

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD



Factores De Riesgo Asociados A Trabajo Sexual
En Una Clínica Comunitaria De La Zona Norte
de Tijuana, Baja California, México

TESIS

Para Obtener El Grado De
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Presenta

MILAGROS BECERRA RAMÍREZ

Directora De Tesis

Dra. Adriana Carolina Vargas Ojeda

Tijuana, Baja California, mayo 2017

ÍNDICE

Abstracto.....	2
Capítulo 1	
Antecedentes.....	3
Marco teórico.....	7
Justificación.....	9
Planteamiento del problema.....	10
Objetivos.....	11
Capítulo 2	
Metodología.....	12
Capítulo 3	
Resultados.....	17
Capítulo 4	
Discusión.....	22
Anexos	
Referencias.....	27

ABSTRACTO

Objetivo: Describir los factores de riesgo que se asocian de forma independiente al trabajo sexual y su frecuencia en personas que acuden a una clínica estudiantil que se encuentra ubicada en la Zona Norte de Tijuana.

Metodología: Se llevó a cabo un análisis de datos secundario de una encuesta que se aplicó en 2013 en una muestra a conveniencia de 603 participantes que acudieron a solicitar servicios de salud a una clínica estudiantil. Los participantes contestaron una encuesta de salud y el mercado laboral.

Resultados: Alrededor del 22% de los participantes se dedicaban al trabajo sexual. En los análisis multivariados, los factores independientemente asociados al trabajo sexual fueron: Haber realizado una prueba de VIH (Razón de Momios [RM]:2.5, 95% CI: 1.45-4.01); ser mujer (RM=3.3, 95%CI: 1.73-6.44); haber utilizado algún tipo de droga (RM= 5.6, 95% CI: 2.45-13.13); antecedentes de encarcelamiento(RM=2.1, 95% CI: 1.13-4.11); percepción de rechazo social (RM= 2.0, 95% CI: 1.18-3.57); haber sufrido sexo forzado (RM=2.9, 95% CI: 1.51-5.73); todos ellos fueron asociaciones positivas y ser deportado con asociación negativa (RM=0.6,95% CI: 0.32-0.96).

Conclusión: Estos resultados sugieren que las estrategias de reducción del daño aplicadas a los trabajadores sexuales en el ámbito de clínicas comunitarias, como por ejemplo: manejo integral de la violencia sexual, intervenciones para uso de drogas (p.ej: tratamiento con metadona, intercambio de jeringas, etc.) y el uso de servicios de salud mental para ayudar con la discriminación social pueden ser importantes para satisfacer las necesidades en salud de los trabajadores sexuales.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

De acuerdo a ONUSIDA el trabajo sexual se define como el intercambiar servicios sexuales por dinero, comida, drogas, regalos, o cualquier otro bien, y se cataloga como comportamiento de alto riesgo para la obtención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (1-3). Los trabajadores sexuales además frecuentemente utilizan algún tipo de droga y están expuestos a múltiples formas de violencia (física, sexual, etc.)(4-9). A nivel internacional, los trabajadores sexuales se encuentran mayormente afectados por el VIH y se consideran una población clave que puede determinar el curso de la epidemia, por esto, también se les considera como una “población puente” ya que vinculan una epidemia localizada en población de alto riesgo con la población general (10, 11).

La epidemia de VIH representa uno de los retos de mayor importancia a solucionar en el ámbito de la salud global. Alrededor del 80% de las infecciones por VIH se deben al contagio sexual. En el 2013, se estimó que de los 35 millones de personas viviendo con VIH a nivel global, el 46% eran del sexo femenino. Hacia finales del 2006, en el África subsahariana, por cada hombre infectado con VIH había alrededor de 3 mujeres infectadas en el grupo etario de 15 a 24 años (10, 12). Esta desproporción es debida a inequidades de género (por ejemplo: diferencias en valor social, poder, oportunidades, expectativas de comportamiento y violencia). A nivel internacional, ellas poseen un mayor riesgo de adquirir VIH en comparación con los hombres. Fisiológicamente, una mujer se encuentra en mayor riesgo de adquirir VIH a través del contacto sexual al ser receptoras en las prácticas de sexo vaginal y anal, así como también debido a su dependencia y vulnerabilidad respecto a sus parejas masculinas (13).

Una situación que produce este incremento en el riesgo se encuentra el desbalance económico, generado por la falta de educación y de acceso a empleos, los cuales pueden colocar a una mujer en situación de pobreza (14). Esto puede llevarla a dedicarse al trabajo sexual y, por consiguiente, incrementar aún más su riesgo de adquirir, no solo VIH, sino otras infecciones de transmisión sexual (15). Así mismo, debido a su situación precaria, algunas optan por continuar en relaciones donde sufren violencia por la dependencia económica, o por las normas que rigen la sociedad donde se encuentran (16).

La ausencia de información en salud y a los servicios de prevención es otra vía por la cual las mujeres se encuentran en desventaja respecto a los hombres. En algunos estudios se ha comprobado que estas poseen información menos precisa acerca de la transmisión de VIH y que son menos las que acuden a clínicas a solicitar servicios de consejería y pruebas de tamizaje para infecciones de transmisión sexual (6).

La falta de educación y el desarrollo de habilidades laborales es otro factor que potencializa su riesgo de adquirir VIH; ya que se ha demostrado que si tienen mayor nivel educativo, serán menos propensas a dedicarse al trabajo sexual, a iniciar su vida sexual a edad temprana, experimentarán menos niveles de coerción para tener relaciones, tendrán un mayor uso de condón y menos probabilidades de contraer una infección de transmisión sexual (17).

La migración afecta a las mujeres y las coloca en una situación vulnerable de forma particular, ya que las migrantes obtienen trabajos donde el salario es mucho más bajo a diferencia de los hombres migrantes (18). Además, ellas sufren más frecuentemente de violaciones, a diferencia de las no migrantes. Sin embargo, la migración también puede afectarlas de forma indirecta a través de sus parejas, que regresan a su lugar de origen cada cierto tiempo y las exponen a infecciones de transmisión sexual con cada visita (18-20). En el caso particular de nuestra ciudad, es precisamente la migración un factor que promueve el trabajo sexual, ya que al haber un alto flujo migratorio, con escasas oportunidades de empleo y un gran rechazo social a los migrantes, los cuales en

su mayoría tienen un nivel educativo bajo, propicia que se lleven a cabo este tipo de actividades laborales como un recurso para sustentarse económicamente(21).

Otro tema bastante importante en cuanto a las disparidades para la adquisición de VIH, es la violencia doméstica, la cual es común y más severa en grupos de estatus socioeconómico bajo (13, 16, 22, 23). La violencia psicológica, física y sexual puede disminuir la habilidad de una mujer para rechazar el tener relaciones sexuales, cuestionar la fidelidad de su pareja y su posibilidad de negociar el uso del condón (24). Los hombres que son más violentos y que perpetran actos de violación son más propensos a tener alguna infección de transmisión sexual y a tener prácticas sexuales riesgosas, e incluso en algunos estudios se ha demostrado una asociación positiva entre el tener VIH y ser un hombre violento (25). Así mismo, las trabajadoras sexuales viven frecuentemente situaciones de cualquier tipo de violencia por parte de sus clientes, sus parejas sentimentales y en ocasiones hasta de la policía(16).

Desde el punto de vista de salud, las trabajadoras sexuales son una población prioritaria que necesita recibir servicios de salud para ayudar a la prevención y disminución de la diseminación de VIH y otras infecciones. Sin embargo, el brindar servicios de salud que sean específicos para esta población puede constituir un reto, ya que hay una gran discriminación social y estigma relacionado a VIH y al trabajo sexual; por ello, al momento de acudir a obtener servicios de salud, una trabajadora sexual no siempre se identifica como tal durante una consulta, lo que conlleva a que la realización de actividades preventivas o la búsqueda de ciertos padecimientos no se realice (26). También es importante señalar que, en ocasiones, las trabajadoras sexuales no se consideran a sí mismas como tal, por ejemplo: una mujer que utiliza drogas y que intercambia favores sexuales, no por dinero, sino por drogas, puede no considerarse a sí misma como trabajadora sexual, a pesar de que la conducta de alto riesgo permanece de la misma manera que si intercambiara favores sexuales por dinero. De ahí la importancia de que a nivel de salud se puedan

identificar a las trabajadoras sexuales para brindarles servicios de salud que atiendan a las necesidades particulares de esta población (1, 22).

Otro reto que enfrentan los servicios de salud al atender a las trabajadoras sexuales, es que por lo general estas actividades se llevan a cabo de forma clandestina (26). Dado que hay una alta relación entre el uso de drogas y el trabajo sexual, es frecuente que sean blanco de policías por dedicarse a actividades que no siempre están dentro del marco legal (27). Por ello, a las trabajadoras sexuales y a los usuarios de drogas también se les considera como una “población escondida”. Esto hace que sea mucho más difícil brindar servicios médicos a personas que sufren acoso por parte de los policías, que en ocasiones permanecen escondidas y por esto no buscan atención médica de forma continua o para atender padecimientos en fases tempranas(28) .

Debido a todas las situaciones expuestas, es más sencillo entender el por qué una trabajadora sexual se encuentra en mayor riesgo de adquirir VIH, sufrir violencia, discriminación, no tener acceso a empleo, tener un nivel educativo bajo y que en general, se encuentren en desventaja por su situación económica precaria. Es necesario entender los factores que conllevan a una persona a dedicarse a este tipo de actividades para anticipar los riesgos y daños que una persona en esta situación tendrá que enfrentar a lo largo de su vida. La perspectiva de género nos permite entender la magnitud de la vulnerabilidad que las mujeres trabajadoras sexuales tienen que enfrentar en su día a día.

MARCO TEÓRICO

El concepto de reducción de daño parte de la idea de disminuir las consecuencias adversas asociadas al uso de drogas, sin que el objetivo sea la disminución del abuso de una sustancia (29, 30). Las intervenciones que caen en este rubro van desde realizar cambios a nivel de políticas públicas, hacer actividades de prevención de VIH y hasta el incrementar las opciones para tratamiento de adicciones (31, 32). La mayoría de los programas de reducción del daño se enfocan únicamente en el abuso de sustancias. Sin embargo, el trasladar este tipo de intervenciones al trabajo sexual pudiera ayudarnos a disminuir los riesgos a la salud que este conlleva(33-35).

En el año 2005, Michael Rekart propuso un marco conceptual de “Reducción del Daño en Trabajo Sexual”. En él, planteó que existen factores predisponentes que actúan de forma sinérgica entre ellos, creando así un ciclo. Las cuatro categorías que surgen a raíz de esta hipótesis son la “Vulnerabilidad”, la cual contiene a los factores que incrementan las probabilidades de realizar trabajo sexual; el “Ambiente riesgoso”, caracterizado por tener una alta prevalencia de sexo servicio; los “Daños”, todos los resultados negativos directamente asociados al trabajo sexual, y la “Disminución en la calidad de vida”, aquellos factores que modifican la esperanza de vida, la calidad y/o el estatus socioeconómico(33).

Rekhart sostiene que, para realizar estrategias de reducción de daño, se deben de crear intervenciones para cada categoría y así propone que un “Ambiente de apoyo”, el “empoderamiento”, la “mejoría en la calidad de vida” y las “estrategias de reducción del daño” pueden mejorar los resultados negativos asociados al trabajo sexual y que, incluso, estas estrategias pueden eventualmente ayudar a un trabajador sexual a salir por completo de este rubro de trabajo. Además, sostiene que

“este tipo de intervenciones pueden disminuir los riesgos, mitigar los daños y salvar vidas, por ello el utilizar las estrategias de reducción de

daño que se han aplicado al uso de drogas puede servir como un nuevo paradigma para mejorar las vidas de los trabajadores sexuales”(33).

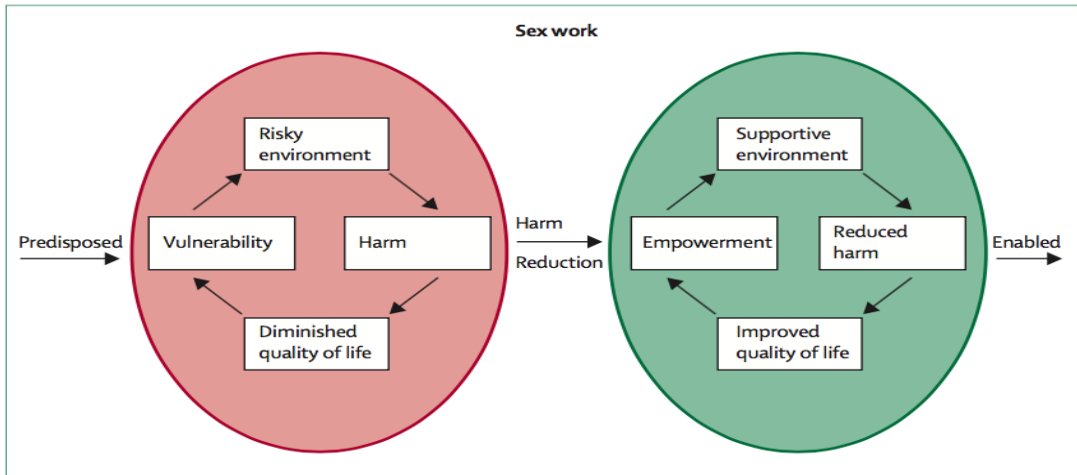


Figura 1. Marco conceptual de reducción de daño para trabajo sexual. Imagen tomada de: Rekart ML. Sex-work harm reduction. *The Lancet*. 2005;366(9503):2123-34.

JUSTIFICACIÓN

Los trabajadores sexuales en ocasiones no se perciben a sí mismos o por otras personas, como tales, debido a factores relacionados con estigma y el ambiente legal (36). Desde el punto de vista clínico, el no identificar a los trabajadores sexuales puede ocasionar que los riesgos a la salud no sean identificados, por ello se presentan mayores daños y no se implementan estrategias de prevención para personas de alto riesgo(26, 28, 37, 38). Esto subraya la importancia de comprender los factores que afectan la salud y el bienestar de los trabajadores sexuales.

El comprender cuáles son los factores que se encuentran asociados de manera independiente al trabajo sexual, puede mejorar la entrega de servicios de salud a esta población, para hacer frente a los daños generados por el trabajo sexual. Esto pudiera ayudar a crear programas de salud estratégicos que atiendan a las necesidades particulares de la población de trabajadores sexuales que habitan en una ciudad (38).

En este análisis, se utilizó el marco conceptual propuesto por Rekart para identificar factores que potencialmente se encuentran asociados al trabajo sexual en una muestra de participantes que acuden a una clínica estudiantil localizada en la Zona Norte de Tijuana.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ciudad de Tijuana tiene una zona de tolerancia ubicada en la Zona Norte, en este lugar el trabajo sexual es “quasi-legal” y por ello atrae al turismo sexual. Esta ciudad también es un corredor de tráfico de drogas, ya que desde este punto se envían cargamentos a Estados Unidos; es además la frontera más transitada a nivel mundial y un sitio de retorno para la deportación de migrantes indocumentados de Estados Unidos (39-41).

A nivel local, la prevalencia reportada de VIH de 0.6% en la zona de la frontera con México y Estados Unidos es mayor a la prevalencia nacional de 0.3%. Además, en la frontera, las trabajadoras sexuales tienen una prevalencia del 5%, de igual forma, los usuarios de drogas intravenosas tienen una prevalencia del 5%. Sin embargo, en la intersección de ser trabajadora sexual y ser usuaria de drogas intravenosas, la prevalencia se dispara al 12%, siendo una de las más altas a nivel nacional e internacional (42-44).

Debido a esto, las personas que se dedican al trabajo sexual en la Zona Norte enfrentan mayores probabilidades de adquirir VIH y otras infecciones de transmisión sexual, por las prevalencias tan altas y los factores sociales que propician conductas de alto riesgo (45, 46). El vivir y trabajar con este tipo de factores, ya sea en la Zona Norte o en cualquier otro lugar que sea similar, puede facilitar el abuso de sustancias, incrementar las probabilidades de sufrir violencia física o sexual y el desarrollo de enfermedades mentales.

OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Describir los factores de riesgo asociados al trabajo sexual en la población que acude a una clínica estudiantil de la Zona Norte de Tijuana utilizando el marco conceptual de reducción del daño en trabajo sexual.

Objetivos específicos:

1. Determinar la frecuencia de personas que han realizado actividades de trabajo sexual que acuden a la clínica estudiantil de la Zona Norte de Tijuana.
2. Establecer los factores independientes asociados al trabajo sexual en las categorías de vulnerabilidad, ambiente riesgoso, daño y disminución en la calidad de vida, de la población que acude a la clínica estudiantil de la Zona Norte de Tijuana.

CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA

Tipo de estudio. Análisis secundario de datos de un proyecto transversal, cuyo objetivo fue evaluar el acceso a salud y empleo.

Sitio de Investigación. La recolección de datos se llevó a cabo en una clínica estudiantil situada en la Zona Norte de Tijuana, la cual es un área urbana cerca del centro de la ciudad y de la frontera con Estados Unidos, en esta zona se encuentra el distrito de tolerancia (47). Los pacientes que acuden a la clínica son personas con un estatus socioeconómico bajo, en su mayoría deportados, usuarios de drogas intravenosas y que por su situación económica o educativa no logran obtener servicios de salud (40, 48-50).

Muestra. Se utilizó una muestra a conveniencia de 606 participantes que acudieron a la clínica a solicitar servicios médicos de enero a mayo del 2013. Los participantes primero pasaron un filtro de elegibilidad para determinar si cumplían con criterios de inclusión: 1) Ser mayor de 18 años, 2) Solicitar servicios médicos en la clínica estudiantil y 3) Hablar inglés o español. Los criterios de exclusión eran: 1) Estar bajo los efectos de alguna sustancia al momento de participar, 2) Hablar alguna lengua indígena de forma exclusiva y 3) No comprender el proceso de consentimiento informado. A los individuos que reunieron los criterios de inclusión se les invitó a participar en el proyecto y se les solicitó su consentimiento informado. Los comités de ética de la Universidad de California San Diego, de la Universidad Autónoma de Baja California y la Clínica Estudiantil Fronteras de la Salud aprobaron los protocolos de estudio.

Recolección de datos. La aplicación del cuestionario se llevó a cabo por entrevistadores capacitados, bilingües, en consultorios privados. La encuesta se realizó a través de un programa para captura de encuestas (Qualtrics), el cual

guarda los datos en la nube, cuenta con protecciones de seguridad para encriptar datos y un código de acceso.

Modelo “Reducción del Daño en Trabajo Sexual”. Se utilizó un marco conceptual para la selección de variables; (el cual fue diseñado por Rekart en donde propone el uso de estrategias de reducción del daño aplicadas a trabajo sexual); en las siguientes categorías: (1) Ambiente riesgoso, (2) Vulnerabilidad, (3) Daño, (4) Disminución de la calidad de vida. Este modelo ya fue explicado previamente (33).

Variables

1) *Ambiente riesgoso*. De acuerdo al marco conceptual, este rubro incluye situaciones que pueden incrementar la prevalencia de VIH en un área determinada. En esta categoría se seleccionaron las siguientes preguntas: Haberse realizado una prueba de VIH en Tijuana, si contaban con “Seguro Popular”, identificación oficial (credencial del IFE) y si habían sufrido acoso por parte de los policías

Ambiente riesgoso
Prueba de VIH
Seguro popular
Identificación oficial
Migrante
Situación de calle
Acoso policiaco

en los últimos 6 meses. Todas las respuestas se dicotomizaron como sí/no. El estado migratorio se definió al preguntarle a los participantes cuál fue su estado/país de nacimiento, y las respuestas se catalogaron como persona local si nacieron en el estado de Baja California, y como migrantes si nacieron en otro lugar. Encontrarse en situación de calle se determinó de acuerdo a si el participante reportaba dormir en albergues para migrantes, iglesias, calle, parques, lotes baldíos, o en el canal del Río Tijuana.

2) *Vulnerabilidad*. En esta categoría se encuentran los factores que incrementan las probabilidades de realizar trabajo sexual. Se utilizaron variables, tales como género, el ser deportado, estado civil actual, el cual clasificamos como en pareja o soltero; rechazo laboral, determinado por la pregunta: “¿En los últimos seis meses, al haber solicitado trabajo, te negaron el trabajo?”; y nivel educativo, agrupado en preparatoria terminada y aquellos que tenían menos de este nivel.

Vulnerabilidad
Mujer
Deportado
Soltero
Rechazo laboral
Nivel educativo bajo

3) *Daño*: En este apartado del modelo se encuentran los resultados negativos

Daño
ITS/VIH
Uso de drogas
Uso de drogas IV
Encarcelado
Violencia
Percepción de rechazo social
Sexo forzado

directamente asociados al trabajo sexual. En esta categoría, le preguntamos a los participantes si alguna vez habían utilizado algún tipo de droga ilegal (sí/no); uso de drogas intravenosas (sí/no); el haber tenido una infección de transmisión sexual se evaluó preguntándole al participante si alguna vez un médico o enfermera lo había diagnosticado con sífilis, gonorrea, clamidia o VIH; Haber estado encarcelado se determinó preguntando si alguna vez habían estado en prisión; violencia física se estimó si el participante había sido víctima de asalto con

uso de fuerza física o robo ya fuera en México o Estados Unidos; la percepción de rechazo social se valoró con la pregunta “¿Alguna vez te has sentido rechazado en Tijuana en los últimos seis meses?”; y por último, haber sido víctima de sexo forzado en algún momento de su vida.

1)

Disminución de la calidad de vida
Enfermedades crónicas
Percepción de salud pobre/normal

4) *Disminución de la calidad de vida:* En esta categoría se incluyeron factores que son modificadores de la esperanza de vida y del nivel socioeconómico.

Se estipuló el haber recibido un diagnóstico de cáncer, asma, hipertensión, hepatitis, depresión y/o ansiedad, como tener una enfermedad crónica; así mismo, se evaluó la auto-percepción del estado de salud, la cual se dicotomizó en pobre/normal y bueno/excelente.

La variable dependiente se determinó con la pregunta: “¿Alguna vez has recibido algo que necesitaras (dinero, drogas, alcohol, comida, un lugar para vivir, etc.) a cambio de favores sexuales?”, la respuesta se dicotomizó (Sí/No). Como concepto, el término “trabajo sexual” se utilizó para referirse a cualquier tipo de trabajo sexual que los participantes pudieran haber realizado a lo largo de su vida.

VARIABLES INDEPENDIENTES	PREGUNTAS
Ambiente riesgoso: Situaciones que pueden incrementar la prevalencia de VIH en un área determinada	
Prueba de VIH	Alguna vez se ha realizado una prueba de VIH en Tijuana?
Seguro popular	Tiene usted seguro popular?
Identificación oficial	Cuenta con los siguientes documentos oficiales: IFE?

Migrante	Cual es su estado de nacimiento?
Situación de calle	Cuales son los lugares donde ha dormido los ultimos 6 meses?
Acoso policiaco	En los ultimos 6 meses, se ha sentido acosado por parte de la policia o los militares?
Vulnerabilidad: Factores que incrementan las probabilidades de realizar trabajo sexual	
Mujer	Cual es su sexo?
Deportado	Alguna vez ha sido deportado?
Soltero	Cual es su estado civil?
Rechazo laboral	En los ultimos 6 meses, al estar buscando trabajo, se lo han negado?
Nivel educativo bajo	Hasta que nivel estudio?
Daño: Resultados negativos directamente asociados al trabajo sexual	
ITS/VIH	Alguna vez lo han diagnosticado, una enfermera o un doctor con alguna ITS/VIH
Uso de drogas	Alguna vez has usado alguna droga ilegal
Uso de drogas IV	Alguna vez has usado alguna droga inyectable?
Encarcelado	Alguna vez has estado en prisión?
Violencia	Alguna vez has sido asaltado físicamente o robado en Tijuana en los últimos 6 meses?
Percepción de rechazo social	Alguna vez te has sentido rechazado en Tijuana?
Sexo forzado	Alguna vez te han obligado a realizar algún acto sexual en contra de tu voluntad?
Disminución de la calidad de vida : Factores que son modificadores de la esperanza de vida y del nivel socioeconómico	
Enfermedades crónicas	Alguna vez te han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades: Diabetes, cáncer, asma, depresión, ansiedad?
Percepción de salud pobre/normal	Como consideras tu estado de salud?

Análisis estadístico. Se realizaron análisis de estadísticos descriptivos para obtener medianas y frecuencias de las variables de interés para toda la muestra. El rango intercuantil y la mediana se usaron para reportar variables continuas (ejemplo: edad). Además, se hicieron análisis bivariados con pruebas de Ji cuadrada para evaluar la relación entre la variable dependiente y las independientes. Todas las variables que obtuvieron niveles de $p < 0.10$ en los análisis bivariados se consideraron para su inclusión en el modelo de regresión logística multivariado. Se utilizó el paquete estadístico de STATA v13 para el análisis de datos.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

La encuesta se aplicó a 606 participantes, de los cuales, 436 fueron hombres, (72%) y 170 (28%) de mujeres. Hubo 134 participantes que refirieron ser trabajadores sexuales (22%), divididos en 61 mujeres trabajadoras sexuales y 73 hombres trabajadores sexuales. La mediana de edad fue de 42 años con un rango de 18-102 años; El número de los participantes solteros fue de 374 (62%) y 463 participantes tenían un nivel educativo de preparatoria o menos (77%). Se encontró que 500 participantes eran migrantes (82%) y 344 habían experimentado deportación en algún momento de su vida (57%). El número de participantes en situación de calle fue de 289 (48%), así mismo, hubo 178 participantes (29%) que se encontraban desempleados, y 425 participantes (70%) reportaron haber usado algún tipo de droga ilegal. En la tabla 1 se encuentran las características generales de la muestra.

Tabla 1. Características Sociodemográficas Generales de la Muestra. (N=606)

Característica	Mujer n (%)	Hombre n (%)	Total n (%)
Sexo	170 (28%)	436	606 (100%)
Soltero			374 (62%)
Migrante			500 (82%)
Nivel educativo bajo			463 (77%)
Trabajo sexual			134 (22%)
Deportado			344 (57%)
Desempleado			178 (29%)
Situación de Calle			289 (48%)
Uso de drogas			425 (70%)

Análisis Bivariado.

En la tabla 2 se presenta la comparación de las variables que se encuentran en cada categoría del modelo de reducción del daño en trabajo sexual comparando a trabajadores sexuales (TS) contra las personas que no son trabajadores sexuales (NTS).

En la categoría de **Ambiente Riesgoso**, los TS experimentaron acoso policiaco 1.5 más veces que aquellos participantes NTS (51% vs 34%, $p<0.01$). Los TS se realizaron pruebas de VIH con mayor frecuencia que aquellos que no lo eran (74% vs 47%, $p<0.01$). Sin embargo, los TS manifestaron tener un menor acceso a seguro popular (31% vs 59%, $p=0.08$). También se encontró que la mayoría de los trabajadores sexuales no eran migrantes (84% vs 77%, $p=0.05$).

En la categoría de **Vulnerabilidad**, entre los participantes que se dedicaban al trabajo sexual, 61 participantes fueron mujeres (46%) a pesar de que las mujeres comprendían el 28% del total de la muestra completa ($p<0.01$). Alrededor de un cuarto de los participantes que reportó ser TS manifestaron haber sido rechazados al momento de solicitar empleo (26% vs 10% de NTS, $p<0.01$), y solo el 46% había sido deportado (comparado con el 60% de NTS, $p<0.01$).

En la categoría de **Daño** casi el 23% de los TS reportaron haber sido diagnosticados con una infección de transmisión sexual, incluido VIH, contra el 8% de los participantes NTS ($p<0.01$). El 94% de los TS reportaron haber utilizado algún tipo de drogas ($p<0.01$) y el 46% manifestó haber utilizado drogas inyectadas ($p<0.01$). Casi el 78% de los TS reportó tener antecedentes de encarcelamiento contra el 62% de los NTS ($p<0.01$); Alrededor de la mitad había experimentado rechazo social (48% contra 24% NTS, $p<0.01$); y un tercio de los TS había experimentado sexo forzado durante su vida (33%) a comparación de los participantes no trabajadores sexuales (7%) ($p<0.01$).

En la categoría de **Disminución de la Calidad de Vida**, el 57% de los TS reportó tener una percepción de salud mala/pobre ($p < 0.01$) y casi la mitad tenía algún tipo de enfermedad crónica (45% contra 31% NTS, $p < 0.01$).

Tabla 2. Comparación de ambiente riesgoso, vulnerabilidad, daño, y disminución de la calidad de vida entre trabajadores sexuales y no trabajadores sexuales.

	No Trabajadores sexuales (n=469)	Trabajadores sexuales (n=134)	Valor de P
AMBIENTE RIESGOSO			
Acoso policiaco	159 (34%)	69 (51%)	<0.01
Prueba de VIH	221 (47%)	99 (74%)	<0.01
Seguro popular	182 (59%)	41 (31%)	0.08
Situación de calle	228 (49%)	61 (46%)	0.52
Migrante	394 (84%)	103 (77%)	0.05
Identificación (IFE)	216 (46%)	56 (42%)	0.38
VULNERABILIDAD			
Mujer	108 (23%)	61 (46%)	<0.01
Rechazo laboral	47 (10%)	35 (26%)	<0.01
Deportado	281 (60%)	61 (46%)	<0.01
Soltero	291 (62%)	81 (60%)	0.74
Nivel educativo bajo	363 (77%)	98 (73%)	0.31
DAÑO			
ITS/HIV*	37 (8%)	31 (23%)	<0.01
Uso de drogas	299 (64%)	126 (94%)	<0.01
Uso de drogas IV	103 (22%)	61 (46%)	<0.01
Encarcelamiento	290 (62%)	105 (78%)	<0.01
Violencia	205 (44%)	67 (50%)	0.2
Percepción de rechazo social	112 (24%)	64 (48%)	<0.01
Sexo forzado	31 (7%)	44 (33%)	<0.01
DISMINUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA			
Percepción de salud pobre/normal	211 (45%)	77 (57%)	0.01
Enfermedades crónicas**	145 (31%)	60 (45%)	<0.01

* ITS/VIH: Sífilis, gonorrea, clamidia, VIH.

** Enfermedades Crónicas: Asma, Diabetes, Depresión y Ansiedad.

Análisis Multivariado.

Para evaluar las asociaciones de trabajo sexual, se realizó un modelo de regresión logística usando las variables que obtuvieron un valor de $p < 0.1$ en el análisis bivariado. El modelo mostró, que las personas que reportaron ser trabajadores sexuales era más probable que se hubieran realizado una prueba de VIH (Razón de Momios [RM]:2.5, 95% CI: 1.45-4.01); fueran mujeres (RM=3.3, 95%CI: 1.73-6.44); que hubieran utilizado algún tipo de droga (RM= 5.6, 95% CI: 2.45-13.13); que tuvieran antecedentes de encarcelamiento(RM=2.1, 95% CI: 1.13-4.11); que percibieran rechazo social (RM= 2.0, 95% CI: 1.18-3.57); y que hubieran sufrido sexo forzado (RM=2.9, 95% CI: 1.51-5.73). El ser deportado se determinó como un factor protector (RM=0.6,95% CI: 0.32-0.96). En la tabla 3 se pueden apreciar los resultados del análisis multivariado

Tabla 3. Factores independientemente asociados al trabajo sexual utilizando el marco conceptual de “Reducción del Daño en Trabajo Sexual”.

FACTORES	RM	CI 95%
Ambiente riesgoso		
Acoso policiaco	1.6	0.92-2.67
Prueba de VIH	2.4*	1.45-4.01
Seguro popular	0.7	0.44-1.24
Migrante	0.9	0.51-1.67
Vulnerabilidad		
Mujer	3.3*	1.73-6.44
Rechazo laboral	1.8	0.94-3.45
Migrante deportado	0.6	0.32-0.96
Daño		
ITS/VIH+	1.3	0.73-2.63
Uso de Drogas	5.6*	2.45-13.13
Encarcelamiento	2.1	1.13-4.11
Percepción de rechazo social	2.0*	1.18-3.57
Uso de drogas IV	1.6	0.95-2.71
Sexo forzado	2.9*	1.51-5.73
Disminución de la calidad de vida		
Percepción de salud pobre/normal	1.1	0.72-1.86
Enfermedades crónicas ++	1.4	0.70-1.89

+ ITS/VIH: Sífilis, gonorrea, clamidia, VIH.

++ Enfermedades crónicas: Asma, Diabetes, Depresión y Ansiedad.

* $p < 0.05$

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

En la muestra de 606 participantes, el 22% reportó haber realizado actividades de trabajo sexual, con una mayor proporción de mujeres. La frecuencia de trabajo sexual en esta población, resalta la importancia de considerar los daños asociados desde la perspectiva de salud. Los principios de reducción del daño en trabajo sexual sostienen que la creación de ambientes de apoyo y el empoderamiento de los trabajadores sexuales son indispensables (33), por lo que los hallazgos obtenidos en este trabajo orientan a que se pudiera abrir un espacio de oportunidades para su implementación en clínicas de la localidad.

Ambiente de riesgo.

Actualmente, el proceso para obtener una licencia de trabajo sexual en México, requiere de la realización de una prueba de VIH. Así mismo, a las mujeres embarazadas durante su control prenatal, se les solicita también dicha prueba; por lo que es probable que estos sean factores que estén interviniendo para que los participantes del estudio se la hayan realizado, sin que esto represente una relación directa entre ser trabajador sexual y haberse practicado una prueba de VIH. No se ha podido evaluar si la prueba es el resultado de la prestación de servicios de prevención para las TS, o si esto está relacionado con las políticas de salud prenatal implementadas en México, en donde se solicita que toda mujer embarazada se le realice una prueba de VIH.

Vulnerabilidad.

En el análisis multivariado, ser mujer se asoció de forma importante con el trabajo sexual. A nivel mundial, las mujeres se enfrentan a dificultades tales como, menores oportunidades de trabajo, nivel educativo más bajo que sus pares hombres, y el experimentar cualquier tipo de violencia con mayor

frecuencia (14); estas situaciones las colocan en riesgo de tener que recurrir al trabajo sexual como un medio para mantenerse (15). Este hallazgo podría estar relacionado con otros problemas de salud, tales como el embarazo no deseado, que se ha demostrado como un factor de entrada asociada al trabajo sexual (21, 61). En la Zona Norte de Tijuana, también existe una alta prevalencia de lugares que emplean a mujeres para diferentes tipos de trabajo sexual (38, 62, 63). Orientar los esfuerzos de prevención del VIH/ITS hacia mujeres vulnerables desde la perspectiva de género debe ser una prioridad dentro de la gama de servicios en las clínicas de la Zona Norte de Tijuana (64).

Daño.

Casi todos los participantes reportaron el uso de algún tipo de droga. Desde la perspectiva clínica, el personal de salud debe de tomar en cuenta la posibilidad de que las personas que utilizan drogas pueden recurrir a comportamientos de alto riesgo, tales como el trabajo sexual. Durante las visitas a las clínicas en las comunidades con recursos limitados, los pacientes pueden beneficiarse de los servicios de promoción de la salud, incluyendo la provisión de condones, pruebas de ITS, información sobre la forma de tomar decisiones informadas y promover comportamientos sexuales saludables, así como atención médica que satisfaga las necesidades de las personas que son usuarias de drogas. La prestación de servicios que podrían abordar los problemas de adicción debe ser una prioridad en las comunidades marginadas (33).

Experimentar sexo forzado se encontró fuertemente asociado con el trabajo sexual. Este es un evento que produce grandes daños, en el que la víctima a menudo no reporta el crimen ni solicita atención (13, 65, 66). Las víctimas necesitan servicios de salud mental para ayudar a hacer frente a las secuelas ocasionadas por este tipo de violencia (42, 66, 67). Por otra parte, el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual o un embarazo no deseado son más altos, creando la necesidad de tener un fácil acceso a las pruebas de detección y tratamiento de las ITS/VIH y la anticoncepción de emergencia (22, 61). En otro estudio se encontró que los trabajadores sexuales pueden estar sujetos a la

violencia sexual por parte de sus clientes o por sus parejas (25, 66, 67) y, en algunos casos, incluso la policía puede pedir favores sexuales como una forma para evitar la detención (27). Ante esta situación, se considera importante el tener servicios especializados fácilmente accesibles para TS víctimas de violencia sexual en clínicas comunitarias localizadas en lugares donde hay una alta prevalencia de violencia sexual para recibir una atención integral (16, 22, 24). Dentro de estos servicios se deben incluir la provisión de profilaxis post-exposición a VIH, detección y tratamiento de las ITS, anticoncepción de emergencia, servicios jurídicos y de intervención en crisis. Esto podría permitir a las víctimas reportar su caso y buscar atención en un lugar seguro, como pudiese ser una clínica en donde los proveedores de salud tuviesen las herramientas legales para la protección de los usuarios.

El haber estado en prisión también se asoció con el trabajo sexual, que puede estar relacionado a la realización de dicha ocupación sin licencia en la zona (38) o con las prácticas de uso de drogas (27, 40). La policía en ocasiones persigue de forma sistemática a personas vulnerables y esto puede generar que la población de TS se mantenga oculta y por ello no busquen los servicios de prevención (por ejemplo, programas de intercambio de agujas, distribución de condones, pruebas y tratamiento de VIH/ITS, etc.) por temor a la aprehensión (49, 68-70). Los trabajadores de salud en las clínicas de Zona Norte, al identificar a las personas que han sido encarceladas, pueden llevar a cabo la vinculación de estas, a los servicios de prevención adecuados, con el propósito de darle continuidad a la atención especializada del paciente.

La percepción de rechazo social también se encontró asociada al trabajo sexual. La creación de un programa que promueve el empoderamiento podría ayudar a los TS, proporcionándoles herramientas para aumentar su autonomía y su auto-eficacia para mejorar sus vidas (33).

En este estudio, se encontró que alrededor de 87% de individuos de la muestra habían migrado hacia EE.UU, y 57% de los participantes fueron sujetos a deportación. Esto es importante porque el ser deportado aumenta la

vulnerabilidad de una persona (50, 71). Sin embargo, la deportación se asoció de forma inversa al trabajo sexual en este estudio. Esto pudiera deberse a que hay más hombres en la muestra que han sido deportados en contraste con las mujeres .

El trabajo sexual no siempre es reportado al momento de solicitar atención médica y el personal sanitario puede no preguntar específicamente sobre este tema (26, 37). Esto podría resultar que los eventos negativos pasen desapercibidos y que no se realice una adecuada prevención (28). Es necesaria la identificación de personas que realizan actividades de trabajo sexual, desde el punto de vista clínico, para poder brindarles oportunamente servicios integrales que sean específicos para cubrir los factores de riesgo y atender a las necesidades particulares de esta comunidad (26, 36, 38). Este estudio se realizó en una comunidad vulnerable en donde hay una gran cantidad de personas que se involucran en actividades de trabajo sexual. Nuestros hallazgos podrían ayudar a otras clínicas de la comunidad para desarrollar programas de salud que promuevan la reducción del daño asociado con el trabajo sexual (37). Por lo anterior, un paso importante para mejorar la prestación de servicios de salud a las comunidades marginadas, es la inclusión de un enfoque de reducción de daño en trabajo sexual en la configuración de las clínicas comunitarias.

Daño.

Respecto a esta categoría, las variables analizadas no resultaron tener una significancia estadística y tal vez sea necesario poder realizar una evaluación más profunda acerca de los posibles determinantes de disminución de calidad de vida en esta población.

Limitaciones

Este estudio realizó un análisis de datos secundarios y por lo tanto tiene algunas limitaciones. El número de hombres en la muestra fue mucho mayor que el número de mujeres. El tipo de muestra fue a conveniencia y el reclutamiento se llevó a cabo en una clínica gratuita donde se cuenta con servicios de intercambio

de jeringas y servicios de detección oportuna para VIH/SIDA y otras ITS, lo cual atrae a un gran número de personas vulnerables. La interpretación de resultados debe de realizarse de forma cuidadosa, ya que estos pudieran no extrapolarse a la población general de Tijuana. No se pudo diferenciar el tipo de trabajo sexual y la temporalidad de la realización de estas actividades por ser un estudio transversal. A pesar de estas limitaciones, este estudio proporciona una comprensión de la frecuencia de ocurrencia de trabajo sexual entre las personas que acuden a una clínica gratuita en la comunidad ubicada en la Zona Norte del municipio de Tijuana, y puede proporcionar información a otras clínicas comunitarias en sitios similares para mejorar sus servicios a las poblaciones vulnerables.

CONCLUSIONES

- El trabajo sexual es bastante común en esta zona de la ciudad; sin embargo algunas personas que realizan actividades de trabajo sexual no se identifican como tales y por lo tanto no conocen sus riesgos.
- Este tipo de trabajo se asocia con ciertas situaciones, tales como el consumo de drogas, sexo forzado, rechazo social, encarcelamiento y desigualdades de género, todo lo cual puede conducir a la adquisición de VIH/ITS, además del riesgo inherente al trabajo sexual.
- El contar con servicios de salud con personal capacitado para la identificación de trabajadores sexuales pudiera mejorar la prestación de servicios de salud y mejorar la entrega de servicios preventivos en comunidades donde hay una alta frecuencia de este tipo de actividad. Además, el integrar programas de atención de violencia sexual y adicciones en clínicas de esta comunidad, puede contribuir a satisfacer la necesidades particulares de esta población.
- Tener un espacio para prestación integral de servicios de salud que cuente con todos estos programas en el mismo lugar, podría facilitar la vinculación con las personas estructuralmente vulnerables. Además, el personal de salud también

podría considerar dialogar con las autoridades de la policía para explicar la importancia de no acosar a las personas en áreas cercanas a las clínicas.

- El siguiente paso con los datos obtenidos, nos sugiere que se requieren más estudios relacionados con el trabajo sexual entre las personas deportadas para proporcionar una mejor comprensión de su vulnerabilidad a nivel local. Así mismo, realizar un estudio con una población mayor de trabajadores sexuales, sería útil para identificar las diferencias de género entre trabajadores sexuales masculinos y femeninos.

REFERENCIAS

1. Harcourt C, Donovan B. The many faces of sex work. *Sex Transm Infect.* 2005;81(3):201-6.
2. Baral S, Beyrer C, Muessig K, Poteat T, Wirtz AL, Decker MR, et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases.* 2012;12(7):538-49.
3. Berthe A, Huygens P, Ouattara C, Sanon A, Ouedraogo A, Nagot N. [Understanding and reaching young clandestine sex workers in Burkina Faso to improve response to HIV]. *Sante.* 2008;18(3):163-73.
4. Patterson TL, Semple SJ, Staines H, Lozada R, Orozovich P, Bucardo J, et al. Prevalence and correlates of HIV infection among female sex workers in 2 Mexico-US border cities. *J Infect Dis.* 2008;197(5):728-32.
5. Hong H, Xu GZ, Zhang DD. HIV risk, drug use, and sexual transmission among female sex workers in Ningbo, China. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;121(1):91-2.
6. Zhu BY, Bu J, Huang PY, Zhou ZG, Yin YP, Chen XS, et al. Epidemiology of sexually transmitted infections, HIV, and related high-risk behaviors among female sex workers in Guangxi Autonomous Region, China. *Jpn J Infect Dis.* 2012;65(1):75-8.
7. Shukla P, Masood J, Singh JV, Singh VK, Gupta A, Krishna A. Predictors of Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers (FSWs) in a City of Northern India. *Indian J Community Med.* 2015;40(2):121-6.
8. Bazzi AR, Rangel G, Martinez G, Ulibarri MD, Syvertsen JL, Bazzi SA, et al. Incidence and Predictors of HIV and Sexually Transmitted Infections Among Female Sex Workers and Their Intimate Male Partners in Northern Mexico: A Longitudinal, Multilevel Study. *Am J Epidemiol.* 2015;181(9):723-31.
9. Robertson AM, Syvertsen JL, Ulibarri MD, Rangel MG, Martinez G, Strathdee SA. Prevalence and correlates of HIV and sexually transmitted infections among female sex workers and their non-commercial male partners in two Mexico-USA border cities. *J Urban Health.* 2014;91(4):752-67.
10. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet.* 385(9962):55-71.
11. Niccolai LM, Odinkova VA, Safiullina LZ, Bodanovskaya ZD, Heimer R, Levina OS, et al. Clients of street-based female sex workers and potential bridging of HIV/STI in Russia: results of a pilot study. *AIDS Care.* 2012;24(5):665-72.
12. Ward H, Aral SO. Globalisation, the sex industry, and health: *Sex Transm Infect.* 2006 Oct;82(5):345-7.

13. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet*. 2002;359(9313):1232-7.
14. Monroe J. Women in street prostitution: The result of poverty and the brunt of inequity. *Journal of Poverty*. 2005;9(3):69-88.
15. Aral SO, St Lawrence JS, Tikhonova L, Safarova E, Parker KA, Shakarishvili A, et al. The social organization of commercial sex work in Moscow, Russia. *Sex Transm Dis*. 2003;30(1):39-45.
16. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P, et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health*. 2014;104(5):13.
17. Tsai LC, Witte SS, Aira T, Riedel M, Hwang HG, Ssewamala F. "There is no other option; we have to feed our families...who else would do it?": The financial lives of women engaging in sex work in Ulaanbaatar, Mongolia. *Glob J Health Sci*. 2013;5(5):41-50.
18. Camlin CS, Kwena ZA, Dworkin SL, Cohen CR, Bukusi EA. "She mixes her business": HIV transmission and acquisition risks among female migrants in western Kenya. *Soc Sci Med*. 2014;102:146-56.
19. Goldenberg SM, Chettiar J, Nguyen P, Dobrer S, Montaner J, Shannon K. Complexities of short-term mobility for sex work and migration among sex workers: violence and sexual risks, barriers to care, and enhanced social and economic opportunities. *J Urban Health*. 2014;91(4):736-51.
20. Platt L, Grenfell P, Fletcher A, Sorhaindo A, Jolley E, Rhodes T, et al. Systematic review examining differences in HIV, sexually transmitted infections and health-related harms between migrant and non-migrant female sex workers. *Sex Transm Infect*. 2013;89(4):311-9.
21. Goldenberg S, Silverman J, Engstrom D, Bojorquez-Chapela I, Strathdee S. Mobility, Sex Work Entry and HIV Risk Along the Mexico-U.S. Border. *Int Migr*. 2014;52(4):26-40.
22. Sherwood JA, Grosso A, Decker MR, Peitzmeier S, Papworth E, Diouf D, et al. Sexual violence against female sex workers in The Gambia: a cross-sectional examination of the associations between victimization and reproductive, sexual and mental health. *BMC Public Health*. 2015;15(270):015-1583.
23. Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2008;15(4):221-31.
24. Shannon K, Csete J. Violence, condom negotiation, and HIV/STI risk among sex workers. *Jama*. 2010;304(5):573-4.
25. Argento E, Muldoon KA, Duff P, Simo A, Deering KN, Shannon K. High prevalence and partner correlates of physical and sexual violence by intimate partners among street and off-street sex workers. *PLoS One*. 2014;9(7).
26. Cohan D, Lutnick A, Davidson P, Cloniger C, Herlyn A, Breyer J, et al. Sex worker health: San Francisco style. *Sex Transm Infect*. 2006;82(5):418-22.
27. Decker MR, Wirtz AL, Baral SD, Peryshkina A, Mogilnyi V, Weber RA, et al. Injection drug use, sexual risk, violence and STI/HIV among Moscow female sex workers. *Sex Transm Infect*. 2012;88(4):278-83.

28. Jeal N, Salisbury C. Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract.* 2004;54(504):515-9.
29. Single E. Defining harm reduction. *Drug Alcohol Rev.* 1995;14(3):287-90.
30. Erickson PG. Harm reduction: what it is and is not. *Drug Alcohol Rev.* 1995;14(3):283-5.
31. Atun R, Kazatchkine M. The Global Fund's leadership on harm reduction: 2002-2009. *Int J Drug Policy.* 2010;21(2):103-6.
32. Merkinaite S, Grund JP, Frimpong A. Young people and drugs: Next generation of harm reduction. *International Journal of Drug Policy.* 2010;21(2):112-4.
33. Rekart ML. Sex-work harm reduction. *The Lancet.* 2005;366(9503):2123-34.
34. Pinkham S, Malinowska-Sempruch K. Women, Harm Reduction and HIV. *Reproductive Health Matters.* 2008;16(31):168-81.
35. Cusick L. Widening the harm reduction agenda: From drug use to sex work. *International Journal of Drug Policy.* 2006;17(1):3-11.
36. Bodkin K, Delahunty-Pike A, O'Shea T. Reducing stigma in healthcare and law enforcement: a novel approach to service provision for street level sex workers. *Int J Equity Health.* 2015;14(1):015-0156.
37. Mc Grath-Lone L, Marsh K, Hughes G, Ward H. The sexual health of female sex workers compared with other women in England: analysis of cross-sectional data from genitourinary medicine clinics. *Sex Transm Infect.* 2014;90(4):344-50.
38. Gaines TL, Rusch ML, Brouwer KC, Goldenberg SM, Lozada R, Robertson AM, et al. Venue-level correlates of female sex worker registration status: a multilevel analysis of bars in Tijuana, Mexico. *Glob Public Health.* 2013;8(4):405-16.
39. Rachlis B, Brouwer KC, Mills EJ, Hayes M, Kerr T, Hogg RS. Migration and transmission of blood-borne infections among injection drug users: understanding the epidemiologic bridge. *Drug Alcohol Depend.* 2007;90(2-3):107-19.
40. Ulibarri MD, Strathdee SA, Patterson TL. Sexual and drug use behaviors associated with HIV and other sexually transmitted infections among female sex workers in the Mexico-US border region. *Curr Opin Psychiatry.* 2010;23(3):215-20.
41. Lange JE, Lauer EM, Voas RB. A survey of the San Diego-Tijuana cross-border bingeing. *Methods and analysis. Eval Rev.* 1999;23(4):378-98.
42. Brouwer KC, Strathdee SA, Magis-Rodriguez C, Bravo-Garcia E, Gayet C, Patterson TL, et al. Estimated numbers of men and women infected with HIV/AIDS in Tijuana, Mexico. *J Urban Health.* 2006;83(2):299-307.
43. Iniguez-Stevens E, Brouwer KC, Hogg RS, Patterson TL, Lozada R, Magis-Rodriguez C, et al. [Estimating the 2006 prevalence of HIV by gender and risk groups in Tijuana, Mexico]. *Gac Med Mex.* 2009;145(3):189-95.
44. Deiss RG, Lozada RM, Burgos JL, Strathdee SA, Gallardo M, Cuevas J, et al. HIV prevalence and sexual risk behaviour among non-injection drug users in Tijuana, Mexico. *Glob Public Health.* 2012;7(2):175-83.
45. Strathdee SA, Philbin MM, Semple SJ, Pu M, Orozovich P, Martinez G, et al. Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Drug Alcohol Depend.* 2008;92(1-3):132-40.

46. Rusakova M, Rakhmetova A, Strathdee SA. Why are sex workers who use substances at risk for HIV? *Lancet*. 2015;385(9964):211-2.
47. Ojeda VD, Eppstein A, Lozada R, Vargas-Ojeda AC, Strathdee SA, Goodman D, et al. Establishing a binational student-run free-clinic in Tijuana, Mexico: a model for US-Mexico border states. *J Immigr Minor Health*. 2014;16(3):546-8.
48. Bucardo J, Semple SJ, Fraga-Vallejo M, Davila W, Patterson TL. A qualitative exploration of female sex work in Tijuana, Mexico. *Arch Sex Behav*. 2004;33(4):343-51.
49. Pinedo M, Burgos JL, Robertson AM, Vera A, Lozada R, Ojeda VD. Perceived risk of HIV infection among deported male injection drug users in Tijuana, Mexico. *Glob Public Health*. 2014;9(4):436-54.
50. Pinedo M, Burgos JL, Ojeda VD. A critical review of social and structural conditions that influence HIV risk among Mexican deportees. *Microbes Infect*. 2014;16(5):379-90.
51. Ward H, Day S. What happens to women who sell sex? Report of a unique occupational cohort. *Sex Transm Infect*. 2006;82(5):413-7.
52. Malinowska-Sempruch K. What interventions are needed for women and girls who use drugs? A global perspective. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;1(69):0000000000000621.
53. Azim T, Bontell I, Strathdee SA. Women, drugs and HIV. *Int J Drug Policy*. 2015;26(1):17.
54. Decker MR, Crago A-L, Chu SKH, Sherman SG, Seshu MS, Buthelezi K, et al. Human rights violations against sex workers: burden and effect on HIV. *The Lancet*. 385(9963):186-99.
55. Mayhew S, Collumbien M, Qureshi A, Platt L, Rafiq N, Faisal A, et al. Protecting the unprotected: mixed-method research on drug use, sex work and rights in Pakistan's fight against HIV/AIDS. *Sex Transm Infect*. 2009;85(2):033670.
56. Pando MA, Coloccini RS, Reynaga E, Rodriguez Fermepin M, Gallo Vaulet L, Kochel TJ, et al. Violence as a barrier for HIV prevention among female sex workers in Argentina. *PLoS One*. 2013;8(1):16.
57. Deering KN, Bhattacharjee P, Mohan HL, Bradley J, Shannon K, Boily MC, et al. Violence and HIV risk among female sex workers in Southern India. *Sex Transm Dis*. 2013;40(2):168-74.
58. Patterson TL, Semple SJ, Fraga M, Bucardo J, de la Torre A, Salazar J, et al. Comparison of sexual and drug use behaviors between female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Subst Use Misuse*. 2006;41(10-12):1535-49.
59. Ibbitson M. Out of the sauna: sexual health promotion with "off street" sex workers. *Journal of epidemiology and community health*. 2002;56(12):903-4.
60. Kim AA, Sun LP, Chhorvann C, Lindan C, Van Griensven F, Kilmarx PH, et al. High Prevalence of HIV and Sexually Transmitted Infections Among Indirect Sex Workers in Cambodia. *Sexually Transmitted Diseases*. 2005;32(12):745-51.
61. Servin AE, Brouwer KC, Gordon L, Rocha-Jimenez T, Staines H, Vera-Monroy RB, et al. Vulnerability Factors and Pathways Leading to Underage Entry into Sex Work in two Mexican-US Border Cities. *J Appl Res Child*. 2015;6(1):3.

62. Sirotin N, Strathdee SA, Lozada R, Nguyen L, Gallardo M, Vera A, et al. A comparison of registered and unregistered female sex workers in Tijuana, Mexico. *Public Health Rep.* 2010;4:101-9.
63. Goldenberg SM, Strathdee SA, Gallardo M, Nguyen L, Lozada R, Semple SJ, et al. How important are venue-based HIV risks among male clients of female sex workers? A mixed methods analysis of the risk environment in nightlife venues in Tijuana, Mexico. *Health Place.* 2011;17(3):748-56.
64. Strathdee SA, Magis-Rodriguez C, Mays VM, Jimenez R, Patterson TL. The emerging HIV epidemic on the Mexico-U.S. border: an international case study characterizing the role of epidemiology in surveillance and response. *Ann Epidemiol.* 2012;22(6):426-38.
65. Coker AL, Derrick C, Lumpkin JL, Aldrich TE, Oldendick R. Help-seeking for intimate partner violence and forced sex in South Carolina. *American Journal of Preventive Medicine.* 2000;19(4):316-20.
66. Ulibarri MD, Hiller SP, Lozada R, Rangel MG, Stockman JK, Silverman JG, et al. Prevalence and characteristics of abuse experiences and depression symptoms among injection drug-using female sex workers in Mexico. *J Environ Public Health.* 2013;631479(10):12.
67. Jiwatram-Negron T, El-Bassel N. Correlates of Sex Trading among Drug-Involved Women in Committed Intimate Relationships: A Risk Profile. *Womens Health Issues.* 2015;16(15):00060-2.
68. Pinedo M, Burgos JL, Ojeda AV, FitzGerald D, Ojeda VD. The role of visual markers in police victimization among structurally vulnerable persons in Tijuana, Mexico. *International Journal of Drug Policy.* 2015;26(5):501-8.
69. Beletsky L, Heller D, Jenness SM, Neaigus A, Gelpi-Acosta C, Hagan H. Syringe access, syringe sharing, and police encounters among people who inject drugs in New York City: a community-level perspective. *Int J Drug Policy.* 2014;25(1):105-11.
70. Beletsky L, Lozada R, Gaines T, Abramovitz D, Staines H, Vera A, et al. Syringe confiscation as an HIV risk factor: the public health implications of arbitrary policing in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *J Urban Health.* 2013;90(2):284-98.
71. Fernandez-Nino JA, Ramirez-Valdes CJ, Cerecero-Garcia D, Bojorquez-Chapela I. Deported Mexican migrants: health status and access to care. *Rev Saude Publica.* 2014;48(3):478-85.