia: cuántos hay, dónde están y otros datos* [Internet]. 2022 [consultado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2022/09/23/venezolanos-colombia-datos-orix/>
3. Fuquene Salas JP, Barrera Castellanos JA, Fuquene Salas JP, Barrera Castellanos JA. *Migración y trabajo sexual masculino. El caso de hombres venezolanos en Bogotá (2017-2018)*. Revista Colombiana de Sociología [Internet]. 2020 [consultado el 26 de septiembre de 2022];43(1):59-80. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-159X202000100059&lng=en&nrm=iso&tlng=es
4. Álvarez CD, García AG. *Social Representation of Prostitution in Gender Perspective*. Procedia Soc Behav Sci. 19 de diciembre de 2014;161:82-89.
5. Ludueña ADC, Olson JK, Pasco ACY. *Promoción de la salud y calidad de vida entre madres de preadolescentes: una etnografía enfocada*. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2005 [consultado el 19 de junio de 2023];13:1127-1134. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/4zLsQkX99kL7msft3MxwNtq/abstract/?lang=es>
6. Irons R, Brown K. *Introduction: Venezuela, Dispersed: Interdisciplinary Perspectives on Venezuelan Migration*. Bull Lat Am Res [Internet]. 1 de enero de 2025 [consultado el 18 de julio de 2025];44(1):3-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.20932/barataria.v0i25.472>
7. Armijo Cabrera M, Teres Rojas M, Armijo Cabrera M, Teres Rojas M. *Virtualidad y cultura digital en las experiencias escolares infantiles: Una etnografía visual en contexto de pobreza*. Pensamiento educativo [Internet]. 2020 [consultado el 1 de mayo de 2024];57(1):1-17. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-0409202000100108&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Gibbs G. *El análisis de datos cualitativos en investigación Cualitativa* [Internet]. Vol. 1. Madrid: EDICIONES MORATA, S.L.; 2007 [consultado el 24 de junio de 2023]. 4-180 p. Disponible en: www.cedro.org
9. Espinoza Freire EE. *La investigación cualitativa, una herramienta ética en el ámbito pedagógico*. RC [Internet]. 6 de julio de 2020 [consultado 19 de julio de 2025];16(75):103-110. Disponible en: <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/articulo/view/1392>
10. Pineda E, Ávila K. *Aproximaciones a la migración colombovenezolana: desigualdad, prejuicio y vulnerabilidad*. [Approach to the Colombian-Venezuelan migration: inequality, prejudice and vulnerability.] Misión Jurídica [Internet]. 2019 [consultado el 6 de abril de 2024];12(16):59-78. Doi: <https://doi.org/10.25058/1794600X988>
11. Breilh J. *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2013 [consultado el 11 de mayo de 2023];31(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
12. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda JC, Concha-Sánchez SC. *¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas* Conceptual differences and praxiological implications concerning social determination or social determinants. Rev salud pública [Internet]. 2013 [consultado el 11 de mayo de 2023];15(6):797-808. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>
13. Keller Garganté C. *Mutual support, self-manegement and activism in mental health. Elements for de democratization of care*. Historia Editorial Resumen. Athenea Digital [Internet]. 2022 [consultado el 19 de abril de 2024];22(3):3130. Doi: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3130>
14. Paulino-Ramírez R, Kantor EF, Faccini M, Rodríguez-Lauzurique RM, De La Torre MC, Henríquez-Cross A et al. *Health care access and migration experiences among Venezuelan female sex workers living in the Dominican Republic*. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 20 de marzo de 2023 [consultado el 19 de abril de 2024];47:e55. Disponible en: www.paho.org/journal/https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.55
15. Fernández-Niño JA, Luna Orozco K. *Migración venezolana en Colombia: retos en Salud Pública*. Salud UIS [Internet]. 1 de febrero de 2018 [consultado el 6 de abril de 2024];50(1):6-7. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/articulo/view/7992/8516>
16. Deicy L, Vélez J, García-Juan L. *Retos actuales de la atención sanitaria de la población inmigrante irregular en Colombia*. Barataria Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales [Internet].

5 de octubre de 2019 [consultado el 18 de julio de 2025];(25):15-31. Disponible en: <https://revistabarataria.es/web/index.php/rb/article/view/472>

17. Duarte Aké MA, Vera Gamboa L. Trabajo sexual masculino basado en internet, etnia y raza: sexualidad maya, hipersexualización y riesgo. Estudios de cultura maya [Internet]. 7 de septiembre de 2022 [consultado el 18 de febrero de 2023];60:319-351. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-25742022000200319&lng=es&nrm=iso&lng=es

18. Parra Samboni DM. Prácticas ancestrales como movilizadora de alternativas de salud comunitaria y encuentro intercultural en contexto emergente de migración en 5 familias venezolanas. [Internet]. [Bogotá]: Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD; 2022 [consultado el 19 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/54616/dmparras.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

19. Bertoni MB. En busca del alivio: itinerarios y complementariedad terapéutica en migrantes de Bolivia. En: Las prácticas. Entre la investigación y la extensión universitaria. Una experiencia con migrantes y descendientes de migrantes en una escuela primaria para adultos [Internet]. 2021 Ediuns Ed. Bahía Blanca: Editorial de la Universidad Nacional del Sur; 2021 [consultado el 19 de abril de 2024]. p. 95-116. Disponible en: www.ediuns.com.ar

20. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Rojas-Roque C, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en inmigrantes venezolanos en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 17 de enero de 2020 [consultado el 19 de abril de 2024];36(4):583-591. Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>

21. Perez Ripossio RN. Sexualidad y consumo de sustancias psicoactivas: Sociabilidad de migrantes travestis/trans sudamericanas con clientes durante la venta de sexo. Papeles de trabajo [Internet]. 2024 [consultado el 20 de abril de 2024];17(37). Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/222780>

22. Ruiz-Bugarin CL, López-Sánchez U, Aranda-Ibarra JR, Hernández-Vergara CI, Caro-Jocelyn J, Sánchez-Rojas MA et al. Condom use and drug consumption in migrants: a systematic review. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 17 de noviembre de 2023 [consultado el 20 de abril de 2024];57(spe):e20230032. Disponible en: <https://www.scielo.br/rfreesp/a/vc8MXJJ7c3GSmw3Vsr48mhK/?lang=en>

23. Mendieta-Izquierdo G. Percepción de cuerpo y corporalidad en hombres que ejercen prostitución viril en Guadalajara, México. Cien Saude Colet [Internet]. 1 de mayo de 2018 [consultado el 14 de octubre de 2022];23(5):1541-1549. Disponible en: <http://www.scielo.br/fj/csc/a/85ssvtyNmZypqHCgYp7nBVB/abstract/?lang=es>

24. Calquín C, Galaz C, Magaña I. Intervención y familias migrantes: análisis crítico de la «vulnerabilidad» desde los/las profesionales. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud [Internet]. 1 de mayo de 2022 [consultado el 16 de abril de 2024];20(2):176-186. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2022000200176&lng=en&nrm=iso&lng=es

25. Hyun Jin, Kyoungrim K, Kyo Yeon P. Health-related quality of life of migrant workers: a systematic literature review. BMC Public Health [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [consultado el 16 de abril de 2024];23(1):1-15. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-15981-5>