



2023

REPORTE CORTO

Encuesta Bioconductual (BBS)
en Migrantes Venezolanos que
viven en Lima/Callao y Trujillo

Las opiniones expresadas en las publicaciones de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) corresponden a los autores y no reflejan necesariamente las de la OIM. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, juicio alguno por parte de la OIM sobre la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona citados, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La OIM está consagrada al principio de que la migración en forma ordenada y en condiciones humanas beneficia a los migrantes y a la sociedad. En su calidad de organismo intergubernamental, la OIM trabaja con sus asociados de la comunidad internacional para: ayudar a encarar los crecientes desafíos que plantea la gestión de la migración; fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias; alentar el desarrollo social y económico a través de la migración; y velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.

Esta publicación fue posible gracias al apoyo del Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC). Ello no obstante, las opiniones expresadas en la misma no reflejan necesariamente las políticas oficiales del Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC).

Publicado por: Oficina País, OIM Perú
Organización Internacional para las Migraciones (OIM),
Misión Perú
Lima, Perú
Sitio web: peru.iom.int
C. Miguel G. Seminario 320, San Isidro.

Esta publicación no ha sido editada oficialmente por la OIM.

Esta publicación no ha sido aprobada por la Unidad de Publicaciones de la OIM (PUB) en cuanto a la observancia de las directrices de marca y las normas de estilo de la Organización.

Esta publicación fue emitida sin el aval de la Unidad de Investigación de la OIM (RES).

Esta publicación no ha sido traducida por el Servicio de Traducción de la OIM.

Foto de la portada: Asistencia Humanitaria / Organización Internacional para las Migraciones 2023.

© OIM 2023



Reservados todos los derechos. La presente publicación está disponible en virtud de la [licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode) (CC BY-NC-ND 3.0 IGO).*

Si desea más información, consulte los [derechos de autor y las condiciones de utilización](#).

La presente publicación no podrá ser utilizada, publicada o redistribuida con fines comerciales o para la obtención de beneficios económicos, ni de manera que los propicie, con la excepción de los fines educativos, por ejemplo, para su inclusión en libros de texto.

Autorizaciones: Las solicitudes para la utilización comercial u otros derechos y autorizaciones deberán enviarse a publications@iom.int.

* <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>

INFORME CORTO

Encuesta Bioconductual (BBS) en Migrantes Venezolanos que viven en Lima/Callao y Trujillo

Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los
Estados Unidos - CDC EE. UU.

Avi Hakim
Horacio Ruiseñor
Sagarika Das

Organización Internacional para las Migraciones – OIM

Kolitha Wickramage
Karin Sosa
Gino Calvo

Socios en Salud, Sucursal Perú - SES

Jesús Peinado Rodríguez
Renato Errea Valdivia
Lorena Vargas Rodríguez

2023

1. INTRODUCCIÓN



Históricamente, las migraciones y movilizaciones humanas han afectado a diferentes sociedades a nivel mundial. (1). Según el último informe de 2022 de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), según estimaciones realizadas desde 2000 hasta 2020, se estimó que 281 millones de personas habían migrado de sus países y ciudades de origen, lo que representa el 3,6% de la población mundial. (1). Venezuela es el país de América Latina con la mayor tasa de migración de la región. (2). La situación actual de crisis en Venezuela ha influido notablemente en estos flujos migratorios y según datos de 2021, cerca de 5,6 millones de venezolanos abandonaron su país y de estos el 85% se trasladó a otros países de América Latina y el Caribe. (3). Según datos del Grupo de Trabajo de Refugiados y Migrantes (GTRM), Perú es el segundo país que más migrantes venezolanos recibe después de Colombia. (4). Hacia fines de 2021 la estimación de migrantes y refugiados venezolanos viviendo en Perú era de 1.29 millones y lo que se espera para fines de 2022 es que esta cifra llegue a 1.56 millones. (3).

Existen varios determinantes de la salud que han impactado negativamente en la salud de las personas migrantes venezolanas residentes en Perú (por ejemplo: empleo, estatus migratorio, COVID-19, acceso a servicios de salud, etc.) (5-9). Por otro lado, se sabe que en el Perú el VIH es un problema de salud pública y aunque su prevalencia en la población adulta en general oscila alrededor del 0.4%, esta epidemia se concentra en poblaciones más vulnerables como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transgénero con tasas de prevalencia del 10% y 30% respectivamente (10-12). Sumado a esto, el acceso a los servicios de salud en el Perú para la atención del VIH es un problema importante entre las personas que viven con el VIH (PVVS), incluidos los migrantes, debido a la presencia de determinantes sociales que dificultan y retrasan el inicio del tratamiento antirretroviral, sumado al estigma y la discriminación. que sufren las personas que viven con el VIH(11,13,14).

El propósito de esta encuesta es describir las características sociodemográficas, comportamientos de riesgo de VIH, estado de salud y acceso a servicios de la población migrante. Estos objetivos son esenciales para la planificación, implementación y acceso a los servicios de salud, y para apoyar los esfuerzos locales de vigilancia del VIH y la sífilis, asegurando que la evidencia se utilice para desarrollar programas e informar las decisiones de política sobre estas enfermedades para los venezolanos que viven en Perú. Finalmente, esta encuesta proporciona estimaciones sobre la prevalencia del VIH entre la población adulta general (≥ 18 años) de migrantes venezolanos que viven en dos sitios en Perú, Lima/ Callao y Trujillo, además de generar estimaciones preliminares del conocimiento del estado serológico. acceso a terapia antirretroviral, y supresión de carga viral (SV), según el continuo de atención siguiendo los lineamientos propuestos por ONUSIDA (95-95-95) entre la población general de personas venezolanas que viven con VIH (PVVS).. Finalmente, describir las características sociodemográficas, comportamientos de riesgos para adquirir VIH, la situación de salud y el acceso a los servicios de población migrante es fundamental para la planificación, implementación y acceso a servicios de salud que respondan adecuadamente a las necesidades de esta población.

A.AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento:

Agradecimientos especiales

Este trabajo fue apoyado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (EE. UU.) bajo los términos del Acuerdo de Cooperación número NU2GGH002000-03-01. El esfuerzo proporcionado por Sagarika Das fue respaldado por el Acuerdo de Cooperación No.: NU2GGH002093-01-00 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. y el Instituto de Salud Pública. El contenido de este informe es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente los puntos de vista oficiales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades o el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

B.TABLA DE CONTENIDO

Introducción	4
Metodología	7
Resultados	9
Características sociodemograficas de los migrantes venezolanos que viven en Lima/Callao y Trujillo Perú - 2022	9
Figura 1. Gráfico de redes de reclutamiento en Lima/Callao, Perú - 2022	11
Figura 2. Gráfico de redes del reclutamiento en Trujillo, Perú- 2022.	12
Características relacionadas con la salud de migrantes venezolanos que viven en Lima/Callao y Trujillo, Perú-2022.	13
Características de violencia experimentados por migrantes venezolanos que viven en Lima/ Callao y Trujillo, Perú-2022	15
Limitaciones	19
Conclusiones y recomendaciones	20
Referencias	22

2. METODOLOGIA

Previo a la recopilación de información a partir de la encuesta bioconductual aplicada en los sitios de enrolamiento, se realizó una etapa de evaluación formativa en Lima/Callao y Trujillo durante un tiempo de dos meses. La evaluación formativa involucró discusiones de grupos focales (GF) con informantes clave de venezolanos migrantes y entrevistas en profundidad (EP) con proveedores de servicios de salud y autoridades del Ministerio de Salud (MINSA). Los GF y la EP informaron el proceso de implementación de la encuesta, los lugares de elegidos para enrolamiento de participantes, compensación adecuada por la participación popular y barreras de acceso para cuidados de salud.

En total se realizaron grupos focales, incluyendo hombres, mujeres migrantes y personas pertenecientes a poblaciones vulnerables como PVVS, HSH y mujeres transgénero, y se realizaron 10 entrevistas en profundidad con proveedores de salud y autoridades del MINSA y 5 grupos focales.

Después de haber realizado la evaluación formativa, se identificaron los sitios de muestreo y las primeras semillas. La semilla es un participante que es reclutado por investigadores o personal de la encuesta. Todas las encuestas de muestreo basado en encuestados (RDS) comienzan con su selección. La encuesta se implementó a través del enrolamiento de la semilla. El tamaño de la muestra del estudio fue potenciado para estimar la prevalencia del VIH asumiendo una prevalencia del VIH del 1 % entre la población general, un alfa del 0,5 %, un margen de error de 0,005 y un efecto de diseño de dos. La muestra de la encuesta fue de 6200 participantes, 4650 en Lima/Callao y 1550 en Trujillo. Estos sitios fueron seleccionados porque han recibido la mayor cantidad de migrantes venezolanos y reportan la mayor prevalencia de VIH entre la población migrante y local, según información proporcionada por la Superintendencia Nacional de Migraciones y los datos de prevalencia por región de la Dirección de Prevención y Control de VIH, Infecciones de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPHIV) [15]. Los participantes debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: 1) Ser migrante venezolano; 2) Mayor de 18 años; 3) Emigrado a Perú en 2015 o posterior; 4) Residir en el Perú; 5) Ser capaz de comunicarse en español; 6) Ser capaz de proporcionar consentimiento informado verbal; 7) Tener y presentar un cupón de reclutamiento de pares válido (excluyendo semillas). Los procedimientos utilizados para la encuesta involucraron la administración de un cuestionario estructurado que incluía preguntas sobre datos demográficos y sociales, comportamientos sexuales de riesgo, uso de alcohol y drogas, salud mental, estigma, discriminación y violencia, así como uso de servicios de salud, COVID-19, 19 síntomas e historial de pruebas de VIH [23-27]. La prueba rápida para VIH/sífilis se realizó utilizando la prueba rápida dual Bioline™ HIV/Syphilis Duo. Las pruebas confirmatorias utilizaron el ensayo confirmatorio Geenius™ HIV 1/2 para el VIH y la prueba ARCHITECT Syphilis TP para la sífilis. Los resultados se proporcionaron a los participantes durante la segunda visita.

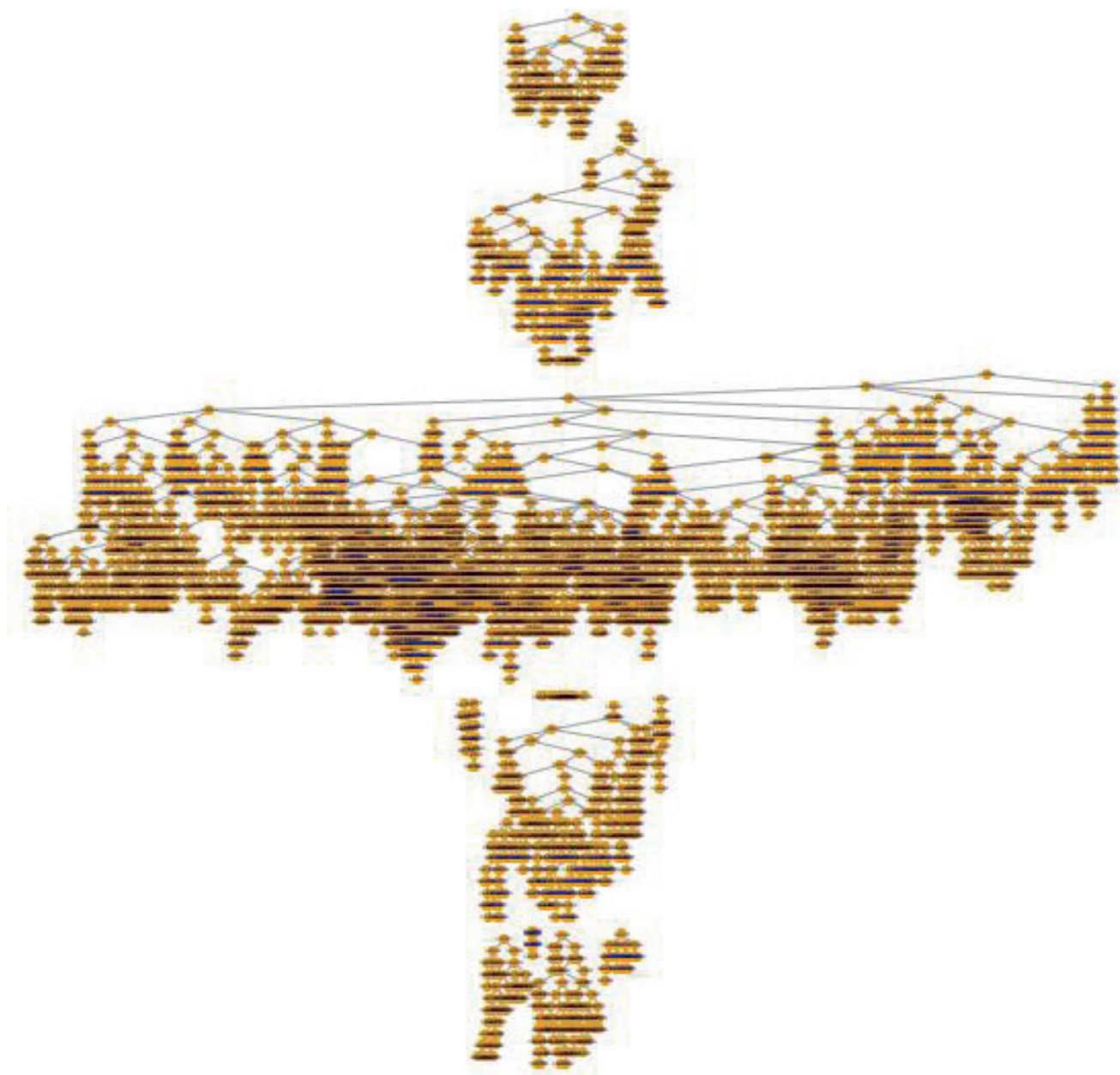
Los participantes se inscribieron a través de un muestreo dirigido por encuestados (RDS). Se utilizó un muestreo intencional para reclutar personas pertenecientes a la población migrante que no solo cumplieran con los criterios de inclusión sino que tuvieran una amplia red social que variaba sus características en cuanto a sexo, nivel educativo, participación en ONG, etc. A estos individuos se les denominó semillas, ocho semillas se asignaron para Lima/Callao y seis para Trujillo. Luego de participar en la encuesta, recibieron tres cupones para invitar a participar a otros tres migrantes venezolanos. La velocidad de inscripción se ajustó agregando más semillas en cada sitio y proporcionando cuatro cupones en lugar de tres. Al finalizar el enrolamiento, había 13 semillas en Lima/Callao y 11 en Trujillo que lograron la meta de acuerdo a la muestra asignada para cada sitio. El período de recolección de datos para Lima fue de nueve meses (del 09 de noviembre de 2021 al 27 de julio de 2022) y de seis meses (del 17 de noviembre de 2021 al 28 de abril de 2022) para Trujillo.

El procesamiento y análisis de datos se realizó con el software Stata versión 16.0 (StataCorp. 2016. Stata Statistical Software: Release 16. College Station, TX, Estados Unidos de América). Limpiamos la base de datos buscando datos faltantes, datos duplicados, variables recodificadas y variables de conversión, según el análisis a realizar. Para las estimaciones de población, utilizamos el software RDS-Analyst (RDS-A), un paquete estadístico diseñado para el procesamiento y análisis de datos RDS. (15) Las estimaciones por sitio se basaron en el informe de la Superintendencia Nacional de Migraciones, con 694.068 migrantes en Lima/Callao y 52.902 migrantes en Trujillo según información a julio de 2022. El análisis ajustado se realizó por sitio utilizando Giles-SS con 500 arranques. Las estimaciones agregadas se determinaron utilizando las estimaciones ajustadas para cada sitio y la estimación del tamaño de la población para cada ciudad.

Este proyecto se revisó de acuerdo con los procedimientos de protección de investigación de sujetos humanos de los CDC y se determinó que no es una investigación. El protocolo y las herramientas de la encuesta fueron revisados en Perú por el comité de ética de Via Libre (Comite the Bioetica de Via Libre).

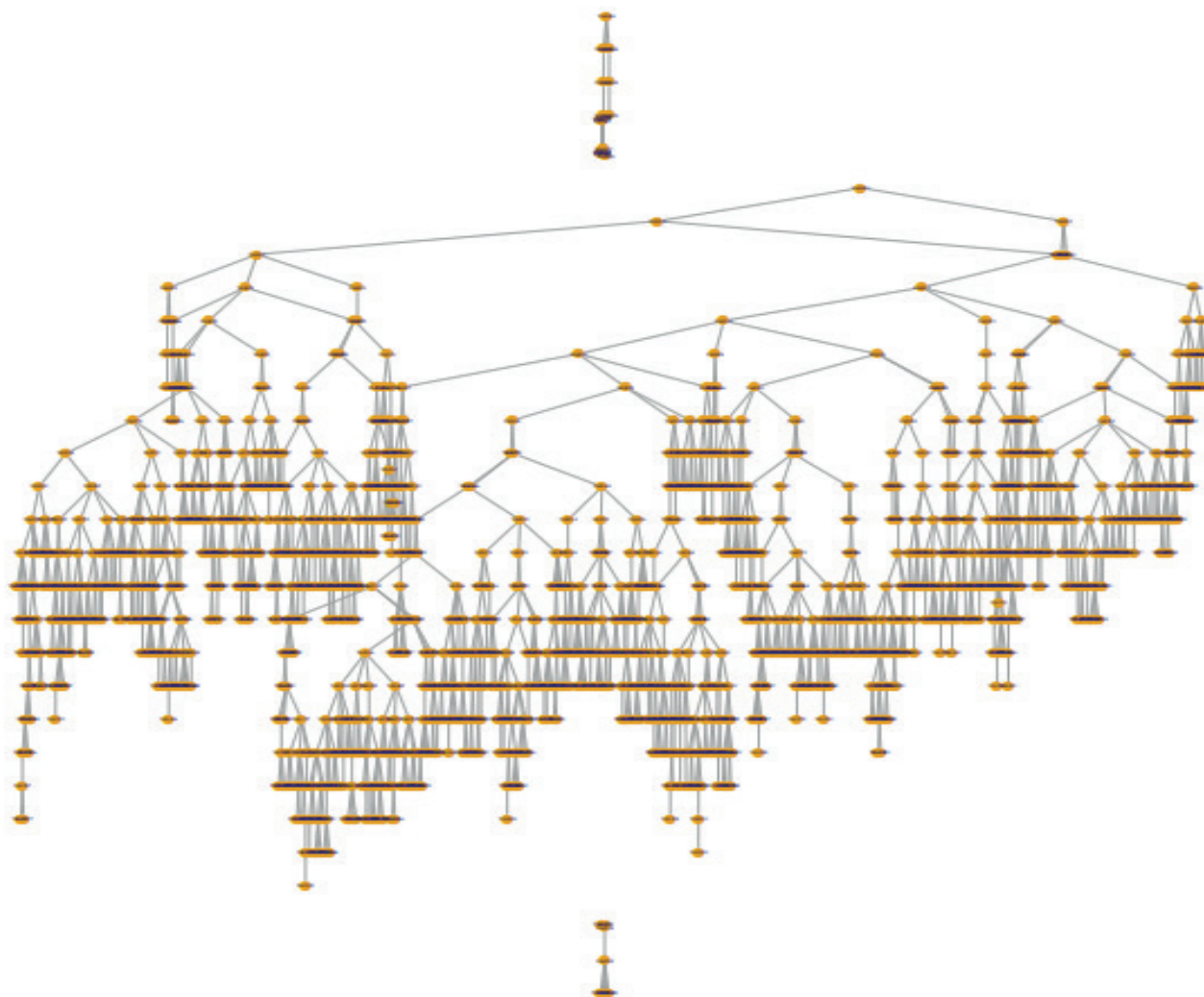
3. RESULTADOS

Figura 1. Gráfico de redes del reclutamiento en Lima/Callao, Perú-2022



La figura 1 muestra el gráfico de redes resultante del reclutamiento en Lima/Callao mediante la metodología RDS. Se observa que, de las 13 semillas, 1 resultó dar origen a la mayor cantidad de participantes, mientras que otras 4 tuvieron un rol importante pero menor, y el resto produjo mucho menor cantidad de participantes reclutados o ningún reclutado

Figura 2. Gráfico de redes del reclutamiento en Trujillo, Perú-2022



La figura 2 muestra el gráfico de redes resultante del reclutamiento en Trujillo. Se observa que, de las 8 semillas, 1 resultó dar origen a la gran mayoría de participantes, mientras que otras 2 tuvieron un rol menor, y el resto no produjo ningún participante.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los migrantes venezolanos que viven en Lima/Callao y Trujillo Perú - 2022

	Lima/Callao (n=4650)				Trujillo (n=1550)				Total (N=6200)			
	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%
Sexo												
Masculino	1547	33.3	33.4	31.1-35.7	664	42.8	38.9	34.8-43.1	2211	35.7	33.8	31.7-35.9
Femenino	3103	66.7	66.6	64.3-68.9	886	57.2	61.1	56.9-65.2	3989	64.3	66.2	64.2-68.2
Identidad de género												
Hombre	1539	33.1	32.7	30.5-34.9	650	41.9	37.5	33.3-41.6	2189	35.3	33	31.0-35.1
Mujer	3053	65.7	65.9	63.6-68.1	874	56.4	60.8	56.7-64.9	3927	63.3	65.5	63.4-67.6
Mujer transgénero	30	0.6	0.6	0.3-0.9	14	0.9	0.7	0.2-1.1	44	0.7	0.6	0.3-0.9
Hombre transgénero	13	0.3	0.5	0.2-1.0	8	0.6	0.6	-0.1-1.4	21	0.3	0.6	0.2-0.9
No binario	2	0	0.1	0.0-0.1	2	0.1	0.1	-0.1-0.1	4	0.1	0.1	-0.0-0.1
Otros**	13	0.3	0.2	0.0-0.4	2	0.1	0.3	-0.6-1.3	15	0.3	0.2	0.0-0.4
Mediana en Años (RIC)	33(14)				31(13)				32(15)			
Estado civil												
Casado(a)/conviviente	2075	44.6	43.6	40.9-46.1	687	44.3	42.1	38.2-45.9	2762	44.6	43.5	41.1-45.9
Divorciado(a)/Separado	626	13.5	13.3	11.7-14.8	181	11.7	11.6	9.0-14.2	807	13	13.2	11.7-14.6
Soltero	1865	40.1	42	39.5-44.5	662	42.7	45.1	41.1-49.1	2527	40.8	42.2	39.9-44.6
Viudo	84	1.8	1.1	0.7-1.5	20	1.3	1.2	0.3-2.0	104	1.6	1.1	1.0-1.2
Estatus Migratorio												
Regular	3491	75.1	72.8	70.7-74.9	1252	80.8	79.3	75.9-82.8	4743	76.5	73.3	71.375.2
Irregular	1159	24.9	27.2	25.1-29.3	298	19.2	20.7	17.2-24.1	1457	23.5	26.7	24.8-28.7
Nivel Educativo												
Sin educación	28	0.6	0.8	0.3-1.3	10	0.6	0.6	0.1-1.2	38	0.6	0.8	0.3-1.3
Primaria	281	6	5.9	4.9 - 6.9	68	4.4	5.4	3.6-7.3	349	5.6	5.9	4.9-6.8
Secundaria	2461	52.9	54.0	51.7-56.3	774	49.9	50.3	46.6-53.9	3235	52.2	53.7	51.6-55.9
Superior (Univ.-Tec.)	1816	39.1	37.6	35.3-39.9	677	43.7	42.6	38.8-46.3	2493	40.2	38.0	35.8-40.1
Otros**	64	1.4	1.7	1.1-2.3	21	1.4	1.1	0.5-1.7	85	1.4	1.7	1.1-2.2
Empleo												
En planilla formal tiempo completo	396	8.5	8.4	7.2-9.6	190	12.3	14.5	11.5-17.4	586	9.5	8.8	7.7-10.0
En planilla formal de medio tiempo	127	2.7	2.2	1.6-2.9	76	4.9	5.8	3.9-7.7	203	3.3	2.5	1.8-3.1
Informal	1190	25.6	26.3	24.2-28.4	507	32.7	29.1	25.6-32.6	1697	27.4	26.5	24.5-28.5
Ambulante	1413	30.4	29.2	27.0-31.4	415	26.8	24.0	20.5-27.5	1828	29.5	28.8	26.8-30.9
Estudiante a tiempo completo	21	0.5	0.7	0.3-1.1	11	0.7	1.1	0.2-2.1	32	0.5	0.7	0.4-1.1
Desempleado	1315	28.3	28.5	26.4-30.5	281	18.1	21.5	18.2-24.8	1596	25.7	28.0	26.1-29.9
Jubilado	23	0.5	0.5	0.2-0.8	6	0.4	0.7	-0.1-1.4	29	0.5	0.5	0.2-0.8
Otro	165	3.5	4.2	3.3-5.1	64	4.1	3.4	2.0-4.8	229	3.6	4.1	3.3-5.0

Tabla 1. Características sociodemográficas de los migrantes venezolanos que viven en Lima/Callao y Trujillo Perú - 2022

	Lima/Callao (n=4650)				Trujillo (n=1550)				Total (N=6200)			
	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%
Ingresos												
Menos del salario mínimo (930 soles)	2965	63.8	63.8	61.5-66.1	985	63.5	64	60.2-67.8	3950	63.7	63.8	61.7-66.0
Salario mínimo (930 soles)	1215	26.1	27.5	25.5-29.6	416	26.8	27.8	24.3-31.3	1631	26.3	27.5	25.6-29.4
Entre 930 - 1500 soles	427	9.2	7.8	6.7-9.0	126	8.1	7.1	5.2-9.0	553	8.9	7.8	6.7-8.8
Más de 1500 soles	43	0.9	0.9	0.5-1.1	23	1.5	1.1	0.4-1.7	66	1.1	0.9	0.6-1.2

*(El valor equivalente de soles a dólares es S/. 3.8=\$1; donde el salario mínimo en soles equivalente en dólares es S/. 930= \$244.7)

**Otras categorías no contempladas

*** Status migratorio (Situación regular: Persona que ingresa al país con autorización del estado peruano de acuerdo con sus leyes. / Condición irregular: Persona que ingresa al país sin autorización del estado peruano de acuerdo con sus leyes)

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los migrantes venezolanos. En Lima/Callao, el 66,6% (IC: 64,3-68,9) y el 61,1% (IC: 56,9-65,2) en Trujillo eran mujeres.

La mediana de edad en Lima/Callao fue de 33% (RIC: 27-41) y de 31% (RIC: 26-39) en Trujillo. Asimismo, el 42% (IC: 39,5-44,5) y el 45,1% (IC: 41,1-49,1) de los migrantes en Lima/Callao y Trujillo, respectivamente, eran solteros, mientras que el 43,6% (IC: 40,9-46,1) y el 42,1% (IC : 38.2-45.9) estaban casados o cohabitaban.

La mayoría tenía un estatus migratorio regular en Lima/Callao 72,8% (IC: 70,7-74,9) y Trujillo 79,3% (IC: 75,9-82,8). Más de la mitad de los migrantes habían terminado su educación secundaria en Lima/Callao 54% (IC: 51,7-56,3) y Trujillo 50,3% (IC: 46,6-53,9). Adicionalmente, 26.3% (24.2-28.4) de los migrantes que viven en Lima/Callao y 29.1% (25.6-32.6) en Trujillo están empleados informalmente. A pesar de ello, el 28,5% (IC: 26,4-30,5) en Lima/Callao y el 21,5% (IC: 18,2-24,8) en Trujillo están desempleados. Por último, la mayoría gana menos del salario mínimo 63,8% (IC: 61,5-66,1) en Lima/Callao y 64% (IC: 60,2-67,8) en Trujillo.

Tabla 2. Variables relacionadas con la salud de migrantes venezolanos que viven en Lima/Callao y Trujillo, Perú-2022.

	Lima/Callao (n=4650)				Trujillo (n=1550)				Total (N=6200)			
	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%
IMC												
Bajo peso (<18,5)	166	3.6	4.4	3.4-5.4	39	2.5	3.3	1.6-5.0	205	3.3	4.3	3.4-5.2
Normal (18,5-24,9)	1765	37.9	38.6	36.3-40.9	566	36.5	40.5	36.8-44.2	2331	37.6	38.7	36.6-40.8
Sobrepeso (25,0-29,9)	1531	32.9	32.3	30.1-34.4	578	37.3	33.4	29.9-36.9	2109	34.0	32.3	30.3-34.3
Obesidad (>=30)	1188	25.6	24.8	22.8-26.9	367	23.7	22.9	19.8-25.9	1555	25.1	24.7	22.8-26.6
Ansiedad en varones (PHQ-4) (ref: no)	188	12.2	10.5	8.4-12.7	58	8.7	9.30	5.8-12.9	246	11.1	10.4	8.4-12.4
Ansiedad en mujeres (PHQ-4) (ref: no)	644	20.8	20.0	17.8-22.1	110	12.4	11.4	8.5-14.3	754	18.9	19.4	17.4-21.4
Depresión en varones (PHQ-4) (ref: no)	184	11.9	9.42	6.6-21.2	68	10.2	11.7	5.8-17.5	252	11.4	9.6	2.8-16.4
Depresión en mujeres (PHQ-4) (ref: no)	545	17.6	17.5	15.1-19.9	98	11.1	10.7	6.4-15.0	643	16.1	17.0	14.7-19.3
Consumo de drogas (ref: no) Si												
Hombres	201	12.9	9.6	7.5-11.6	61	9.2	11.9	6.9-16.8	262	11.9	9.7	7.8-11.6
Mujeres	339	10.9	10.9	9.3-12.5	124	14	14.2	10.6-17.7	463	11.6	11.1	9.6-12.7
Consumo de drogas (ref: no) Si	235	5.1	4.9	3.9-5.9	86	5.5	5.5	3.7-7.2	321	5.2	4.9	4.0-5.9
Tuvo un embarazo estando en Perú. (ref: no) Si	1062	22.8	22.2	20.1-24.3	265	17.1	16.1	13.3-18.9	1327	21.4	21.8	19.8-23.7
Accedió a la atención prenatal al final del embarazo (ref: no) Si	790	74.4	73.4	69.0-77.8	196	74	77.5	68.9-86.2	986	74.3	73.7	69.6-77.8
Veces que requirió servicios de salud en general por alguna condición médica												
Ninguna	2809	60.4	61.3	59.1-63.4	1044	67.4	66.4	62.7-70.3	3853	62.2	61.7	59.6-63.7
Una vez	796	17.1	16.4	14.7-18.1	277	17.9	18.2	15.1-21.3	1073	17.3	16.5	14.9-18.1
Dos veces	499	10.7	10.9	9.5-12.3	123	7.9	9.3	6.8-11.8	622	10	10.8	9.5-12.1
Tres o más veces	546	11.7	11.5	10.1-12.9	106	6.8	6.1	4.4-7.8	652	10.5	11.1	9.8-12.4
Recibió todos los servicios de salud solicitados												
Ninguno de los servicios	155	8.4	7.7	4.4-10.9	46	9.1	9.8	3.7-15.9	201	8.6	7.8	4.8-10.9
Algunos de los servicios	926	50.3	49.8	46.2-53.3	262	51.8	53.7	47.6-59.9	1188	50.6	50.1	46.7-53.4
La mayoría de los servicios	366	19.9	18.9	16.4-21.6	109	21.5	20.3	15.9-24.6	475	20.2	19	16.6-21.4
Todos los servicios	394	21.4	23.6	21.1-26.1	89	17.6	16.2	12.3-20.1	483	20.6	23.1	20.7-25.4
Motivo de no acceder a los servicios solicitados												
Costo	929	64	63	59.1-66.9	281	67.2	65.9	59.3-72.4	1210	64.7	63.2	55.4-71.0
Servicio no disponible	310	21.3	21.8	19.1-24.6	66	15.8	15.7	11.5-20.0	376	20.1	21.4	18.8-23.9
Falta de tiempo	109	7.5	8	5.8-10.2	38	9.1	9.7	5.8-13.6	147	7.9	8.1	6.1-10.2
Otro	104	7.2	7.2	3.2-11.1	33	7.9	8.7	2.9-14.6	137	7.3	7.3	3.6-11.0

*El IMC se obtuvo a partir de los datos de altura y peso.

El riesgo de consumo se determinó usando la escala Audit-C.

Los indicadores de ansiedad y depresión fueron medidas usando la escala PHQ-4.

Algunas preguntas son secuenciales por lo que algunos "n" no necesariamente reflejan el total de la población.

Tabla 2. Variables relacionadas con la salud de migrantes venezolanos que viven en Lima/Callao y Trujillo, Perú-2022

La Tabla 2 muestra variables relacionadas con la salud y el acceso a los servicios entre la población migrante. Aproximadamente uno de cada tres migrantes 32,3% (IC: 30,1-34,4); y 33,4% (IC: 29,9-36,9)) presentaba sobrepeso y menos de una cuarta parte 24,8% (IC: 22,8-26,9); y el 22,9% (IC: 19,8-25,9) eran obesos en Lima/Callao y Trujillo, respectivamente.

También encontramos que las mujeres tienen una mayor prevalencia de ansiedad en comparación con los hombres 19,4% (IC: 17,4-21,4) vs 10,4% (IC: 8,4-12,4), con proporciones similares en la prevalencia de depresión entre mujeres y hombres 17,0% (IC : 14,7-19,3) vs 9,6% (IC: 2,8-16,4). Se evaluó el consumo peligroso de alcohol. Aproximadamente uno de cada diez hombres migrantes tiene un consumo peligroso de alcohol en Lima/Callao 9,6% (IC: 7,5-11,6)) y Trujillo 11,9% (IC: 6,98-16,8)) Entre las mujeres el consumo fue de 10,9% (IC:9,3) -12,5) en Lima/Callao y 14,2% (IC:10,6-17,7) en Trujillo. La prevalencia del consumo de drogas fue similar en Lima/Callao y Trujillo, con 4,9% (IC: 3,9-5,9) en Lima/Callao y 5,5% (IC: 3,7-7,2) en Trujillo. En cuanto al acceso a los servicios de salud, encontramos que el 22,2% (IC: 20,1-24,3) y el 16,1% (IC: 13,3-18,9) de las parejas migrantes en Lima y Trujillo, respectivamente, tuvieron un embarazo estando en Perú. De estas, 26,6% (IC: 22,2-30,9) y 22,5% (IC:13,8-31,0) no tuvieron acceso a control prenatal en Lima/Callao y Trujillo. Finalmente, de aquellos migrantes que requerían uno o más servicios de salud, solo el 23,6% (IC: 21,1-26,1) y el 16,2% (IC: 12,3-20,1) en Lima/Callao y Trujillo pudieron acceder a todos los servicios que buscaban, la principal razón para no acceder a los servicios que buscaban fueron factores económicos en 63,0% (IC:59,1-66,9) y 65,9% (IC:59,3-72,4) en Lima/Callao y Trujillo, respectivamente.

Tabla 3. Eventos de violencia experimentados por migrantes venezolanos que viven en Lima/Callao y Trujillo, Perú-2022

	Lima/Callao (n=4650)				Trujillo (n=1550)				Total (N=6200)			
	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%
Recibió amenaza física o sexual												
No	283	56.1	57.6	51.9-63.2	56	47.9	49.6	36.7-62.5	339	54.5	57	51.7- 62.4
Sí	222	43.9	42.4	36.8-48.1	61	52.1	50.4	37.5-63.2	283	45.5	43	37.6-48.3
Recibió violencia física												
No	200	52.8	55.1	48.8-61.3	49	51.6	59.8	48.4-71.5	248	52.5	55.4	49.6-61.3
Sí	179	47.2	44.9	38.7-51.1	46	48.4	40.2	28.5-51.6	224	47.5	44.6	38.7-50.4
Estaba obligado a tener sexo **												
No	29	50	52.5	35.4-69.8	11	55	83.4	76.5-90.9	40	51.9	54.7	38.8-70.8
Sí	29	50	47.5	30.2-64.7	9	45	16.6	9.1-23.5	37	48.1	45.3	29.2-61.3
Estaba forzado/coercionado a tener sexo ***												
No	42	54.5	50	35.4-64.8	16	59.3	67	43.4-87.8	58	56.3	51.8	38.0-65.5
Sí	35	45.5	50	35.2-63.6	11	40.7	33	12.3-53.6	45	43.7	48.2	35.0-61.5
"Ha sido víctima de un episodio de estigma o discriminación"												
No	1319	28.4	29.1	26.9-31.3	485	31.3	31.5	27.9-35.3	1804	29.1	29.3	27.2-31.3
Sí	3331	71.6	70.9	68.7-73.2	1065	68.7	68.5	64.7-72.2	4396	70.9	70.7	68.6-72.8

*Los indicadores de violencia se basan en la desagregación de quienes reportaron haber tenido violencia en los últimos 12 meses mientras estuvieron en Perú

Algunas preguntas son secuenciales por lo que algunos "n" no necesariamente reflejan el total de la población

** Tener sexo en contra de la voluntad o sin consentimiento

***Tener sexo obligado como consecuencia de un ejercicio de poder

La Tabla 3 muestra los eventos relacionados con la violencia vividos por los migrantes venezolanos residentes en Perú en los últimos 12 meses por su condición de migrantes. La amenaza ponderada física o sexual recibida en los últimos 12 meses (mientras que en Perú) fue de 42,4% (IC: 36,8-48,1) en Lima/Callao y 50,4% (IC: 37,5-63,2) en Trujillo. Además, el 44,9% (IC: 38,7-51,1) en Lima/Callao y el 40,2% (IC: 28,5-51,6) en Trujillo habían experimentado violencia física, mientras que el 47,5% (IC: 30,2-64,7) y el 16,6% (IC: 9,1- 23.5) fueron forzados a tener relaciones sexuales. Además, el 50,0% (IC: 35,2-63,6) en Lima/Callao y el 33,0% (IC: 12,3-53,6) en Trujillo fueron forzados/coaccionados a tener relaciones sexuales. Finalmente, la mayoría había experimentado estigma y discriminación estando en Perú, con 70,9% (IC: 68,7-73,2) en Lima/Callao y 68,5% (IC: 64,7-72,2) en Trujillo.

Tabla 4. Características de salud sexual y VIH de migrantes venezolanos que viven en Lima/Callao y Trujillo, Perú-2022

	Lima/Callao (n=4650)				Trujillo (n=1550)				Total (N=6200)			
	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%	n	Proporción muestral %	Estimación de población %	IC 95%
Antecedente de tamizaje de VIH												
No	1702	36.6	39.2	36.9-41.3	734	47.4	51.7	47.8-55.7	2436	39.3	40.1	38.0-42.1
Si	2884	62	59.3	57.1-61.5	794	51.2	47	42.9-50.9	3678	59.3	58.4	56.3-60.5
No Sabe	64	1.4	1.5	0.9-2.1	22	1.4	1.3	0.3-2.3	86	1.4	1.5	1.0-2.0
Antecedente Tamizaje de ITS en Perú												
No	3592	77.2	78.5	76.7-80.3	1268	81.8	83.4	80.5-86.3	4860	78.4	78.8	77.1-80.5
Si	1008	21.7	20.4	18.6-22.1	265	17.1	15.6	12.8-18.4	1273	20.5	20	18.4-21.6
No está seguro	50	1.1	1.1	0.7-1.7	17	1.1	1	0.2-1.8	67	1.1	1.2	0.7-1.6
*Diagnóstico confirmado de VIH												
Negativo	4601	98.9	98.9	98.5-99.5	1531	98.8	99.2	98.6-99.7	6132	98.9	99	98.6-99.4
Positivo	49	1.1	1.1	0.6-1.5	19	1.2	0.9	0.3-1.4	68	1.1	1	0.4-1.7
**Diagnóstico confirmado de sífilis												
Negativo	4461	95.9	95.8	94.8-96.7	1498	96.6	96.9	95.6-98.2	5959	96.1	95.8	95.0-96.7
Positivo	189	4.1	4.2	3.3-5.2	52	3.4	3.1	1.8-4.4	241	3.9	4.2	3.3-5.0
*** Active syphilis	40	0.9	0.9	0.5-0.4	15	0.9	0.8	-0.8-2.4	55	0.9	0.9	0.5-1.4

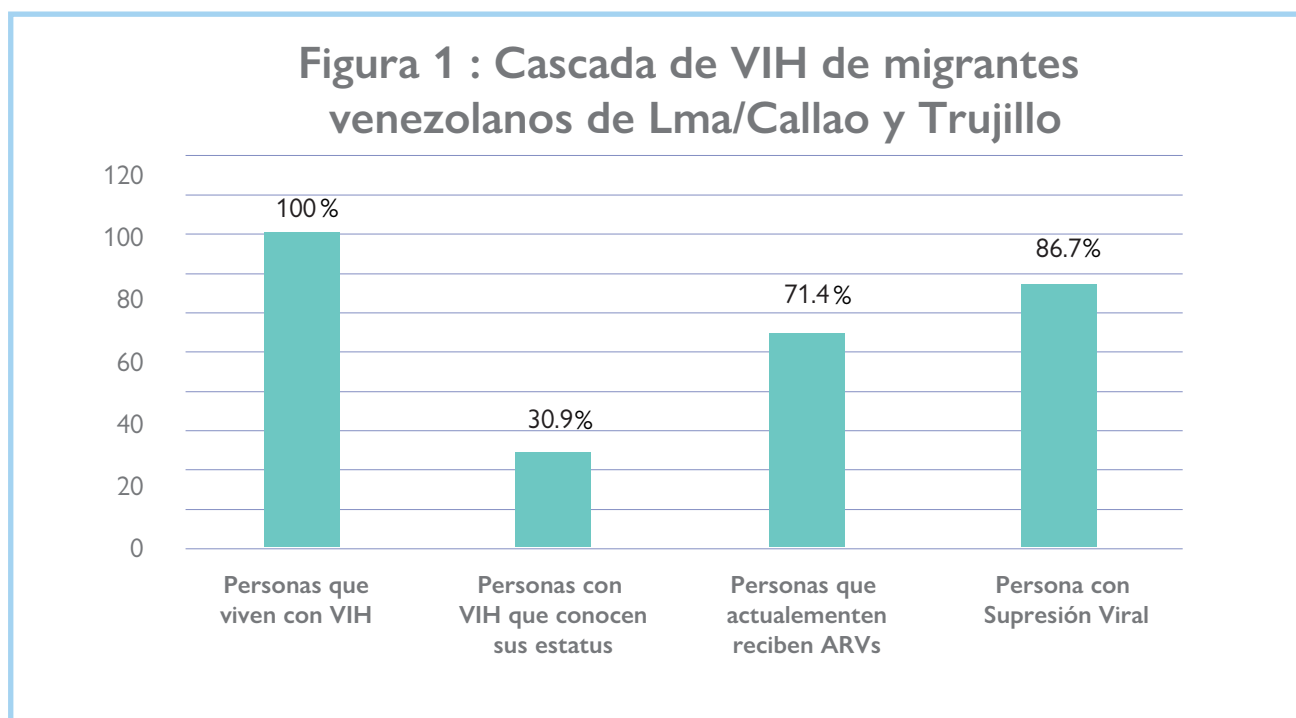
*Confirmación de VIH a través de Geenius HIV 1/2

**Confirmación de Sífilis a través de Sífilis TP Architect – CLIA

*** Sífilis activa: ensayo Architect Syphilis TP (CLIA) positivo + RPR (≥ 8 dil)

****Norma técnica sanitaria para la vigilancia epidemiológica en salud pública de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones de transmisión sexual en el Perú. NTS-N°115- MINSA/DGE V.01

Figura 1: Cascada de VIH de migrantes venezolanos de Lima/Callao y Trujillo



La Tabla 4 muestra la prevalencia de VIH y sífilis entre los migrantes venezolanos. Encontramos que el 59,3% (IC: 57,1-61,5) y el 47,0% (IC: 42,9-50,9) de los migrantes que vivían en Lima/Callao y Trujillo se habían realizado previamente la prueba del VIH, respectivamente. La mayoría de los migrantes nunca se había realizado un tamizaje de infección de transmisión sexual (ITS), 78,5% (IC: 76,7-80,3) en Lima/Callao y 83,4% (IC: 80,5-86,3) en Trujillo. La prevalencia de VIH en Lima/Callao fue de 1,1% (IC: 0,6-1,5) y de 0,9% (IC: 0,3-1,4) en Trujillo. Finalmente, la prevalencia de sífilis en Lima/Callao fue de 4,2% (IC: 3,3-5,2) y de 3,1% (IC: 1,8-4,4) en Trujillo.

Se realizó un subanálisis que muestra los logros hacia las metas 95-95-95 de ONUSIDA en Lima/Callao y Trujillo, Perú (ver Fig. 1). Encontramos que, de los 68 casos (100%) de participantes con diagnóstico confirmado, 21 (30,9%) (IC: 20,9-43,0) conocían su estado serológico. De estos, el 71,4% (IC: 47,7-87,3) recibía tratamiento antirretroviral. De esos 15 (71,4%), los 13 (86,7%) (IC: 56,0-97,0) están suprimidos viralmente.

4. LIMITACIONES

Era más probable que los migrantes que estaban legalmente en el país estuvieran dispuestos a participar en la encuesta. Es posible que nuestra encuesta capturó a un grupo de migrantes que se autoseleccionaron para participar porque se sentían más confrontables al proporcionar información sobre su estatus legal en el país. Además, el sesgo de deseabilidad social es común cuando se realizan encuestas que incluyen preguntas sobre comportamiento sexual y actividades ilegales. La primera limitación se abordó mediante el uso de RDS, una metodología de muestreo que permite el reclutamiento a través de las redes de pares y el seguimiento de variables clave para la homofilia, la convergencia y la identificación de cuellos de botella. La segunda limitación se abordó mediante el uso de un cuestionario asistido por computadora, por lo que hubo una interacción limitada con el personal encuestador durante la respuesta de la encuesta.



5. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

- La prevalencia de VIH en la población migrante fue superior a la reportada en la población adulta peruana (18 a 49 años). Sería importante brindar acceso temprano a los servicios de prevención y diagnóstico del VIH y garantizar el acceso al tratamiento y las pruebas auxiliares para iniciar el tratamiento antirretroviral. El costo de estos servicios se identificó como una barrera importante para el acceso al TAR, ya que con frecuencia la persona que vive con el VIH lo paga de su bolsillo.
- Esta encuesta sugiere que la prevalencia de sífilis (Architect syphilis TP ensayo) y sífilis activa (Architect syphilis TP ensayo + RPR (≥ 8 dils) en la población migrante es más alta que en la población adulta peruana (prevalencia 0.5%) (mayores de 18 años) [20], que destaca la importancia de mejorar el trabajo de prevención, diagnóstico y tratamiento de la sífilis con el apoyo de los servicios gubernamentales y las ONG que brindan servicios de tratamiento a la comunidad migrante.
- La prevalencia de problemas de salud mental fue alta entre los migrantes venezolanos, específicamente depresión y ansiedad, con cifras tres veces superiores a las reportadas en la población peruana durante la pandemia para ambos problemas de salud mental (prevalencia de depresión 6,2% y prevalencia de ansiedad 10,5%) [17]. Sin embargo, el acceso de esta población a los servicios de salud mental es muy limitado. Facilitar el acceso a los servicios de salud mental permitirá el diagnóstico y tratamiento temprano de estos problemas que con tanta frecuencia afectan a la población migrante.
- Los migrantes son objeto de altos niveles de estigma y discriminación por parte de la comunidad de acogida, muy similares a los encontrados en otros estudios realizados en Perú, esto también se encontró en nuestra encuesta [18] Coordinando con agencias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales para implementar y fortalecer las estrategias de mitigación del estigma y la discriminación que resulten en programas que permitan a los migrantes acceder a los servicios de salud sin temor. Además, los migrantes estarán más empoderados para denunciar actos de violencia física o sexual cuando se les brinden los medios para llegar a servicios que sean amigables a sus necesidades. Una respuesta coordinada con el gobierno y las organizaciones de la sociedad civil ayudará a disminuir los episodios de estigma y discriminación que experimentan los migrantes venezolanos [19].
- El consumo de alcohol entre la población migrante fue menor en comparación con la población adulta peruana (18 años y más) [21]. Sin embargo, dado el daño físico y mental significativo relacionado con el consumo excesivo de alcohol, un entorno que facilite la identificación temprana de personas con consumo excesivo de alcohol disminuirá el riesgo de sufrir el impacto físico y social a corto y largo plazo del consumo de alcohol.
- Entre las barreras que impiden que los participantes accedan a los servicios de salud, las más prevalentes fueron las económicas y la falta de disponibilidad de los servicios que necesitan.

- El acceso al mercado laboral formal para los migrantes es limitado [22]. Como resultado, la gran mayoría se dedica al trabajo informal, lo que limita sus oportunidades de crecimiento económico, con ingresos por debajo del salario mínimo legal. Esto está ligado a su estatus migratorio. La Tarjeta de Extranjería (Carné de Extranjería) es el documento emitido por la Superintendencia Nacional de Migraciones para regularizar la situación de los migrantes que viven en el Perú. Este documento tiene una validez de hasta cinco años y puede renovarse. Si bien la encuesta muestra que una gran proporción de los migrantes han ingresado al Perú como migrantes regulares o cuentan con documento de identidad, muy pocos de ellos cuentan con Tarjeta de Registro de Extranjería, o si la tienen, no ha sido renovada o está vencida. Esto limita su acceso a los servicios públicos, incluido el acceso y beneficio de la cobertura del seguro integral de salud (SIS). La coordinación con las instancias gubernamentales para impulsar una política de regularización que permita a los migrantes obtener su Tarjeta de Extranjería permitirá a los migrantes venezolanos acceder a los servicios de salud, así como al mercado laboral formal.

6. REFERENCIAS

1. OIM. Informe sobre las migraciones en el mundo. 2022. Disponible en: www.iom.int
2. Murillo-Pedrozo AM, Agudelo-Suárez AA. La migración Sur/Sur como un determinante social de impacto en las desigualdades e inequidades en salud bucal en Latinoamérica. *Rev Perú Med Salud Pública*. 17 de enero de 2020; 36(4):692–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
3. GTRM-Perú. ANÁLISIS CONJUNTO DE NECESIDADES 2022 Plan Regional de Respuesta para Refugiados y Migrantes. 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3FQtAAa>
4. Mendoza W, Miranda JJ, Mendoza W, Miranda JJ. La inmigración venezolana en el Perú: desafíos y oportunidades desde la perspectiva de la salud. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2019;36(3):497–503. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000300497&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Bernabé-Ortiz A, Carrillo-Larco RM. Multimorbilidad y Discapacidad entre Migrantes Venezolanos: Una Encuesta de Base Poblacional en Perú. *J Inmigración Menor Salud*. 1 de octubre de 2022; 24(5):1206–13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34448992/>
6. Zambrano-Barragán P, Ramírez Hernández S, Freier LF, Luzes M, Sobczyk R, Rodríguez A, et al. El impacto del COVID-19 en el acceso a la salud de los migrantes venezolanos: un estudio cualitativo en ciudades de Colombia y Perú. *J Migración Salud*. 2020 1 de enero; 3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34405183/>
7. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Rojas-Roque C, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la no utilización de los servicios de salud entre migrantes venezolanos en Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2019;36(4):583–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31967249/>
8. OPS. La salud de los migrantes internacionales: Acceso a la Atención Médica. 2022.
9. Antoñanzas Serrano Luis Andrés Gimeno Feliu A. Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. 2022;15(1):12–9.
10. Chow JY, Konda KA, Borquez A, Caballero P, Silva-Santisteban A, Klausner JD, et al. El continuo de atención del VIH en Perú entre hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero: oportunidades para optimizar el tratamiento y la prevención. *Int J ETS SIDA*. 2016 1 de octubre ; 27 (12) : 1039–48. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27099168/>
11. Leyva-Moral JM, Palmieri PA, Loayza-Enriquez BK, vander Linden KL, Elias-Bravo UE, Guevara-Vasquez GM, et al. “Mantenerse vivo” con terapia antirretroviral: un estudio de teoría fundamentada de personas que viven con VIH en Perú. *Salud global de BMJ*. 2021 28 de octubre; 6 (10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34711579/>
12. Fraser B. Atención a mujeres trans con VIH/SIDA en Perú. *Lanceta*. 6 de abril de 2019; 393 (10179): 1399–400. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30967204/>
13. Paredes JL, Navarro R, Cabrera DM, Díaz MM, Mejía F, Cáceres CF. Desafíos para la continuidad de la atención de las personas que viven con VIH durante la crisis del COVID-19 en el Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2021 ;38(1):166–70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34190910/>
14. Navarro R, Paredes JL, Echevarria J, González-Lagos E, Graña A, Mejía F, et al. Brechas de conocimiento sobre el VIH y el tratamiento antirretroviral y la carga psicosocial entre las personas que viven con el VIH en Lima, Perú. *PLoS One* 1 de agosto de 2021 16(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34411156/>

15. CDC-MINSA(Sala Situacional de VIH) <https://www.dge.gob.pe/vih/>
16. RDS Analyst Install. {Hard-to-Reach Population Methods Research Group}. Available at http://wiki.stat.ucla.edu/hpmrg/index.php/RDS_Analyst_Install sad
17. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIX. Año 2013, Suplemento 1. Lima
18. Mougnot, Benoît, Amaya, Elard, Mezones-Holguin, Edward, et al. Immigration, perceived discrimination and mental health: evidence from Venezuelan population living in Peru; *Globalization and Health*; 2021 17(8)
19. INEI; Condiciones de vida de la población Venezolana que reside en el Perú; 2022
20. Carcamo CP, Campos PE, Garcia PJ, Hughes JP, Garnett GP, Holmes KK. Prevalences of sexually transmitted infections in young adults and female sex workers in Peru: a national population-based survey. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(10):765-73.
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática; PERU Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles 2019: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1734/cap01.pdf
22. ENPOVE 2022: Condiciones de vida de la Población Venezolana que reside en el Perú - Resultados de la “Encuesta dirigida a la población venezolana que reside en el país” II ENPOVE 2022 - Peru | ReliefWeb
23. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Jul;31(7):1208-17. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x. Epub 2007 Apr 19. PMID: 17451397.
24. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009 Nov-Dec;50(6):613-21. doi: 10.1176/appi.psy.50.6.613. PMID: 19996233.
25. Wirtz, A.L., Glass, N., Pham, K. et al. Comprehensive development and testing of the ASIST-GBV, a screening tool for responding to gender-based violence among women in humanitarian settings. *Confl Health* 10, 7 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13031-016-0071-z>.
26. Sternthal, M., Slopen, N., Williams, D.R. “Racial Disparities in Health: How Much Does Stress Really Matter?” *Du Bois Review*, 2011; 8(1): 95-113.
27. U.S. Household Food Security Survey Module: Six-Item Short Form Economic Research Service, USDA September 2012.
28. Budzban N, Silverio K, Matta J. Estimating the Number of HIV+ Latino MSM Using RDS, SS-PSE, and the Census. *Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc*. 2021 Nov; 2021:1774-1780. doi: 10.1109/EMBC46164.2021.9630264. PMID: 34891631.
29. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA, Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of internal medicine*. 1998 Sep 14;158(16):1789-95



Organización Internacional para las Migraciones.
Calle Miguel Seminario 320, San Isidro
Central Telefonica (+51 1) 633 0000 - peru.iom.int