

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

---

**Acoso sexual como factor asociado a la falta de acceso a la salud en mujeres venezolanas: Análisis secundario. ENPOVE 2019.**

---

**Área de Investigación:**

Educación en ciencias de la salud.

**Autor:**

Távora Paredes, Milagros Steffanny

**Jurado Evaluador:**

**Presidente:** Katherine Yolanda Lozano Peralta.

**Secretario:** Kristhian Thomas Ojeda Noriega.

**Vocal:** Joel Hernando Espinola Lozano.

**Asesor:**

Anticona Carranza, Noé Christian Valeri

Código Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-6230-7191>

**TRUJILLO – PERÚ**

**2023**

**Fecha de Sustentación:** 05/09/2023

## Acoso sexual como factor asociado a la falta de acceso a la salud en mujeres venezolanas: Análisis secundario. ENPOVE 2019

### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>3%</b>	<b>%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.upao.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.urp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>www.sinembargo.mx</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>www.unl.edu.ar</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.scielo.org.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>

Excluir citas Activo  
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

  
Dr. José Christian Anticona Carranza  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP. 53810

## **Declaración de originalidad**

Yo, **Anticona Carranza, Noé Christian Valeri**, docente del Programa de Estudio de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada **“Acoso sexual como factor asociado a la falta de acceso a la salud en mujeres venezolanas: Análisis secundario. ENPOVE 2019”**, autor **Milagros Steffanny Távara Paredes**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 9 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el jueves 07 de septiembre de 2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la universidad.

Lugar y fecha: Trujillo, 07 de Septiembre de 2023

### **ASESOR**

Dr. Anticona Carranza, Noé Christian  
DNI: 42673407  
ORCID: [https://orcid.org/0009 0009 6230 7191](https://orcid.org/0009000962307191)

FIRMA:

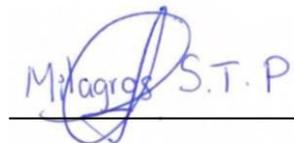


Dr. Noé Christian Anticona Carranza  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP. 53810

### **AUTOR**

Távara Paredes Milagros Steffanny  
DNI: 71068292

FIRMA:



Milagros S.T.P.

## DEDICATORIA

A mi hijo Ethan Gael;  
por ser mi motor y motivo en esta carrera,  
demostrándole que el que persevera  
alcanza sus metas.

### **TE AMO HIJITO**

A mis Padres Víctor y Enma;  
porque siempre creyeron en mí,  
por el apoyo incondicional durante toda mi carrera,  
ya que sin ellos no hubiera logrado este objetivo  
que forma parte de mi vida.

### **LOS AMO PAPÁS.**

## AGRADECIMIENTO

A Dios;

por darme la sabiduría e inteligencia  
y el privilegio de vivir cada día.

A mi abuelita Baceliza y a mi madrina Esther;  
porque siempre han estado pendientes de mí,  
escuchándome y dándome palabras de aliento  
cada vez que desvanecía, al mismo tiempo  
celebrando cada logro con mucho amor.

A una persona especial;

que cuando retomé mis estudios se convirtió  
en mi consejero y paño de lágrimas  
y siempre tenía las palabras precisas  
para hacerme sentir bien y seguir adelante,  
por ser también un gran apoyo  
en la finalización de este proyecto.

A mis maestros universitarios;

por sus conocimientos,  
por el buen trato y tantos recuerdos.

A mi alma mater;

por ser mi segundo hogar por largos años.

## RESÚMEN

**Objetivo:** Conocer la asociación entre el acoso sexual y la falta de acceso a la salud en mujeres venezolanas que participaron de la ENPOVE 2019.

**Materiales y métodos:** Se desarrolló un estudio de diseño observacional, analítico transversal correspondiente al análisis de datos secundarios de la encuesta ENPOVE-2018. Se realizó un muestreo probabilístico, de 2 etapas, por estratos e independiente. La variable desenlace fue la falta de acceso a la salud y la variable exposición el acoso sexual. Se utilizó medidas de tendencia central y dispersión para presentar las variables cuantitativas, así como frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas. Se tomó como nivel de significancia estadística al valor  $p < 0.05$ . Para valorar la cuantificación de la asociación, se utilizó el modelo de regresión de poisson para cuantificar la medida de asociación Razón de Prevalencia (RP) cruda y ajustada expresándola con intervalos de confianza al 95% (IC:95%).

**Resultados:** El 92.34% ( $n=3038$ ) tuvo falta de acceso a la salud, y el 15.65% ( $n=515$ ) reportaron haber sufrido acoso sexual. De los que tuvieron falta de acceso a la salud, el 15.73% ( $n=478$ ) reportaron haber sido víctimas de acoso sexual. No se encontró asociación entre el acoso sexual y la falta de acceso a la salud en el análisis crudo (  $RP_c: 0.99$ , IC: 0.97-1.02) ni en el ajustado (  $RP_a: 1$ ; IC: 0.91-1.11).

**Conclusiones:** No se encontró asociación entre el acoso sexual y el no tener acceso de salud. Más estudios específicos en el tema, sobre todo en el ámbito laboral, deben de ser desarrollados.

**Palabras clave (DeCS):** salud, acoso sexual, migración, acceso, Perú.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the association between sexual harassment and lack of access to health in Venezuelan women who participated in ENPOVE 2019.

**Materials and methods:** A cross-sectional, analytical, observational design study corresponding to the analysis of secondary data from the ENPOVE-2019 survey was performed. A probabilistic sampling was carried out, of 2 stages, by strata and independent. The outcome was the lack of access to health and the exposure variable was sexual harassment. Measures of central tendency and dispersion were used to present the quantitative variables, as well as absolute and relative frequencies for qualitative variables. The level of statistical significance was taken at the value  $p < 0.05$ . To assess the quantification of the association, the poisson regression model was used to quantify the crude and adjusted Prevalence Ratio (PR) association measure, expressing it with 95% confidence intervals (CI: 95%).

**Results:** 92.34% (n=3038) had lack of access to health, and 15.65% (n=515) reported having suffered sexual harassment. Of those who lacked access to healthcare, 15.73% (n=478) reported having been victims of sexual harassment. No association was found between sexual harassment and lack of access to health in the crude analysis (PRc: 0.99, CI: 0.97-1.02) or in the adjusted analysis (RPa: 1; CI: 0.91-1.11).

**Conclusions:** No association was found between sexual harassment and not having access to health. More specific studies on the subject, especially in the workplace, should be developed.

*Keywords:* sexual harassment, Venezuelan, health, migration

## **PRESENTACIÓN**

De acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, presento la Tesis Titulada “ACOSO SEXUAL COMO FACTOR ASOCIADO A LA FALTA DE ACCESO A LA SALUD EN MUJERES VENEZOLANAS: ANÁLISIS SECUNDARIO. ENPOVE 2019”, un estudio observacional, analítico-transversal correspondiente a un análisis secundario de datos, que tiene como objetivo analizar la asociación entre el acoso sexual y la falta de acceso a la salud en mujeres venezolanas que participaron de la ENPOVE 2019. Con la intención de contribuir a la evidencia científica si es que existe o no una asociación entre las variables de acoso sexual y falta de acceso a la salud en mujeres venezolanas.

Por lo tanto, someto la presente Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano a evaluación del Jurado.

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	3
AGRADECIMIENTO .....	4
RESÚMEN .....	5
ABSTRACT .....	6
PRESENTACIÓN .....	7
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA .....	13
III. HIPÓTESIS .....	13
IV. OBJETIVOS.....	13
4.1 OBJETIVOS GENERALES.....	13
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
V. MATERIAL Y MÉTODO.....	14
5.1 DISEÑO DE ESTUDIO .....	14
5.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO .....	14
5.3 MÉTODO DE SELECCIÓN.....	15
5.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	16
5.5 PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS .....	17
5.6 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS .....	17
5.7 ÁSPECTOS ÉTICOS.....	18
VI. RESULTADOS .....	19
VII. DISCUSIÓN .....	22
VIII. FORTALEZAS Y LIMITACIONES .....	25
IX. CONCLUSIONES .....	26
X. RECOMENDACIONES .....	27
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28

## I. INTRODUCCIÓN:

Desde el año 1966 el derecho a la salud ha sido reconocido en la Asamblea General de las Naciones Unidas de forma que *“toda persona debe disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental garantizándose esto mediante el acceso a los factores determinantes de la salud y mediante un sistema de atención accesible”*(1). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que el acceso y la cobertura universal de salud implica que *“todas las personas y las comunidades tengan acceso sin discriminación alguna, a los servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con sus necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad”*(2).

Según la actualización de cobertura en salud al 2019 de la Organización Mundial de la Salud, cerca de la mitad de la población en el mundo no tiene aún acceso a los servicios básicos de salud(3) y casi 100 millones de personas se encuentran en pobreza extrema por tener que pagar su cobertura a partir de su propio bolsillo utilizando al menos el 10% del presupuesto familiar(3). Esta realidad demuestra que la cobertura en salud aún es una problemática vigente que cobra real importancia en la salud pública y que además se agudiza en poblaciones vulnerables como por ejemplo en los inmigrantes.

Un estudio cualitativo realizado por Gea-Sánchez et al. en la provincia de Lleida-Cataluña en España en mujeres indocumentadas latinoamericanas inmigrantes reportó que las condiciones de trabajo eran la condición clave para asegurar el derecho al cuidado social y de salud, enfatizando la necesidad de optimizar la condición de documentación adecuada que otorgue la legalidad considerada como un determinante en la salud(4). Otro estudio cualitativo realizado por Lum et al. en Canadá en inmigrantes que viven en la región del Niágara reportó 5 factores de impacto sobre el acceso a la salud y fueron la falta de contacto social, falta de cobertura universal en

salud desde su llegada, barrera del lenguaje, preferencias en el tratamiento y distancia geográfica hasta el punto de acceso a la salud(5).

Un estudio realizado en Noruega en relación inmigrantes de África subsahariana reportan que el acceso a la salud no es equitativo en los residentes de Noruega, reportó que existe un grupo que tiene dificultades desde antes del acceso por temas de información, barreras financieras, tiempo de espera prolongado y responsabilidades del trabajo, y otro grupo con barreras dentro del sistema como comprensión del lenguaje, y la insatisfacción con los proveedores de salud(6).

Una revisión narrativa desarrollada en Canadá sobre el acceso a la salud en mujeres inmigrantes discriminadas encontró que por la condición de discriminación factores relacionados con la salud mental, antecedentes históricos de discriminación, bajo sueldo y trabajos precarios son barreras para el acceso a la salud(7). Otros estudios como el de Morel et al. también incluyen el tema de la discriminación y desigualdad como barreras para el acceso(8).

A nivel de Latinoamérica, una de las crisis relacionadas con las migraciones más importantes en los últimos años ha sido la venezolana. La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) de las Naciones Unidas reportó que hasta el 2020, cerca de 4.6 millones de venezolanos se encuentran en situación de refugiados en diferentes países de Latinoamérica y el Caribe(9), reportando que el 41% de las mujeres migrantes no tenían acceso a servicios de salud lo cual se vinculó al miedo de ser acosadas, tener trabajos informales, creer que no serán atendidas de forma adecuada o por desconocimiento a sus derechos(9).

En el caso de Colombia, el estudio de Rodríguez-Vargas et al. reportó que existe una baja frecuencia (24.5%) de afiliación al sistema de salud por parte de los migrantes venezolanos, indicando que esta cifra se debe a múltiples características socioeconómicas pero fundamentalmente a tener un contrato laboral que implique un trabajo estable ( $p < 0.001$ )(10).

En nuestro país, a partir del año 2017 un reporte de la Cámara de Comercio de Lima reportó que la población en el país sufrió un incremento a consecuencia de una ola migratoria procedente de Venezuela a partir de la crisis del país llanero, con un reporte de casi 800 mil habitantes que representa el 2.4% del total de la población(11), y respecto del acceso a los servicios de salud, Hernández et al. reportó como barreras escasez de dinero (64.5%) , falta de seguro sanitario (24.3%), automedicación (12.8%) y escasez de tiempo (8.4%); padecer una enfermedad crónica (RPa: 0.69, IC: 0.57-0.83) y estar enrollado en el SIS ( RPa: 0.28, IC: 0.13-0.61) (12).

Los estudios presentados resaltan el hecho de que fundamentalmente el acceso a la salud en inmigrantes se ve limitado por condiciones laborales de inestabilidad, y por consiguiente ingresos económicos escasos. Sin embargo, a partir del informe de la OIM se plantea que una de las posibilidades también puede relacionar al acoso el cual está fuertemente vinculado a lo anterior.

En el Perú, el acoso u hostigamiento sexual se entiende como “ *toda conducta física o verbal reiterativa, de naturaleza sexual no deseada o rechazada, que afecta la dignidad así como los derechos fundamentales de la persona agraviada, ocurriendo en contextos de relaciones de autoridad o dependencia, dentro del ámbito laboral como del educativo*”(13). Frecuentemente, este tipo de violencia sexual denominada acoso se lleva a cabo en el ambiente de trabajo donde la mujer violentada está en una situación de menos poder, más vulnerabilidad e inseguridad o inclusive en situaciones donde la mujer representa una amenaza y es considerada como una competidora por el poder(14). Además del sufrimiento psicológico, aislamiento, tendencia al suicidio, y disminución en la productividad, la mujer encuentra dificultades para el acceso a trabajos estables, de mejor nivel y salarios óptimos que le permitan mejorar su nivel de vida. Escasos estudios abordan esta problemática en el país, como por ejemplo un reporte realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) donde se describe que el 17.8% refiere haber sufrido algún tipo de acoso, frecuentemente en el grupo de mujeres de 12 a 17 años (20.8%)(15), o el

estudio de et al. reportó que de las mujeres que reportaron algún tipo de violencia sexual, el 91.99% (n=1967) no tuvieron acceso al sistema de salud(16).

Por lo evidencia previamente señalada es plausible considerar que existe una cadena de hechos que parte de: i) la mujer venezolana en su condición de migrante está expuesta al acoso sexual, ii) el acoso sexual se da frecuentemente en el ámbito laboral, y ocasiona a que se limiten las oportunidades de mejoras en las condiciones de trabajo, principalmente en estabilidad y remuneración, y finalmente iii) la insuficiente remuneración económica condicionará el acceso a la salud. Si bien en la literatura se evidencian estudios que exploran de forma independiente tanto la frecuencia de acoso sexual, y por otro lado la insuficiente remuneración y su relación con el acceso al sistema de salud, en la literatura nacional e internacional no existen estudios que evalúen la condición del acoso sexual , que es el primer eslabón en esta secuencia de hechos, y su relación con el acceso a la salud en este grupo tal cual fue planteado en el informe de la OIM(9), lo cual motivó a plantearnos si existe asociación independiente entre estas dos variables.

## II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Existe asociación entre el acoso sexual y la falta de acceso a la salud en mujeres venezolanas que participaron de la ENPOVE 2019?

## III. HIPÓTESIS GENERAL

**Hipótesis Nula ( $H_0$ ):** No existe asociación entre el acoso sexual y la falta de acceso a la salud en mujeres venezolanas que participaron de la ENPOVE 2019.

**Hipótesis alternativa ( $H_1$ ):** Existe asociación entre el acoso sexual y la falta de acceso a la salud en mujeres venezolanas que participaron de la ENPOVE 2019.

## IV OBJETIVOS:

### 4.1 OBJETIVO GENERAL:

Analizar la asociación entre el acoso sexual y la falta de acceso a la salud en mujeres venezolanas que participaron de la ENPOVE 2019.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

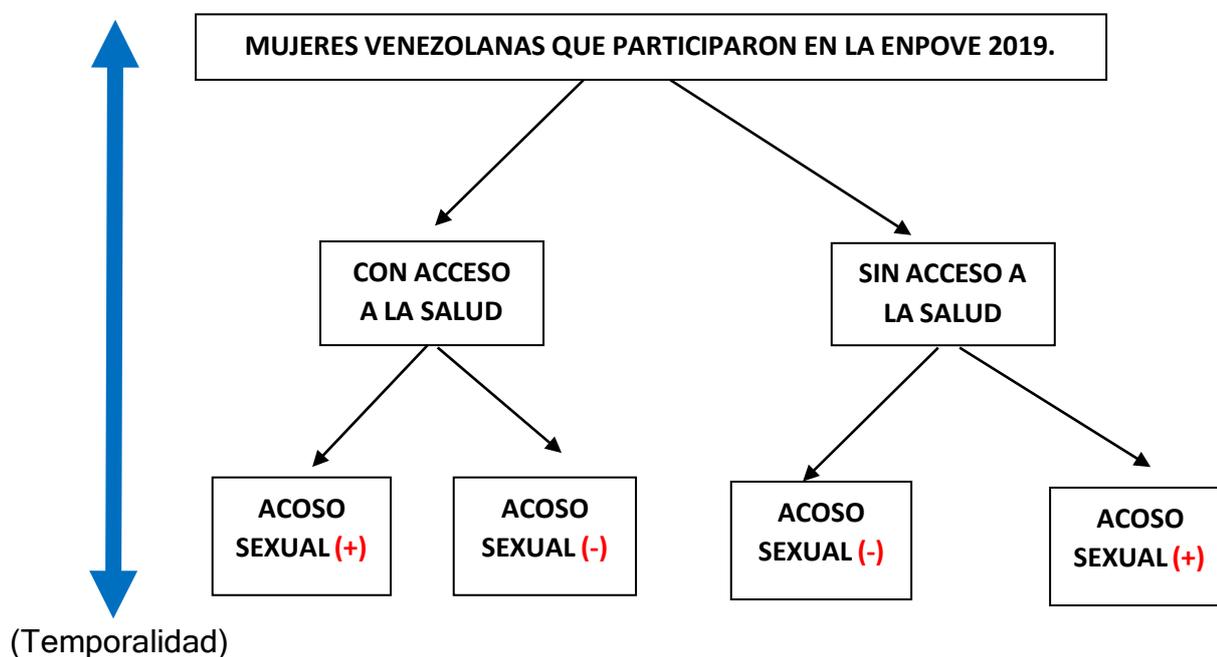
- Describir las características de las participantes según falta de acceso a la salud.
- Conocer la prevalencia del acoso sexual en las mujeres con falta de acceso a la salud.
- Conocer la prevalencia del acoso sexual en mujeres sin falta de acceso a la salud.
- Analizar la razón de prevalencia cruda y ajustada obtenida para acoso sexual y acceso a la salud.

## V. MATERIAL Y MÉTODO

### 5.1 DISEÑO DE ESTUDIO:

**Tipo de estudio:** Observacional, analítico-transversal correspondiente a un análisis secundario de datos(17,18).

**Diseño específico:**



### 5.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

#### 5.2.1 Población

La población de este estudio corresponde a todas las mujeres de nacionalidad venezolana que residían en las regiones urbanas de Tumbes, La Libertad, Cusco, Arequipa, Lima y Callao y que participaron de la *Encuesta Nacional de Población Venezolana Residente en Perú (ENPOVE)*.

### **5.2.2 Unidad de análisis:**

Mujeres venezolanas

### **5.2.3 Tamaño muestral:**

La ENPOVE realizó un muestreo probabilístico, bietápico (3611 bloques y luego 3697 casas), por estratos e independiente para cada ciudad. Se consideró como unidad de muestreo a cada hogar donde como mínimo habitaba una persona de nacionalidad venezolana. El tamaño muestral final fue de 3290 mujeres.

## **5.3 MÉTODO DE SELECCIÓN:**

### **Criterios de inclusión:**

- Mujeres venezolanas mayores de 18 años

### **Criterios de exclusión:**

- Casos en los que no esté completa la información para las variables.

## **5.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Variable	Definición Operacional	Tipo	Escala	Indicadores	Indices
<b>Variable dependiente</b>					
<b>Falta de acceso a la salud</b>	Se define como si el participante no tiene algún tipo de Seguro de Salud proporcionado por el Estado o de forma particular.	Cualitativa	Nominal	Acceso	0=No; 1=Sí
<b>Variable independiente</b>					
<b>Acoso sexual</b>	Autorreporte brindado por el participante donde se considera víctima de algún tipo de acoso de índole sexual	Cualitativo	Nominal	Acoso	0=No; 1=Sí
<b>Covariables</b>					
<b>Edad</b>	Cantidad de años acumulados registrados desde el nacimiento hasta la actualidad.	Cuantitativo	De razón	Años	#
<b>Estado Civil</b>	Estado civil registrado por la RENIEC en el documento nacional de identidad	Cualitativo	Nominal	Estado	0=Soltero, 1=Casado, 2=Conviviente, 3=Divorciado, 4=Viudo
<b>Región natural de residencia</b>	Región natural de residencia	Cualitativa	Nominal	Región	1=Costa, 2=Sierra, 3=Selva
<b>Tenencia de documentos migratorios</b>	El migrante tiene documentos migratorios exigidos por el estado peruano para su estancia en el país	Cualitativo	Nominal	Documentos	0=No; 1=Sí
<b>Trabajo en el Perú</b>	El participante cuenta con un trabajo estable o no por lo menos en la última semana	Cualitativo	Nominal	Trabajo	0=No; 1=Sí

## 5.5 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

La ENPOVE fue elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) teniendo la característica de ser de acceso libre ( [http://inei.inei.gob.pe/microdatos/Consulta\\_por\\_Encuesta.asp](http://inei.inei.gob.pe/microdatos/Consulta_por_Encuesta.asp) ) a partir del acceso al portal de microdatos de dicha entidad. Para trabajarlo, se descargó el archivo de data y se utilizó el programa Stata Transfer para convertir la extensión SPSS hacia Stata puesto que en este programa se ejecutará el análisis. Luego se identificaron las secciones afines a esta investigación para realizar el respectivo emparejamiento de datos por caso utilizando el comando MERGE y también se ponderó el peso de la muestra por cada estrato utilizando el comando SVY. Tras completar esta preparación de la data, se procedió a la edición de la misma asignando etiquetas a las variables y limpiando la base.

Con relación al instrumento, la recolección de datos por parte de los encuestadores del INEI fue realizado durante noviembre y diciembre del año 2019 y se realizó en regiones que concentran aproximadamente el 85% del total de población de nacionalidad venezolana en el país. Se cuenta con 8 temas a tratar como *características del hogar, del hogar de residencia, situación migratoria, educación, trabajo e ingresos, discriminación, salud, género y victimización*.

## 5.6 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

Utilizando estadística descriptiva se presentaron variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y relativas, y en el caso de variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión a partir de la evaluación de la normalidad para su distribución. Dicha evaluación fue realizada utilizando la prueba de Shapiro-Wilk con valor p mayor a 0.05 para considerarlo de tipo normal. Se evaluó la existencia de asociación entre la variable desenlace y la covariable mediante el uso de la prueba de chi-cuadrado o exacta de Fisher según se requirió en el caso de la asociación

principal que involucra variables cualitativas con un nivel de significancia  $p < 0.05$ .

La medida de asociación cuantificada para estudios de tipo observacional analítico transversal fue la Razón de Prevalencias (RP) y se calculó utilizando la regresión de poisson para varianzas robustas tanto en su forma cruda (RPc) como ajustada por confusores (RPa) presentando sus respectivos intervalos de confianza al 95%. El análisis se realizó utilizando el programa Stata Ver 16.

## **5.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Por tratarse de un proyecto de análisis de datos secundarios de acceso libre se toma en consideración las previsiones éticas verificando la imposibilidad de identificar a los participantes puesto que cada uno de dichos datos estaba codificado previamente. Adicionalmente, el proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Privada Antenor Orrego para su ejecución.

## VI. RESULTADOS

Se contó con un total de 3290 mujeres que participaron de la ENPOVE y que cumplieron con los criterios de selección para nuestro estudio. Se registró que el 92.34% (n=3038) no tuvieron acceso a la salud por carecer de algún tipo de aseguramiento y el 15.65% (n=515) reportaron haber sido víctimas de acoso sexual. La mediana de la edad fue de 28 años con un rango intercuartílico (RI) de 18 a 49 años. El estado civil más frecuente fue el ser conviviente (42.16%, n=1387), seguido de ser soltero (33.83%, n=1113) y estar casado (19.36%, n=637). El 78.91% (n=2596) residía en la región de la costa. Además, el 97.87% (n=3220) sí tenía documentos migratorios en orden, y el 78.24% (n=2574) contaba con un trabajo. Ver tabla 1.

**Tabla 1.** Características generales de las mujeres venezolanas que participaron en la ENPOVE

<b>Falta de acceso a la salud</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	3038	92.34
No	252	7.66
<b>Acoso Sexual</b>		
Si	515	15.65
No	2775	84.35
<b>Edad</b>	28 RI: 18-49	
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	1113	33.83
Casado	637	19.36
Conviviente	1387	42.16
Separado	110	3.34
Divorciado	26	0.79
Viudo	17	0.52
<b>Región Natural de Residencia</b>		
Sierra	694	21.09
Costa	2596	78.91
<b>Tenencia de documentos migratorios</b>		
Si	3220	97.87
No	70	2.13
<b>Trabajo en el Perú</b>		
Si	2574	78.24
No	716	21.76

Respecto a las características según la falta de acceso a la salud, el 15.73% (n=478) reportaron ser víctimas de acoso sexual, la mediana de su edad fue de 28 años con RI: 18-49, el 42.07% (n=1278) eran convivientes seguidas por el 35.15% (n=1068) solteras, el 78.77% (n=2393) residían en la costa, el 97.79% (n=2971) sí tuvo en orden sus documentos migratorios y el 79.33% (n=2410) sí tenía trabajo. Ver tabla 2.

**Tabla 2.** Características de las mujeres venezolanas que participaron en la ENPOVE según la falta de acceso a la salud

	Falta de acceso a la salud				p
	Si		No		
	n	%	n	%	
<b>Acoso Sexual</b>					0.659
Si	478	15.73	37	14.68	
No	2560	84.27	215	85.32	
<b>Edad</b>	28 RI: 18-49		29 RI: 18-49		0.1725
<b>Estado Civil</b>					0.0001
Soltero	1068	35.15	45	17.86	
Casado	550	18.1	87	34.52	
Conviviente	1278	42.07	109	43.25	
Separado	102	3.36	8	3.17	
Divorciado	24	0.79	2	0.79	
Viudo	16	0.53	1	0.41	
<b>Región Natural de Residencia</b>					0.504
Sierra	645	21.23	49	19.44	
Costa	2393	78.77	203	80.56	
<b>Tenencia de documentos migratorios</b>					0.283
Si	2971	97.79	249	98.81	
No	67	2.21	3	1.19	
<b>Trabajo en el Perú</b>					0.0001
Si	2410	79.33	164	65.08	
No	628	20.67	88	34.92	

Se evaluó la asociación entre la falta de acceso a la salud y el acoso sexual, mediante la prueba de chi cuadrado por ser ambas variables categóricas, encontrándose un valor p de 0.659, el cual supera el umbral del valor  $p < 0.05$

significativo. De forma similar, se evaluó exploratoriamente la asociación entre las demás covariables y la falta de acceso a la salud, donde se encontró asociación estadísticamente significativa para el estado civil y el tener trabajo en el Perú ( $p=0.00001$ , en ambos casos). A partir de ello se planteó realizar exploratoriamente el análisis crudo y el ajustado.

En el análisis crudo se utilizó la regresión de poisson para el cálculo de la razón de prevalencia así como el intervalo de confianza al 95% y su valor p. Tras el análisis no se encontró asociación estadísticamente significativa cruda para el caso de la falta de acceso a la salud y el acoso sexual ( R<sub>Pc</sub>: 0.99, IC: 0.97-1.02), ni tampoco en los demás casos. Debido a la influencia de confusores, se procedió al análisis ajustado siguiendo la misma técnica descrita donde nuevamente no se hallaron asociaciones estadísticamente significativas ni para el acoso sexual ( R<sub>Pa</sub>: 1, IC: 0.91-1.11) ni de forma exploratoria en las demás situaciones.

**Tabla 3.** Análisis crudo y ajustado de la asociación con la variable falta de acceso a la salud en las participantes de la ENPOVE

	Análisis crudo			Análisis Ajustado		
	R <sub>Pc</sub>	IC	p	R <sub>Pa</sub>	IC	P
<b>Acoso Sexual</b>	0.99	0.97-1.02	0.651	1	0.91-1.11	0.96
<b>Edad</b>	1			1		
<b>Estado Civil</b>						
Conviviente	Ref					
Soltero	1.04	0.96-1.13	0.328	1.03	0.95-1.12	0.422
Casado	0.94	0.85-1.04	0.202	0.94	0.85-1.04	0.939
Separado	1.01	0.83-1.2	0.951	1	0.81-1.22	0.975
Divorciado	1	0.62-1.7	0.933	0.99	0.66-1.49	0.975
Viudo	1.02	0.62-1.67	0.933	1.02	0.62-1.67	0.939
<b>Región Natural de Residencia (Costa vs Sierra)</b>	0.99	0.91-1.08	0.853	0.99	0.91-1.08	0.849
<b>Tenencia de documentos migratorios</b>	0.96	0.76-1.23	0.767	0.95	0.75-1.21	0.69
<b>Trabajo en el Perú</b>	0.94	0.86-1.02	0.145	0.95	0.72-1.15	0.908

## VII. DISCUSIÓN

En el año 2017 la Cámara de Comercio de Lima reportó un incremento de las migraciones procedentes de Venezuela con un total de 800 mil personas(11). Cinco años después, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estimó que para finales del 2023 cerca de 1.6 millones de venezolanos residirán en el Perú, de los cuales el 75% de esta población estaría concentrado en la ciudad de Lima de forma permanente(19). Estas estimaciones ponen en evidencia que la migración venezolana y su establecimiento en el Perú es de carácter permanente y no temporal, generando una responsabilidad al Estado – como la asistencia médica mediante cobertura universal en salud- y sobrecargas al aparato estatal que deben ser resueltas. Además, es importante considerar los riesgos a los que este tipo de poblaciones se encuentran expuestos, como por ejemplo el acoso sexual cuyo impacto ha sido estudiado de forma general en migrantes de todo el mundo pero no directamente sobre el acceso a la salud.

En nuestro estudio se reportó que el 92.34% (n=3038) de las mujeres tuvieron falta de acceso a la salud, es decir, no contaban con ningún tipo de aseguramiento público ni privado. Este dato se corrobora con lo estimado en el informe del ENPOVE 2019 donde se mencionó que el 91.5% de toda la población encuestada no contaba con ningún tipo de seguro(20).

La OMS reportó que en el año 2019 la mitad de la población mundial no tenía acceso a los servicios básicos de salud(3) indicando un cambio en el índice de cobertura sanitaria universal que varió de 45 en el 2000 hasta un 67 en dicho año(21). Si bien es una política mundial la optimización del acceso a la salud mediante la cobertura con algún tipo de seguro, las poblaciones migrantes en el mundo- y es el caso de la población venezolana en Perú- presentan múltiples barreras como la falta de documentos legales, discriminación, desconocimiento del sistema de trámites y bajos ingresos que limitan su acceso o bien por su carga laboral, impiden iniciar estos trámites para acceder a ellos. Adicionalmente, la comparación de los costos para el sistema de salud en un inmigrante venezolano no asegurado es más elevado que el asegurado,

como por ejemplo en el caso colombiano donde el promedio del costo por paciente fue de 4595 dólares para los que no tuvieron habilidad de pagar, siendo 2.37 veces más que el gasto del aseguramiento de un residente legal(22)

Hernández et al(12). reportó que casi la mitad de los inmigrantes venezolanos no usaron de los servicios de salud debido a que no tenían seguro, y el estudio de Irons et al(23) en el caso del acceso a la salud sexual y reproductiva reportó que las mujeres estaban expuestas a la estigmatización de importar infecciones de transmisión sexual así como a la sexualización, lo cual perjudicaba su seguridad, integración y oportunidad de acceso a la salud. Bahamondes et al(24). evaluando también salud sexual, reportó que por falta de acceso al sistema de salud un 24% de las mujeres embarazadas o puérperas no tuvieron ningún tipo de control prenatal previo. De manera similar, y en el contexto de la pandemia COVID-19 el estudio de Zambrano-Barragán et al(25). evidencia la permanencia de barreras que impiden el acceso al sistema de salud, entre las cuales está la discriminación y desinformación, las cuales se vieron exacerbadas por el colapso del sistema de salud en dicho momento histórico.

Con relación al acoso sexual autorreportado, el 15.65% (n=515) indicó que había sido víctima de esta situación. El reporte de la ENPOVE 2019 indica que el 17,8% de las mujeres de entre 12 a 49 años reportó que vivió situaciones de acoso sexual, laboral, escolar o ciberacoso, siendo el caso que esta situación se dio con más frecuente en el grupo etario de 12 a 17 años (20.8%)(20). El estudio realizado por Salazar et al(26) reportó que las mujeres migrantes venezolanas presentan acoso sexual en todo el proceso de inserción laboral, independientemente de su modalidad, aprovechando la relación jerárquica sin que esto excluya a los compañeros. El estudio realizado por Acosta et al(27). reportó que el acoso laboral se refuerza por la falta de conocimiento y desprotección para realizar las denuncias, aunado al riesgo de perder el trabajo y limitación de funciones, y además es más frecuente cuando el empleo es informal.

Cuando se exploró la asociación entre el acoso sexual y no tener acceso a la salud solo el 15.73% (n=478) reportó haber sido víctima de dicho acoso condición que no mostró asociación estadísticamente significativa en el análisis crudo ( RPc: 0.99, IC: 0.97-1.02, p=0.651) ni en el ajustado ( RPa: 1; IC: 0.91-1.11, p=0.96) por la edad, estado civil, región natural de residencia, tenencia de documentos migratorios y tener trabajo en el Perú.

La mayoría de los estudios evaluados reportan diferentes barreras que se asocian con el no tener acceso a la salud, tales como la informalidad, el desconocimiento de los trámites administrativos, la discriminación y sexualización, pero ninguno ha explorado previamente la asociación con el acoso sexual. A pesar de no encontrarse asociación significativa en este estudio es plausible plantear que el acoso sexual podría ser un factor que se relacione con la condición laboral y puesto que una trabajadora, expuesta al acoso no tendrá la misma posibilidad a acceder a mejores posiciones laborales y por consiguiente un mayor ingreso o conseguir una estabilidad económica adecuada que le permita acceder a los servicios de salud. Sin embargo, la ENPOVE no fue diseñada para evaluar este tipo de acontecimientos en condiciones laborales específicas por lo que esto podría explicar la no asociación. Más estudios en el tema deben de ser planteados para evaluar dicha asociación de forma más específica.

## VIII. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

La principal fortaleza de este estudio es que se ha realizado a partir de data representativa de la primera Encuesta Nacional de Población Venezolana en el Perú (ENPOVE). Sin embargo, presenta limitaciones de índole metodológico asociadas al tipo de estudio transversal, así como operacionales referidas al uso de la data recolectada en la ENPOVE y las operacionalizaciones realizadas a las variables como por ejemplo el acoso sexual que fue definido como un autorreporte de acoso sexual, laboral, escolar o ciberacoso, lo cual puede contener sesgos de índole subjetiva y dispersar el acumulado sobre el acoso sexual, el cual es el tipo más frecuente. Sin embargo, los resultados reportados en este estudio pueden ser considerados como preliminares y ser utilizados para la confección de estudios de mayor nivel de evidencia y dirigidos a analizar de forma específica esta asociación.

## **IX. CONCLUSIONES**

En las mujeres migrantes venezolanas que participaron de la ENPOVE-2019:

- El 92.4% de mujeres tuvieron falta de acceso a la salud.
- El 15.65% de mujeres reportaron haber sufrido acoso sexual.
- El 15.73% de mujeres que tuvieron falta de acceso a la salud fueron víctimas de acoso sexual.
- No se encontró asociación significativa entre el acoso sexual y no tener acceso a la salud.

## X. RECOMENDACIONES

- El principal aporte de este estudio radica en remarcar que, si bien existe el problema del acoso sexual en las migrantes venezolanas, este problema podría no ser tan determinante como sí lo es el componente económico y de estabilidad laboral cuando se trata del acceso de salud. Adicionalmente, nuestro estudio pone de manifiesto que existe una gran cantidad de mujeres migrantes venezolanas que no tienen acceso a la salud (92.4%), y por lo tanto no tienen cubiertas las necesidades especiales relacionadas con la anticoncepción, salud materna y perinatal, enfermedades e infecciones crónicas y de transmisión sexual y riesgos asociados al desplazamiento como por ejemplo los de salud mental. Esta falta de cobertura debe explorarse ampliamente en este grupo de migrantes por las implicaciones en salud pública que impactan en un deterioro de su salud y de la comunidad.
- Este estudio es de tipo preliminar y constituye una primera etapa de la exploración del tema del acoso sexual y el acceso a la salud en inmigrantes venezolanas. En una segunda, se precisará mediante una encuesta validada el acoso sexual de tipo laboral, eliminando otros tipos de acoso sexual que estaban incluidos en la ENPOVE. Además, se incluirán variables relacionadas con el tener un trabajo estable y cifras remunerativas con la finalidad de poder realizar el ajuste estadístico correspondiente para evaluar la asociación independiente con el acceso a la salud.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública México* [Internet]. 3 de marzo de 2015 [citado 5 de enero de 2021];57(2):180. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7415>
2. Organización Mundial de la Salud A, Organización Panamericana de la Salud. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [citado 5 de enero de 2021]. Cobertura Universal de Salud. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es)
3. Organización Mundial de la Salud. Cobertura sanitaria universal [Internet]. Datos y cifras. 2019 [citado 5 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
4. Gea-Sánchez M, Gastaldo D, Molina-Luque F, Otero-García L. Access and utilisation of social and health services as a social determinant of health: the case of undocumented Latin American immigrant women working in Lleida (Catalonia, Spain). *Health Soc Care Community* [Internet]. marzo de 2017 [citado 5 de enero de 2021];25(2):424-34. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/hsc.12322>
5. Lum ID, Swartz RH, Kwan MYW. Accessibility and use of primary healthcare for immigrants living in the Niagara Region. *Soc Sci Med* [Internet]. mayo de 2016 [citado 5 de enero de 2021];156:73-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953616301241>
6. Mbanya VN, Terragni L, Gele AA, Diaz E, Kumar BN. Access to Norwegian healthcare system – challenges for sub-Saharan African immigrants. *Int J Equity Health* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 5 de enero de 2021];18(1):125. Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-1027-x>
7. Nwoke CN, Leung BMY. Historical Antecedents and Challenges of Racialized Immigrant Women in Access to Healthcare Services in Canada: an Exploratory Review of the Literature. *J Racial Ethn Health Disparities* [Internet]. 3 de noviembre de 2020 [citado 5 de enero de 2021]; Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s40615-020-00907-3>
8. Morel S. Inequality and discrimination in access to urgent care in France. *Ethnographies of three healthcare structures and their audiences. Soc Sci Med* [Internet]. julio de 2019 [citado 5 de enero de 2021];232:25-32. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S027795361930228X>

9. Organización de las Naciones Unidas, Organización Internacional para las Migraciones. Acceso a servicios de salud de las mujeres migrantes y refugiadas de Venezuela [Internet]. 2020 [citado 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://dtm.iom.int/reports/venezuela-respuesta-regional-%E2%80%9494acceso-servicios-de-salud-de-las-mujeres-migrantes-y>
10. Rodríguez Vargas JM, Vargas-Valle ED, López Jaramillo AM. La afiliación al sistema de salud de personas migrantes venezolanas en Colombia. Poblac Salud En Mesoamérica [Internet]. 17 de diciembre de 2020 [citado 3 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/42795>
11. Cámara de Comercio de Lima. Una ola migratoria venezolana en Perú, ¿Qué implica esto? [Internet]. 2018 [citado 5 de enero de 2021]. Disponible en: [https://apps.camaralima.org.pe/repositorioaps/0/0/par/r789\\_2/informeeconomico%20789.pdf](https://apps.camaralima.org.pe/repositorioaps/0/0/par/r789_2/informeeconomico%20789.pdf)
12. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Rojas-Roque C, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en inmigrantes venezolanos en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 6 de diciembre de 2019 [citado 5 de enero de 2021];36(4):583-91. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/4654>
13. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Guía Práctica sobre hostigamiento sexual. Preguntas y respuestas sobre el hostigamiento sexual [Internet]. 2012 [citado 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: [https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgignd/documentos/guia\\_hostigamiento\\_sexual.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgignd/documentos/guia_hostigamiento_sexual.pdf)
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El hostigamiento o acoso sexual [Internet]. Súper Gráfica EIRL; 2018 [citado 21 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Lib1666/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Lib1666/)
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENPOVE Capítulo 7: Experiencias de discriminación y violencia [Internet]. 2020 [citado 4 de septiembre de 2023]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Lib1666/cap07.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Lib1666/cap07.pdf)
16. Morales Farfán, Danna, Angeles Liza, Luis, Puyen Guerra, Zully. Factores asociados a no tener seguro de salud en inmigrantes venezolanos residentes en el Perú: Análisis secundario de la base ENPOVE [Internet]. [Lima]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2022 [citado 4 de septiembre de 2023]. Disponible en: [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/667349/Morales\\_FD.pdf?sequence=17](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/667349/Morales_FD.pdf?sequence=17)

17. Quispe AM, Valentin EB, Gutierrez AR, Mares JD. Serie de Redacción Científica: Estudios Transversales. Rev Cuerpo Méd HNAAA [Internet]. 3 de junio de 2020 [citado 22 de agosto de 2020];13(1):72-7. Disponible en: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/626>
18. Cvetković Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, Correa López LE. Cross-sectional studies. Rev Fac Med Humana [Internet]. 12 de enero de 2021 [citado 21 de enero de 2021];21(1):164-70. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/3069>
19. Organización de las Naciones Unidas. La migración venezolana y su impacto [Internet]. 2022 [citado 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://peru.un.org/es/212763-la-migraci%C3%B3n-venezolana-y-su-impacto>, <https://peru.un.org/es/212763-la-migraci%C3%B3n-venezolana-y-su-impacto>
20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 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. ENPOVE 2018 [Internet]. Súper Gráfica EIRL; 2019 [citado 21 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1666/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1666/)
21. Organización Mundial de la Salud. Cobertura sanitaria universal [Internet]. 2022 [citado 21 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
22. Prada SI, Pulgarín-Rodríguez E, Hincapié-Zapata L, Pizarro AB. A comparison of resource use of insured and uninsured venezuelan migrants: evidence from the hospital setting. J Immigr Minor Health. febrero de 2023;25(1):123-8.
23. Irons R. 'Aquí viene una Veneca más': Venezuelan migrants and 'the sexual question' in Peru. Anthropol Med [Internet]. [citado 23 de marzo de 2023];29(3):323-37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9639580/>
24. Bahamondes L, Laporte M, Margatho D, de Amorim HSF, Brasil C, Charles CM, et al. Maternal health among Venezuelan women migrants at the border of Brazil. BMC Public Health [Internet]. 23 de noviembre de 2020 [citado 23 de marzo de 2023];20:1771. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7682772/>
25. Zambrano-Barragán P, Ramírez Hernández S, Freier LF, Luzes M, Sobczyk R, Rodríguez A, et al. The impact of COVID-19 on Venezuelan migrants' access to health: A qualitative study in Colombian and Peruvian cities. J Migr Health [Internet]. 9 de diciembre de 2020 [citado 23 de marzo de 2023];4(4):323-37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7704442/>

2023];3:100029.

Disponible

en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8352083/>

26. Salazar Cuesta, Ivonne, Pontón, Jenny. Sobrevivencia, vulnerabilidad y acoso sexual: la experiencia de trabajadoras venezolanas en Ecuador [Internet]. [Quito]: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2020 [citado 23 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/16111/8/TFLACSO-2020IMSC.pdf>
27. Acosta Rocío JC, Ávila Flor María, Bartolomé Reyna, Biderbost Pablo, Casal Belén, Cavalcanti Leonardo. Inserción laboral de la migración venezolana en Latinoamérica [Internet]. 1.<sup>a</sup> ed. Vol. 8. Perú; 2021. 418 p. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Juan-Carlos-Mendez-Barquero/publication/352982964\\_Insercion\\_laboral\\_de\\_la\\_migracion\\_venezolana\\_en\\_Latinoamerica/links/60e20199a6fdccb74504cdeb/Insercion-laboral-de-la-migracion-venezolana-en-Latinoamerica.pdf#page=177](https://www.researchgate.net/profile/Juan-Carlos-Mendez-Barquero/publication/352982964_Insercion_laboral_de_la_migracion_venezolana_en_Latinoamerica/links/60e20199a6fdccb74504cdeb/Insercion-laboral-de-la-migracion-venezolana-en-Latinoamerica.pdf#page=177)