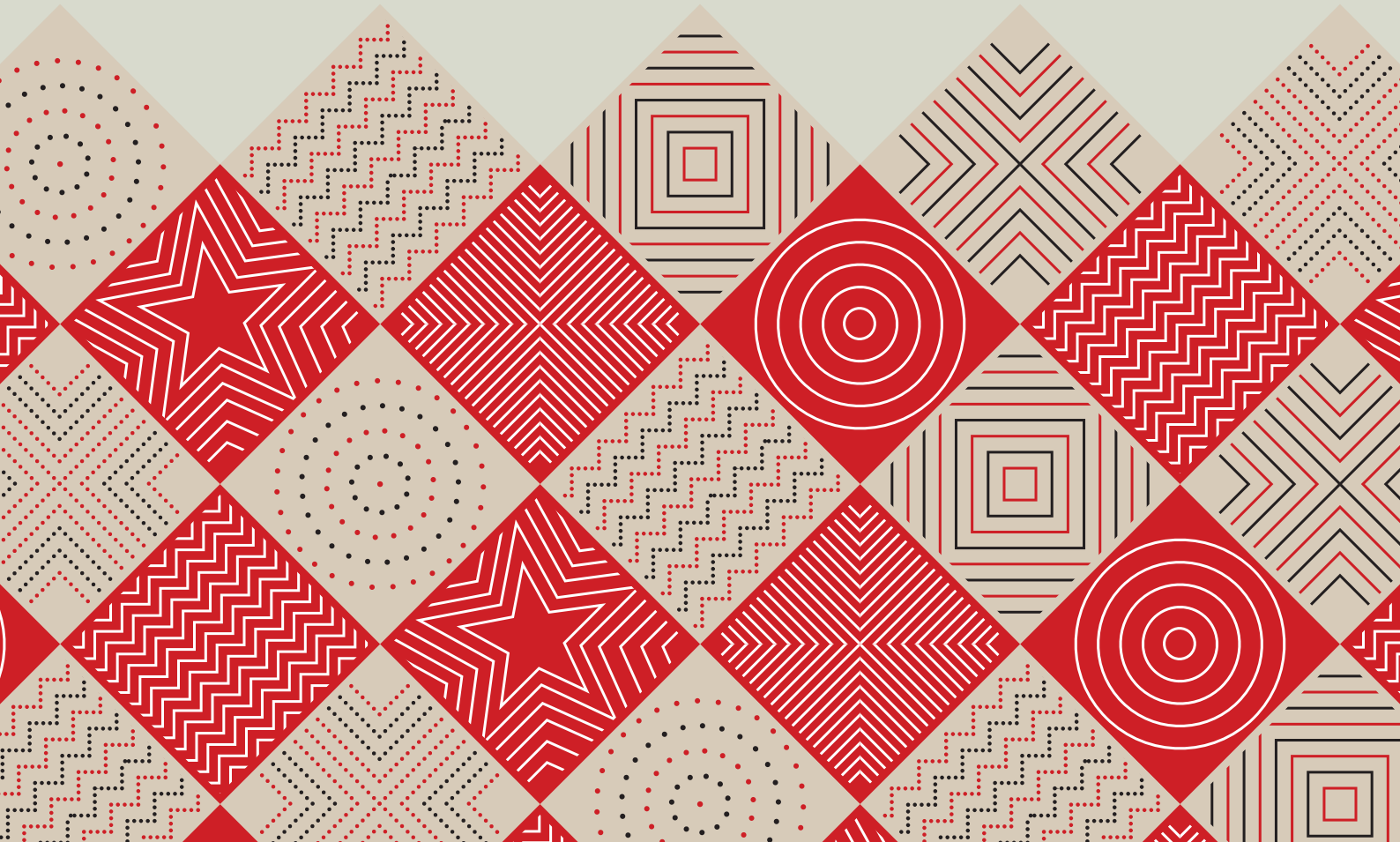
PERÚ | Ministerio de Cultura

ENTRE SABERES Y SALUD

LA COSMOVISIÓN AWAJÚN FRENTE AL VIH EN BAGUA Y CONDORCANQUI



PERÚ | Ministerio de Cultura

ENTRE SABERES Y SALUD

LA COSMOVISIÓN AWAJÚN FRENTE AL VIH EN BAGUA Y CONDORCANQUI

PERÚ | Ministerio de Cultura

Viceministerio de Interculturalidad

Dirección General de Ciudadanía Intercultural

Dirección de Políticas Indígenas

ENTRE SABERES Y SALUD
LA COSMOVISIÓN AWAJÚN FRENTE AL VIH EN BAGUA Y CONDORCANQUI

©Ministerio de Cultura
Av. Javier Prado Este n.º 2465, San Broja, Lima-Perú
Teléfono: (511) 714 0102
www.gob.pe/cultura

Primera edición digital, septiembre 2026
Depósito Legal Nº 2026-10433

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio, total o parcialmente, sin permiso expreso.

ÍNDICE

I.Introducción.....7

II. Objetivos.....10

2.1. General.....10

2.2. Específicos.....10

III. Descripción de la realidad problemática.....11

IV. Marco conceptual.....13

4.1. Definición y características de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH.....13

4.1.1. Las infecciones de transmisión sexual (ITS).....13

4.1.2. Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)).....13

4.1.3. ¿Qué es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)?.....14

4.1.4. Transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).....14

4.1.5. Tratamiento de VIH.....15

4.2. Información epidemiológica relevante a nivel nacional, regional y local.....16

4.2.1. El virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) en el Perú.....16

4.2.2. Contexto sociodemográfico de la región Amazonas.....18

4.2.3. Pueblos indígenas u originarios de la región Amazonas.....19

4.2.4. El virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) en Amazonas.....21

4.2.5. VIH en Bagua y Condorcanqui.....23

4.3. Concepto de cosmovisión y su aplicación en las comunidades indígenas, especialmente en la cultura awajún.....28

4.3.1. Pueblo awajún.....28

4.3.2. Cosmovisión, conocimientos y prácticas tradicionales.....29

4.3.3. Conocimientos y acciones frente al VIH.....30

4.3.4. El pueblo awajún y la salud.....33

4.4. Estudios previos o antecedentes relacionados con salud sexual, VIH y cosmovisión indígena.....34

4.5. Definiciones operativas.....44

V. Metodología del estudio.....45

5.1. Enfoque, diseño de investigación, población y muestra.....45

5.2. Técnicas y recolección de datos 45

VI. Análisis de los principales hallazgos 49

6.1. Revisión de literatura 49

6.2. Hallazgos en el trabajo de campo 53

6.2.1. Hallazgos en Condorcanqui 53

6.2.2. Hallazgos en la provincia de Bagua 58

VII. Conclusiones y recomendaciones 64

VIII. Propuesta de estrategias para la incorporación de la cosmovisión indígena en la atención del VIH 67

8.1. Estrategia 1: Fortalecer la confianza hacia la labor de los servidores de salud 68

8.2. Estrategia 2: Fortalecer los conocimientos de los miembros de las comunidades en materia de prevención, transmisión, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA 70

8.3. Estrategia 3: Incrementar la adherencia al TARGA por parte de los pacientes de las comunidades 71

8.4. Estrategia 4: Fortalecer capacidades interculturales del personal de salud 72

Referencias 74

Anexos 79

I. INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) está catalogado como uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, debido a su tendencia epidemiológica creciente y a la carga económica que supone para el núcleo familiar y las instituciones de salud; por lo cual, las personas que viven con VIH tienen un riesgo superior de complicaciones y muerte.[1]

En el año 1983, se informó el primer caso de VIH en el Perú, entre los años 2018 y 2025, se ha registrado en el sistema de vigilancia un total de 69 446 casos de VIH; de los cuales, 11345 han sido diagnosticados como estadio de SIDA. Para el año 2025, la región Amazonas reportó 434 casos superando a regiones como Ucayali y Loreto, en cuánto a las provincias de Bagua y Condorcanqui se han notificado en el año 2025 un total de 412 casos de infección por VIH (163 en Bagua y 249 en Condorcanqui), de los cuales siete se encuentran en estadio de SIDA.[2]

Asimismo, diversas culturas en el mundo han tenido la necesidad y capacidad de desarrollar sus propias nociones de salud y de enfermedad. En el caso de los pueblos indígenas u originarios, esto ha implicado el desarrollo de prácticas transmitidas de generación en generación, que les ha permitido sobrevivir y mantenerse como grupos humanos. Si bien en la actualidad lo que entendemos como salud se rige por estándares de la medicina moderna, generalmente de corte occidental, los pueblos indígenas han logrado conservar buena parte de sus prácticas ancestrales de manera funcional y efectiva.[3]

En este sentido, el Ministerio de Cultura, mediante el Viceministerio de Interculturalidad es la autoridad en asuntos de interculturalidad e inclusión de los pueblos indígenas u originarios. Entre sus funciones principales se encuentra, promover y garantizar el respeto a los derechos de los pueblos indígenas de conformidad con el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)[4]. Igualmente, su Reglamento de Organización y Funciones[5], señala como su función, formular, dirigir, coordinar, implementar, supervisar y evaluar las políticas nacionales y sectoriales sobre interculturalidad, pueblos indígenas y pueblo afroperuano. De la misma forma, es

---

[1] Organización Mundial de la Salud. (2023, 13 de julio). VIH y sida. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

[2] Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. (2026, 29 de enero). Sala Situacional del VIH / SIDA. https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_vih_web/

[3] Us, H. A. (2024, 8 de agosto). Salud intercultural y pueblos indígenas. ¿Y si hablamos de igualdad?

[4] Convenio 169 de la OIT sobre pueblo indígenas y triviales

[5] Decreto Supremo N° 005-2013-MC, que aprueba el Reglamento de Organizaciones y funciones del Ministerio de Cultura.

importante recordar que la definición de pueblos indígenas u originarios se encuentra contenida en el artículo 1 del Convenio 169 de la Organización Internacional del trabajo (OIT) y, a su vez, ha sido desarrollada en el artículo 7 de la Ley N° 29785, Ley del Derecho a la Consulta Previa[6] de los pueblos indígenas u originarios reconocidos en el Convenio 169 de la OIT. En esa línea, dichos pueblos son aquellos grupos humanos que tienen descendencia de las sociedades cuyo origen (o asentamiento) es anterior al establecimiento de la Colonia o las fronteras estatales y que conservan parte o todas sus instituciones, lo cual los distingue.

Como tales, los pueblos indígenas u originarios, a través de sus miembros o representantes, son sujetos de derechos colectivos y ejercen plenamente su titularidad frente a terceros, el Estado y/o los particulares. Al respecto, estos derechos colectivos se encuentran reconocidos en el Convenio 169 y buscan proteger su identidad, integridad y desarrollo, sin menoscabo de los derechos fundamentales y del sistema jurídico internacional. Entre estos derechos, que tienen sustento constitucional por el artículo 55 de dicho cuerpo normativo, tenemos el: 1) derecho a la libre autodeterminación, 2) derecho a la identidad cultural; 3) derecho de participación; 4) derecho a la consulta previa; 5) derecho a decidir y elegir sus prioridades de desarrollo; 6) derecho a conservar sus costumbres e instituciones; 7) derecho a la jurisdicción especial; 8) derecho sobre sus tierras y territorios; 9) derecho a los recursos naturales; **10) derecho a la salud intercultural;** 11) derecho a la educación intercultural y a la lengua/idioma.

En ese sentido, el derecho a la salud intercultural es aquel derecho que consiste en que los servicios de salud, en territorios habitados por pueblos indígenas u originarios, deben organizarse a nivel comunitario y tomar en consideración los métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. Esta disposición constituye un reconocimiento del valor de la medicina tradicional y la necesidad de preservarla, aprender de ella y, ulteriormente, enriquecerla. Los servicios de salud deberán ser adecuados y se proporcionará a los pueblos indígenas los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, con el propósito que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

La Dirección de Políticas Indígenas (DIN), en el marco de sus funciones como unidad orgánica del Viceministerio de Interculturalidad, vela por la conducción y supervisión de la política indígena intercultural[7] y ha realizado el presente estudio denominado “Entre saberes y salud: la cosmovisión awajún frente al VIH en Bagua y Condorcanqui”.

---

[6] Ley del Derecho a la Consulta Previa

[7] Asimismo, es necesario considerar las funciones específicas definidas en el ROF, tales como a) Promover y realizar diagnósticos e investigaciones que contribuyan al diseño de políticas culturalmente pertinente (Art.87.4) y b) Coordinar y brindar, en el marco de sus competencias, apoyo técnico para el diseño y la ejecución de programas y planes de los distintos sectores y niveles de gobierno, relacionados con la política indígena intercultural nacional, así como supervisar y monitorear su implementación (Art.87.5).

Esta iniciativa responde al compromiso del sector de dar respuesta a las inquietudes y necesidades de los pueblos indígenas respecto a la creciente prevalencia del VIH/SIDA en las comunidades de la región Amazonas. Sobre todo, frente a los recientes pronunciamientos emitidos por el Consejo Aguaruna y Huambisa (CAH), a través de los cuales ha solicitado al Estado peruano fortalecer los servicios de salud pública de Condorcanqui y generar un plan de acción contra el VIH/SIDA que cuente con la participación de los pueblos indígenas awajún y wampis de la provincia.

El presente documento comprende ocho secciones, en primer lugar, la sección introductoria en la que se presenta el contexto general de la situación del VIH en la región Amazonas y se establece el propósito y justificación del diagnóstico. En segundo lugar, se tiene la sección de los objetivos del diagnóstico. En tercer lugar, se describe la realidad problemática de las comunidades awajún de las provincias priorizadas, precisando sus principales características sociodemográficas y epidemiológicas. En cuarto lugar, se explica el marco conceptual aplicado para analizar la información recabada en la labor de campo, como quinto lugar se presenta la sección metodológica la cual detalla la metodología de investigación y los instrumentos de recolección de información que se emplearon. En sexto lugar, se presenta la sección analítica en la que se describen sintéticamente los principales hallazgos obtenidos en la recolección de datos. En base a ello se expone un análisis social de los mismos. Finalmente; en sexto y séptimo lugar, se brindan las principales conclusiones y recomendaciones para adecuar la estrategia de prevención y control del VIH/SIDA de acuerdo a la cosmovisión y a las condiciones sociales, territoriales y materiales de sus comunidades.

II. OBJETIVOS

2.1. General

- Analizar la cosmovisión de las comunidades awajún de las provincias de Condorcanqui y Bagua a través de los conocimientos, inquietudes y necesidades específicas frente a la prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con el fin de poder incorporarla en la atención de pacientes con VIH.

2.2. Específicos

- Conocer los factores socioculturales tales como conocimientos, creencias y prácticas del pueblo awajún de Condorcanqui y Bagua que influyen en la prevalencia y contagio del VIH.
- Identificar las percepciones y limitaciones de los servidores del sector salud para abordar los temas relacionados a las infecciones de trasmisión sexual, con énfasis en el VIH, en el pueblo awajún de Condorcanqui y Bagua.
- Proponer medidas para adecuar la estrategia de prevención y control del VIH/SIDA de acuerdo a la cosmovisión y a las condiciones sociales, territoriales y materiales de sus comunidades.

III. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En el Perú, la epidemia por el VIH es del tipo concentrada, es decir, la infección por VIH presenta mayor prevalencia en poblaciones clave como homosexuales, mujeres trans y trabajadoras sexuales. Según estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) para el año 2024 existían 130 mil personas viviendo con VIH, 10 mil casos más que en 2023 y 20 mil casos más que en 2022, evidenciando la tendencia al incremento de casos nuevos de infección por VIH en el país.

Entre los años 2018 y 2025, se han notificado en el sistema de vigilancia del Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades, 69446 casos de infección VIH. De esta data es la región Amazonas la que encabeza las estadísticas sobre casos notificados de VIH con 434 casos en lo que va del año 2025.

Por otro lado, a nivel de Bagua y Condorcanqui, según el Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud los casos de VIH notificados han ido aumentando en el último lustro siendo Condorcanqui la provincia con más casos notificados durante el año 2025 con 249, seguido de Bagua con 163 casos de VIH durante el mismo año.

Asimismo, la etapa final del SIDA, se ha visto en disminución notificándose para el año 2025, tres y cuatro casos en Condorcanqui y Bagua respectivamente.

Desde los primeros días de la epidemia del VIH, los pueblos indígenas en algunos países fueron identificados como un grupo de población que también experimenta determinantes sociales y económicos que aumentan la exposición al VIH. Sin embargo, la respuesta oficial a esta vulnerabilidad a menudo ha sido limitada e ineficaz. Además, se ha escrito relativamente poco sobre lo que impulsa las crecientes tasas de VIH entre los pueblos indígenas y, más de tres décadas después de que se detectó el VIH por primera vez, está claro que el VIH se ha convertido en un problema de salud crítico para estas poblaciones históricamente oprimidas.[8]

En ese sentido, los factores culturales son importantes en los esquemas relacionados con la salud y hay sugerencias de que las narrativas de la enfermedad están arraigadas en un conjunto único de circunstancias de vida y guiadas por esquemas individuales y modelos explicativos.[9]

A pesar de reconocer que muchas comunidades indígenas se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad a ITS/VIH debido a las condiciones geográficas,

---

[8] Negin, J., Aspin, C., Gadsden, T., & Reading, C. (2015). El VIH entre los pueblos indígenas: una revisión de la literatura sobre conductas relacionadas con el VIH desde el comienzo de la epidemia. AIDS and Behavior, 19(9), 1720–1734. https://doi.org/10.1007/s10461-015-1023-0

[9] García de Alba García, J. E. (2012). Saberes culturales y salud: una mirada de la realidad polifacética. Desacatos. Revista de Ciencias Sociales, 39, 89-104. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2012000200007&lng=esscielo.org.

sociales y económicas en las cuales viven, aún se conoce poco sobre estas comunidades y sus necesidades en términos de VIH y salud sexual y reproductiva. En este contexto es imprescindible que iniciativas de prevención, tratamiento y cuidados de ITS/VIH aborden la diversidad con un enfoque de igualdad y respeto por los derechos humanos, reconciliando aspectos culturales y tradicionales, promoviendo la multiculturalidad.[10]

Es así que el presente "*Entre saberes y salud: la cosmovisión awajún frente al VIH en Bagua y Condorcanqui*" tiene como objetivo analizar la cosmovisión de las comunidades awajún de las provincias de Condorcanqui y Bagua a través de los conocimientos, inquietudes y necesidades específicas frente a la prevalencia de las infecciones de trasmisión sexual con énfasis en el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con el fin de poder incorporarla en la atención de pacientes con VIH.

Finalmente, este documento pretende ser una herramienta a fin de que los servicios de salud brindados a personas que viven con VIH se adapten con el objeto de responder a las necesidades de los pueblos indígenas u originarios por lo que deberán abarcar su historia, conocimientos, técnicas, sistemas de valores y aspiraciones sociales, económicas y culturales, siendo para ello, importante que los servidores públicos que ejecutan y brindan dichos servicios cuenten con las capacidades interculturales a fin de garantizar la pertinencia del servicio en territorios habitados por pueblos indígenas u originarios.

[10] ONUSIDA. (2012). Prevención de VIH en poblaciones vulnerables. ONUSIDA Guatemala.

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1. Definición y características de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH.

4.1.1. Las infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones que se pueden transmitir principalmente a través de relaciones sexuales sin protección. También pueden transmitirse a través del contacto con sangre contaminada, y en algunos casos, de madre a hijo durante el embarazo o el parto. Estas infecciones pueden provocar diversas enfermedades y complicaciones si no se tratan adecuadamente.[11]

Esas infecciones dan lugar a síntomas agudos, infecciones crónicas y graves consecuencias al cabo de cierto tiempo, como: infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino y defunciones prematuras de lactantes y adultos. La presencia de otras ETS como sífilis, chancroide o infección genital por virus del herpes simple aumenta enormemente el riesgo de contraer o transmitir el VIH. Algunas investigaciones parecen indicar que se da una interacción muy importante entre la infección muy temprana por VIH y otras ETS. Esa interacción podría explicar un 40% o más de los casos de transmisión del VIH.[12]

4.1.2. Las infecciones de transmisión sexual (ITS)

VIH significa virus de inmunodeficiencia humana. El VIH es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario humano (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, ambos componentes clave del sistema inmunitario celular), de manera que destruye o daña su función. La infección por este virus lleva a la progresiva reducción del sistema inmunitario, lo que se traduce en la inmunodeficiencia.

El sistema inmunitario se considera deficiente cuando pierde su capacidad de luchar contra las infecciones y las enfermedades. Las personas con inmunodeficiencia son mucho más vulnerables a un amplio número de infecciones y cánceres, la mayoría de los cuales son raros entre personas sin inmunodeficiencia. Las enfermedades asociadas a una inmunodeficiencia grave se consideran infecciones oportunistas, puesto que se aprovechan de un sistema inmunitario debilitado.[13]

---

[11] Gobierno del Perú. (s. f.). *¿Qué son las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?* Perú.gob.pe. Recuperado de https://www.gob.pe/36502-que-son-las-infecciones-de-transmision-sexual-its

[12] Sanz Lorente, M. (2023). Las enfermedades de transmisión sexual en el siglo XXI. Revista Hospital a Domicilio, 7(2), 91 97. https://doi.org/10.22585/hospdomic.v7i2.191 (scielo.isciii.es)

[13] ONUSIDA. (s. f.). Preguntas frecuentes con relación al VIH y el sida. Recuperado de https://www.unaids.org/es/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids (unaids.org)

4.1.3. ¿Qué es el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)?

Sida significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida y define la serie de síntomas e infecciones que van asociados a la deficiencia adquirida del sistema inmunitario. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se considera la causa subyacente al sida. El nivel de inmunodeficiencia y la aparición de determinadas infecciones se utilizan como indicadores para saber si la infección por el VIH ha evolucionado y causado el sida.[14]

4.1.4. Transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se transmite a través de líquidos corporales de la persona infectada, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales, y también puede transmitirse al bebé durante el embarazo y el parto. En cambio, no se transmite mediante formas habituales de contacto como los besos, los abrazos y los apretones de manos ni por compartir objetos personales, agua o alimentos.[15]

Es importante recalcar que las personas con VIH que están recibiendo su terapia antirretroviral (TAR) y tienen una carga vírica indetectable no transmiten el virus a sus parejas sexuales. El acceso temprano a la terapia antirretroviral (TAR) y el apoyo para continuar el tratamiento son, por tanto, esenciales no solo para mejorar la salud de los pacientes, sino también para prevenir la transmisión del virus.[16]

El VIH se puede transmitir a través de fluidos corporales, como la sangre, el semen, el líquido preseminal, los fluidos vaginales, los fluidos rectales y la leche materna. El VIH se puede transmitir a través de estos fluidos de las siguientes maneras:

a) Sangre:

- Compartiendo jeringuillas o agujas para inyectar drogas o tatuajes
- Siendo expuesto a la sangre de una persona con VIH accidentalmente por una jeringuilla
- Compartiendo artículos personales que pueden tener sangre en ellos (como navajas o cepillos de diente)
- Comiendo comida ya masticada (en casos de úlceras abiertas o sangrado en las encías).

---

[14] Infosida. (2024, 2 de diciembre). ¿Qué es el VIH? Infosida. https://www.infosida.es/que-es-el-vih

[15] Organización Mundial de la Salud. (2023, 13 de julio). VIH y sida [Hoja informativa]. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

[16] Organización Mundial de la Salud. (2023, 13 de julio). VIH y sida [Hoja informativa]. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

b) Semen, fluido preseminal, secreciones vaginales y secreciones rectales:

- Tener sexo vaginal o sexo anal
- Tener sexo oral (menos probable que ocurra, pero hay casos extraños)
- Estar expuesta a fluidos vaginales durante el parto.

c) Leche materna:

- Lactancia materna: Cuando un bebé contrae el VIH durante el embarazo, el parto o la lactancia, se denomina transmisión perinatal del VIH.

No se puede contraer el VIH al darle la mano o abrazar a una persona seropositiva. Tampoco se puede contraer a través de objetos como platos, la taza del baño o las agarraderas de las puertas que haya usado o tocado una persona seropositiva. El VIH no se propaga a través del aire ni del agua ni por medio de mosquitos, garrapatas u otros insectos que se alimentan de sangre.[17]

4.1.5. Tratamiento de VIH

Es importante recalcar que las personas con VIH que están recibiendo TAR y tienen una carga vírica indetectable no transmiten el virus a sus parejas sexuales. El acceso temprano al TAR y el apoyo para continuar el tratamiento son, por tanto, esenciales no solo para mejorar la salud de los pacientes, sino también para prevenir la transmisión del virus.[18]

En el Perú, el Programa Nacional de Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (Programa TARGA) comenzó el 13 de mayo del 2004. Este se desarrolló a través del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y la Estrategia Sanitaria Nacional[19] Al inicio, se implementó en quince hospitales de Lima y Callao, y en treinta y tres regionales. Se concentró en la capacitación al personal de salud, en asegurar la disponibilidad de la medicación y la adherencia a la misma[20]. En el programa se brindan, de manera gratuita, el tratamiento antirretroviral (TARV), las pruebas de monitoreo y la consejería psicológica relacionada a la disminución de prácticas sexuales de riesgo y adherencia al tratamiento.

La implementación del programa TARGA estuvo complementada por la norma técnica del 2004. Uno de los criterios para iniciar TARV fue tener un recuento de linfocitos T

---

[17] National Institutes of Health. (s. f.). VIH y el SIDA: conceptos básicos. HIVinfo. Recuperado de https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/vih-y-el-sida-conceptos-basicos

[18] MINSA. Los primeros dos años de Acceso Universal al tratamiento antirretroviral en el Perú [en Internet]. Lima: MINSA; 2006. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/148_%20ATR1.pdf

[19] Ministerio de Salud (MINSA). (2006). Los primeros dos años de acceso universal al tratamiento antirretroviral en el Perú* \[en línea]. Lima: MINSA. http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/148_%20ATR1.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/148_%20ATR1.pdf

[20] Eduardo Gotuzzo H. SIDA en el Perú: Impacto de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Rev Med Hered. 2007;18(4):181-3.

CD4 menor de 200 células/mm^3 [21]. En los primeros dos años, se reportó un incremento en la tasa de mortalidad por inicio tardío del tratamiento. Sesenta y tres por ciento de los pacientes iniciaba tratamiento con un CD4 menor de 100 células/mm^3, mientras que 66% lo hacía con una carga viral mayor a 100.000 copias/Ml.

El inicio de TARV en un estadio avanzado se asocia con una mayor toxicidad medicamentosa y con el síndrome de reconstitución inmune[22].Sin embargo, el inicio del tratamiento se ha adelantado de manera progresiva, con recuentos cada vez más altos de T CD4 (350 y 500 células/mm^3), lo que reduce el riesgo de progresión de la enfermedad[23]. Desde el 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el tratamiento universal a todas las personas con VIH cualquiera sea el recuento de CD4[24]. Este enfoque de inicio inmediato del tratamiento es propuesto en la última norma técnica peruana del 2020[25].

En comunidades indígenas amazónicas y altoandinas, las estrategias de prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con infección por VIH deberán adecuarse al contexto sociocultural de estas comunidades, a través de un enfoque de interculturalidad y respeto a los derechos humanos.[26]

4.2. Información epidemiológica relevante a nivel nacional, regional y local.

4.2.1. El virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) en el Perú.

El número de casos nuevos notificados de infección por VIH al sistema de vigilancia muestra una tendencia hacia el incremento. Es así que, el número de casos nuevos notificados en el trienio 2022-2024 (29 149) ha incrementado en un 18 % al número de casos nuevos notificados en el trienio 2017-2019 (24 781). Se debe tener en cuenta que, el año 2020 sale de esta tendencia debido al impacto que tuvo la pandemia por la COVID-19 en la captación de casos nuevos de VIH, hecho también observado en otras partes de la región y el mundo. En la figura 1, se evidencia la tendencia antes

---

[21] Nelson AM, Manabe YC, Lucas SB. Immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS): what pathologists should know. Semin Diagn Pathol. 2017;34(4):340–351. doi:10.1053/j.semdp.2017.04.010.

[22] MINSA. Norma técnica para el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en adultos infectados por VIH [en Internet]. Lima: MINSA; 2004. en: https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/peru_art.pdf

[23] INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N Engl J Med. 2015;373(9):795-807. doi:10.1056/NEJMoa1506816.

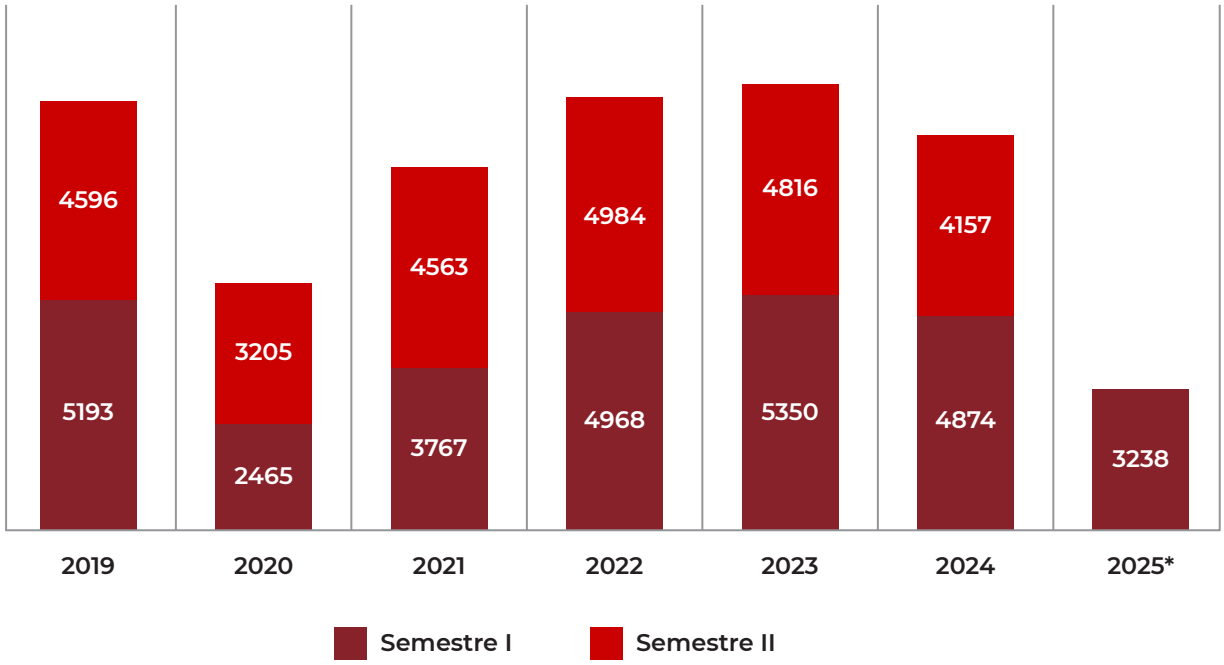
[24] World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach [in Internet]. Geneva: WHO; 2016. Disponible en https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/

[25] MINSA. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH [en Internet]. Lima: MINSA; 2018. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf

[26] NTS N°169-MINSA/2020/DGIESO “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”.

mencionada, además del número de casos nuevos por semestre en los últimos seis años y el primer semestre del año en curso.

Figura 1: Casos de infección por VIH notificados según año de diagnóstico, Perú, 2019 – 2025.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - Ministerio de Salud del Perú.

*Data actualizada al 30 de junio de 2025, sujeta a variación, según procesos de notificación.

La distribución de casos de infección por VIH abarca todo el territorio nacional, aun cuando el número de casos notificados es mayor en departamentos de la costa y selva del país, las tasas de VIH y sida nos muestran una realidad muy diferente la cual se debe tomar en cuenta para las intervenciones de prevención y control.

En el 2024, a nivel nacional, la tasa de incidencia de casos VIH muestra una disminución con respecto al año 2023 (de 30,1 a 26.5 casos por 100000 habitantes), al igual que los casos con diagnóstico sida (de 4,7 a 4,0 por 100 000 habitantes). Sin embargo, esta disminución no se observa en todos los departamentos, como en las tasas de VIH para Moquegua, Tacna, Ayacucho, Cajamarca, Huánuco y Puno donde incremento fue entre 2 a 4 puntos, mientras que Amazonas tuvo un incremento de 16 puntos. El valor de incidencia 2025 debe ser considerado como referencial por ser solo semestral.

Hasta aquí, es necesario aclarar que los “casos notificados” son aquellos que, después de haber sido diagnosticados en los hospitales, centros de salud u organizaciones civiles, son derivados al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) para su contabilización formal en la sala situacional VIH/SIDA (Chávez & Huamán, 2021). En ese sentido, el número de casos notificados a nivel nacional puede ser menor a la cantidad de casos diagnosticados, ya que los establecimientos de

salud no comunican todas sus detecciones al CDC o presentan errores al no distinguir los casos de VIH con los de SIDA. Frente a ello, como señala Flores (2019), es importante recurrir a fuentes de información desagregada a nivel provincial y distrital.

4.2.2. Contexto sociodemográfico de la región Amazonas.

La región Amazonas se ubica en el área nororiental del Perú y está constituida por siete (7) provincias, 84 distritos y 3 114 centros poblados. De acuerdo al Censo Nacional (2017) la población total censada de la región es de 379,384 habitantes, de los cuales 221,824 residen en el área rural y 157,560 en el área urbana.[27]

En total fueron censados en la región 191,275 hombres y 188 109 mujeres. Por edades, se puede resaltar que, en términos generales, Amazonas es una región en la que ha preponderado la población infantil (0 a 14 años) con un 32,3% seguida de los jóvenes de 15 a 29 años que comprenden el 23,4%.

La provincia más poblada es Utcubamba con 107,237 habitantes, que constituye el 28,3% de la población censada en Amazonas. Sigue Bagua (19,5%) y Chachapoyas (14,6%), mientras que Condorcanqui representa el 11,1%, véase tabla 1.

Tabla 1: Población censada, por sexo y grupos de edad de Amazonas.

Provincias	Total	Sexo		Grupos de edad					
		H	M	1<	1 a 14	15 a 29	30 a 44	45 a 64	65 a más
Utcubamba	107,237	54,695	52,542	1,945	31,142	25,772	22,526	18,124	7,728
Bagua	74,100	37,198	36,902	1,422	23,071	17,64	14,760	12,753	4,454
Chachapoyas	55,506	27,301	28,205	890	13,524	14,089	11,768	10,173	5,062
Luya	44,436	22,586	21,850	779	13,137	9,300	8,500	8,107	4,613
Condorcanqui	42,470	21,070	21,400	1,177	18,714	10,055	7,297	4,389	838
Rodríguez de Mendoza	29,998	15,574	14,424	518	8,718	6,101	6,147	5,686	2,828
Bongará	25,637	12,851	12,786	367	6,903	5,748	5,415	5,047	2,157
Región Amazonas	**379,384**	**191,275**	**188,109**	**7,095**	**115,616**	**89,129**	**77,075**	**65,270**	**28,213**

Fuente: Elaborado a partir del Censo Nacional (2017).

[27] Instituto Nacional de Estadística e Informática. (s. f.). Censos Nacionales 2017. https://censo2017.inei.gob.pe/

Haciendo énfasis en las dos provincias de interés del presente diagnóstico, es necesario tomar en cuenta las cifras demográficas actualizadas al 2023 de la Red de Salud de Bagua: la provincia cuenta con una población de 87,635 personas, de la cual el 40% corresponde al distrito de Imaza y el 35% al de Bagua, véase Tabla 2.

Tabla 2: Población Estimada por curso de vida según distritos, de la Provincia de Bagua (2023).

Provincias	Total	Sexo		Edad por Curso de Vida				
		H	M	Niño (0-11 años)	Adolesc. (12-17 años)	Joven (18 a 29 años)	Adulto (30 a 59 años)	Adulto Mayor (60 a más años)
Imaza	34,668	18,208	16,460	13,412	4,897	6,832	7,848	1,679
Bagua	30,481	15,127	15,354	6,781	3,259	6,098	11,141	3,202
Aramango	10,127	5,463	4,664	2,420	1,158	2,040	3,519	990
La Peca	6,527	3,558	2,969	1,150	698	1,144	2,529	1,006
Copallin	4,521	2,371	2,150	831	473	742	1,812	663
El Parco	1,311	686	625	258	114	218	526	195
Prov. Bagua	**87,635**	**45,413**	**42,222**	**24,852**	**10,599**	**17,074**	**27,375**	**7,735**

Fuente: Unidad Tecnología de Epidemiología y Red de Salud Bagua.

4.2.3. Pueblos indígenas u originarios de la región Amazonas.

De la misma forma acorde al Censo Nacional (2017) se registró que en la región Amazonas el 12,37% se autoidentificó como parte de un pueblo indígena u originario amazónico, es decir, 34,849 personas. Y, de este grupo poblacional, la gran mayoría proviene de las provincias de Condorcanqui (60,73%) y también de Bagua (37,67%). Véase la tabla 3.

Tabla 3: Población censada por autoidentificación étnica de Amazonas según provincia.

	P12a+: Por sus costumbres y sus antepasados Ud. se considera:									
Provincias	Quechua	Aimara	Indígena Amazónico	Otro PPIIOO	Afro.	Blanco	Mestizo	Otro	NSNO	Total
Utcubamba	1,977	43	436	36	4,096	4,421	67,200	528	2,235	80,972
Bagua	513	34	13,129	43	1,685	2,022	32,875	178	4,068	54,547
Chachapoyas	3,585	30	94	52	1,344	2,321	34,253	351	2,212	44,242

Luya	1,008	9	5	5	671	1,203	29,509	76	950	33,436
Condorcanqui	70	29	21,164	86	304	44	2,504	113	1,569	25,883
Rodríguez de Mendoza	436	10	1		686	1,511	19,096	129	745	22,614
Bongará	607	16	20	31	672	948	16,981	74	562	19,911
Total	**8,196**	**171**	**34,849**	**253**	**9,458**	**12,470**	**202,418**	**1,449**	**12,341**	**281,605**

Fuente: Elaborado a partir del Censo Nacional (2017).

De acuerdo a la Base de Datos de Pueblos Indígenas (2020) del Ministerio de Cultura, 65,459 personas, es decir, aproximadamente el 17,3% de la población de Amazonas habita en localidades de pueblos indígenas u originarios: awajún (51,626); quechuas (3,889) y wampis (10,291).

Como se aprecia en la tabla 4, a nivel de la región Amazonas, el 43.599% de toda la población mayor a doce años se autoidentifica como parte de un pueblo indígena u originario, asimismo las provincias de Condorcanqui y Bagua son aquellas que presentan mayor población autoidentificada como parte de un pueblo indígena u originario representa con porcentajes de 82.8% y 25.2% de toda su población respectivamente.

Tabla 4: Información poblacional sobre autoidentificación étnica de las provincias del departamento de Amazonas.

N°	Departamento	Provincia	Distrito	Ubigeo del Distrito	Población total	Población de 12 años a más	N° de personas que se autoidentifican como parte de pueblo indígena u originario	% sobre el total de población de 12 años a más
1	Amazonas	Bagua	Bagua	010201	27,102	21,543	672	3.1
2	Amazonas	Bagua	Aramango	010202	9,765	7,273	923	12.7
3	Amazonas	Bagua	Copallin	010203	4,595	3,688	22	0.6
4	Amazonas	Bagua	El Parco	010204	1,216	947	2	0.2
5	Amazonas	Bagua	Imaza	010205	25,162	16,219	12,059	74.4
6	Amazonas	Bagua	La Peca	010206	6,260	4,877	52	1.1
7	Amazonas	Condorcanqui	Nieva	010401	18,626	11,770	8,847	75.2
8	Amazonas	Condorcanqui	El Cenepa	010402	9,891	5,979	5,230	87.5
9	Amazonas	Condorcanqui	Rio Santiago	010403	13,953	8,134	7,354	90.4

Fuente: Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios - Dirección General de Derechos de los Pueblos Indígenas-Viceministerio de Interculturalidad.

De la misma forma la tabla 5 presenta la población autoidentificada con un pueblo indígena u originario en las provincias de Bagua y Condorcanqui de la región Amazonas. En ese sentido, los distritos de Río Santiago. El Cenepa, Nieva e Imaza son aquellos que cuentan con mayor presencia de personas que se autoidentifican como parte de un pueblo indígena u originario siendo el 90.4%,87.5%,75.2% y 74.4%, respectivamente de toda su población el porcentaje de autoidentificación.

Tabla 5: Información poblacional sobre autoidentificación étnica en las provincias Bagua y Condorcanqui, según distrito.

N°	Departamento	Provincia	Ubigeo de la Provincia	Población total	Población de 12 años a más	N° de personas que se autoidentifican como parte de pueblo indígena u originario	% sobre el total de población de 12 años a más
1	Amazonas	Chachapoyas	0101	55,506	44,242	3,775	8.5
2	Amazonas	Bagua	0102	74,100	54,547	13,730	25.2
3	Amazonas	Bongara	0103	25,637	19,911	677	3.4
4	Amazonas	Condorcanqui	0104	42,470	25,883	21,431	82.8
5	Amazonas	Luya	0105	44,436	33,436	1,028	3.1
6	Amazonas	Rodríguez de Mendoza	0106	29,998	22,614	447	2.0
7	Amazonas	Utcubamba	0107	107,237	80,972	2,511	3.1
Información total del departamento de Amazonas				**379,384**	**281,605**	**43,599**	**15.5**

Fuente: XII Censo de Población y VII de Vivienda.

Elaboración: Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios -BDPI.

4.2.4. El virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) en Amazonas.

A nivel de regiones, Amazonas desde el año 2022 se encuentra ocupando el primer lugar de tasa de casos con VIH notificados a nivel nacional, durante el año 2024 dicha región reportó 117.46 casos por cada 100000 habitantes y hasta junio 2025 reportó 45.82 por cada 100 000 habitantes superando a regiones como Ucayali y Loreto.

Tabla 6: Tasa de incidencia de casos VIH y sida según departamento, Perú 2022 – 2025*.

Departamento	Tasa de casos VIH				Tendencia	Tasa de casos sida				Tendencia
	2022	2023	2024	2025*		2022	2023	2024	2025*	
Amazonas	90,39	101,15	117,46	45,82		6,62	2,97	2,76	0,91	
Ancash	17,11	17,03	15,31	6,38		0,34	0,75	0,67	0,17	
Apurimac	8,04	6,04	4,83	0,95		2,84	1,63	1,61	0,71	
Arequipa	16,23	19,9	20,14	7,12		6,69	3,36	3,14	0,69	
Ayacucho	7,89	13,23	16,87	2,88		0,46	1,04	1,76	0	

Cajamarca	8,22	7,86	10,57	3,83		1,31	0,75	0,90	0,42	
Callao	34,53	42,00	27,57	8,90		7,77	10,16	6,33	3,16	
Cusco	15,09	16,63	16,97	7,66		0,37	0,57	0,43	0,43	
Huancavelica	4,31	6,89	3,84	2,15		1,44	0,00	1,18	1,23	
Huánuco	14,73	14,75	16,97	8,37		1,33	1,71	2,07	0,67	
Ica	24,89	32,55	30,63	6,50		1,20	3,27	2,89	0,28	
Junín	13,82	22,21	16,98	7,33		6,91	2,53	1,50	0,81	
La Libertad	26,97	22,16	22,27	8,38		6,96	4,27	4,01	1,32	
Lambayeque	24,66	28,46	22,91	7,54		5,01	4,94	5,04	0,95	
Lima	40,37	36,87	33,10	11,42		6,51	7,15	6,31	2,28	
Loreto	68,16	70,03	43,77	15,57		6,12	8,47	7,84	3,00	
Madre de Dios	49,45	42,84	31,17	3,43		10,10	7,84	5,62	0,98	
Moquegua	26,18	25,94	29,89	18,87		3,08	2,99	2,41	2,48	
Pasco	14,06	22,13	19,30	6,79		0,00	2,21	1,89	0,38	
Piura	20,34	19,99	14,22	7,06		1,28	1,60	1,22	0,28	
Puno	10,00	8,12	10,21	4,15		1,00	1,48	1,00	0,00	
San Martín	31,27	33,29	29,11	9,62		4,90	7,13	3,61	0,74	
Tacna	25,41	33,06	36,50	12,34		5,50	5,89	10,75	3,78	
Tumbes	48,93	38,39	30,47	9,29		1,93	12,54	1,50	0,37	
Ucayali	73,26	76,92	55,53	22,45		2,60	3,01	3,28	1,39	
PERÚ	**29,93**	**30,05**	**26,48**	**9,52**		**4,59**	**4,66**	**4,00**	**1,38**	

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

(*) Data actualizada al 30 de junio de 2025, sujeta a variación, según procesos de notificación.

A nivel regional, Amazonas ha presentado cifras elevadas en lo que respecta al registro de casos diagnosticados por VIH. Precisamente para el año 2024 la región obtuvo la tasa más alta con 117.46 casos por cada 100,000 habitantes. Aunque respecto a los casos registrados de SIDA la región ha estado por debajo de la tasa nacional con 2.76 por cada 100,000 habitantes.[28]

Respecto a la distribución por sexo, la proporción de hombres es similar a la observada en el año 2024 y 2023, donde la razón hombre/mujer fue de 3,5. Del total de casos notificados, 2 523 son hombres, principalmente jóvenes y adultos (2 326), de los cuales 1 382 casos han manifestado algún antecedente de relaciones sexuales con hombres o con ambos sexos. El 84 % de los nuevos casos VIH notificados tiene nivel de instrucción secundaria a más. La etnia mestiza, con el 91 % predomina en los nuevos casos VIH notificados al primer semestre, seguido de la etnia indígena-amazónica (8,2 %). En los últimos años y con la mejora en los procesos de notificación en todos los niveles de

[28] Ministerio de Salud del Perú. (2025). Boletín Epidemiológico N° 30. Recuperado de https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/boletin/boletin_202526_30_092948_4.pdf

atención, se evidencia un incremento en el número de casos VIH en población indígena amazónica, que en el año 2022 conformó el 4,5 % del total nacional, en el 2023 fue de 5.9 % y en el 2024 el 7,3 %.

Del total de casos notificados de población indígena amazónica durante el primer semestre de 2025, el 65 % corresponde al pueblo étnico Awajun. Con respecto a la población migrante, el 9 % de los casos nuevos durante 2025 corresponde a diferentes nacionalidades, siendo en su mayoría de nacionalidad venezolana con el 5 % (151).

Históricamente, la vía predominante para la transmisión del VIH es la vía sexual, es decir, las mediante relaciones sexuales. Para el periodo enero a junio 2025, 93 % (3 001) de los casos nuevos se transmitieron por esta vía, de ellos, el 52 % por la modalidad heterosexual, 38 % homosexual y 10 % bisexual.[29]

4.2.5. VIH en Bagua y Condorcanqui

Como se puede apreciar en las tablas 7 y 8, la incidencia de casos de VIH en las provincias de Bagua y Condorcanqui en Amazonas han ido incrementándose en el último quinquenio, siendo Imaza en Bagua y Nieva en Condorcanqui los distritos con mayor incidencia, caso contrario en relación al estadio del SIDA que ha sufrido una disminución.

Tabla 7: Tasa de incidencia de casos VIH y sida en Bagua 2020 – 2025*.

Provincia	Distrito	VIH						SIDA					
		2020	2021	2022	2023	2024	2025	2020	2021	2022	2023	2024	2025
BAGUA	BAGUA	16	21	37	28	30	9	0	0	5	1	2	0
BAGUA	ARAMANGO	1	4	7	7	5	5	0	0	1	2	0	0
BAGUA	COPALLIN	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BAGUA	EL PARCO	0	0	4	1	0	0	0	0	1	0	0	0
BAGUA	IMAZA	42	44	125	137	148	87	7	1	14	5	3	1
BAGUA	LA PECA	1	0	3	1	2	0	0	0	1	1	1	0

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

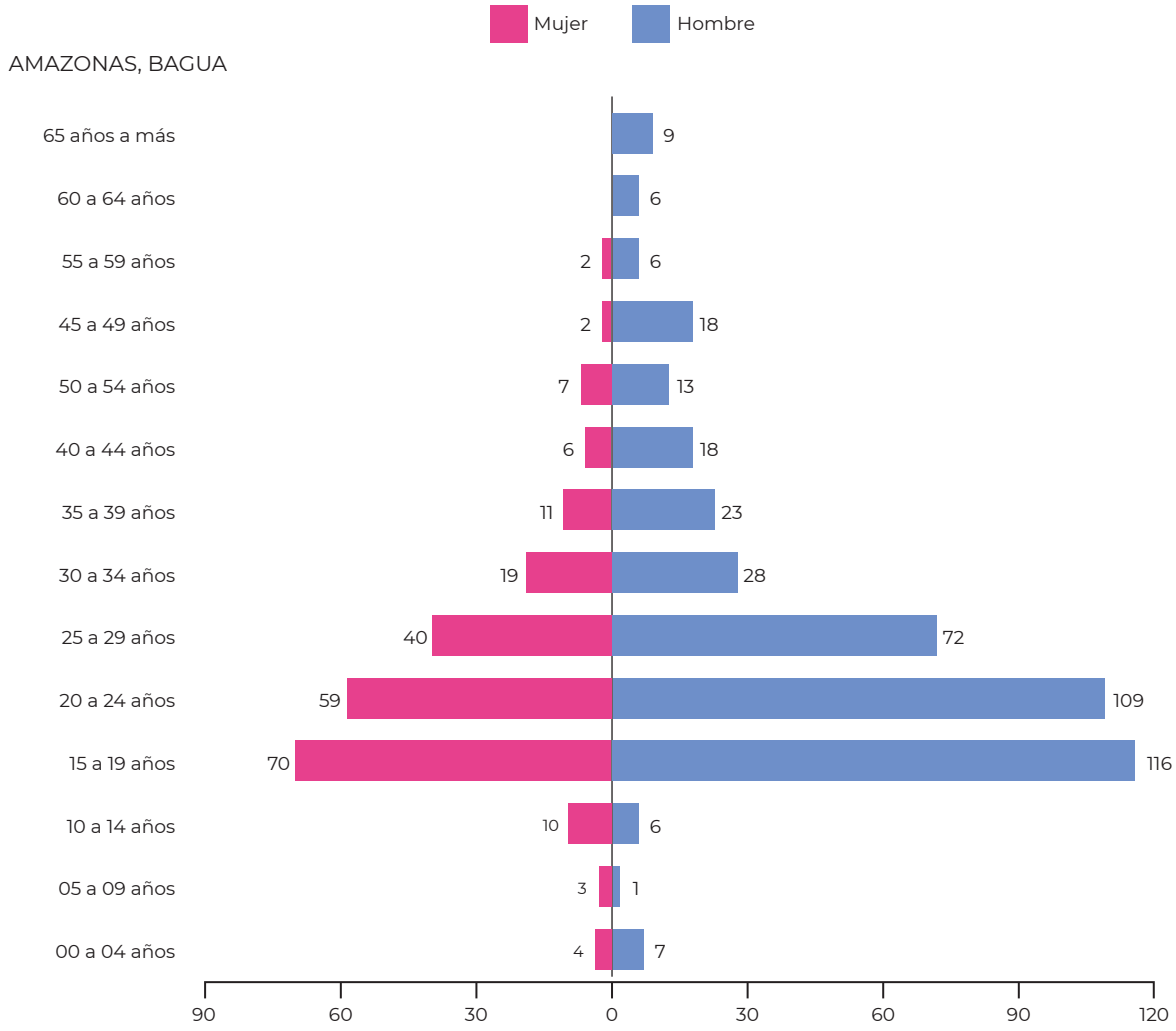
Tabla 8: Tasa de incidencia de casos VIH y sida en Condorcanqui 2020 – 2025*.

Provincia	Distrito	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CONDORCANQUI	Nieva	34	42	111	106	182	59	1	3	3	0	1	2
CONDORCANQUI	El Cenepa	12	21	31	59	58	15	0	2	1	1	0	0
CONDORCANQUI	Rio Santiago	3	14	31	55	47	16	0	0	2	0	1	0

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

[29] Ministerio de Salud del Perú. (2025). Boletín Epidemiológico N° 30, 2025-26. Recuperado de https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/boletin/boletin_202526_30_092948_4.pdf

Figura 2: Casos de infección por VIH notificados en Bagua según edad, sexo y quinquenios, 2020 – 2024.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.

La figura 2 muestra la distribución de los casos notificados de VIH en Bagua por edad y sexo durante el período 2020–2024.

En ese sentido se puede observar que el VIH en Bagua afecta principalmente a jóvenes, especialmente varones de 15 a 29 años, grupo que concentra la mayoría de las nuevas infecciones. Este comportamiento coincide con las tendencias nacionales y regionales, donde la transmisión sexual es el principal mecanismo y los jóvenes son los más expuestos.

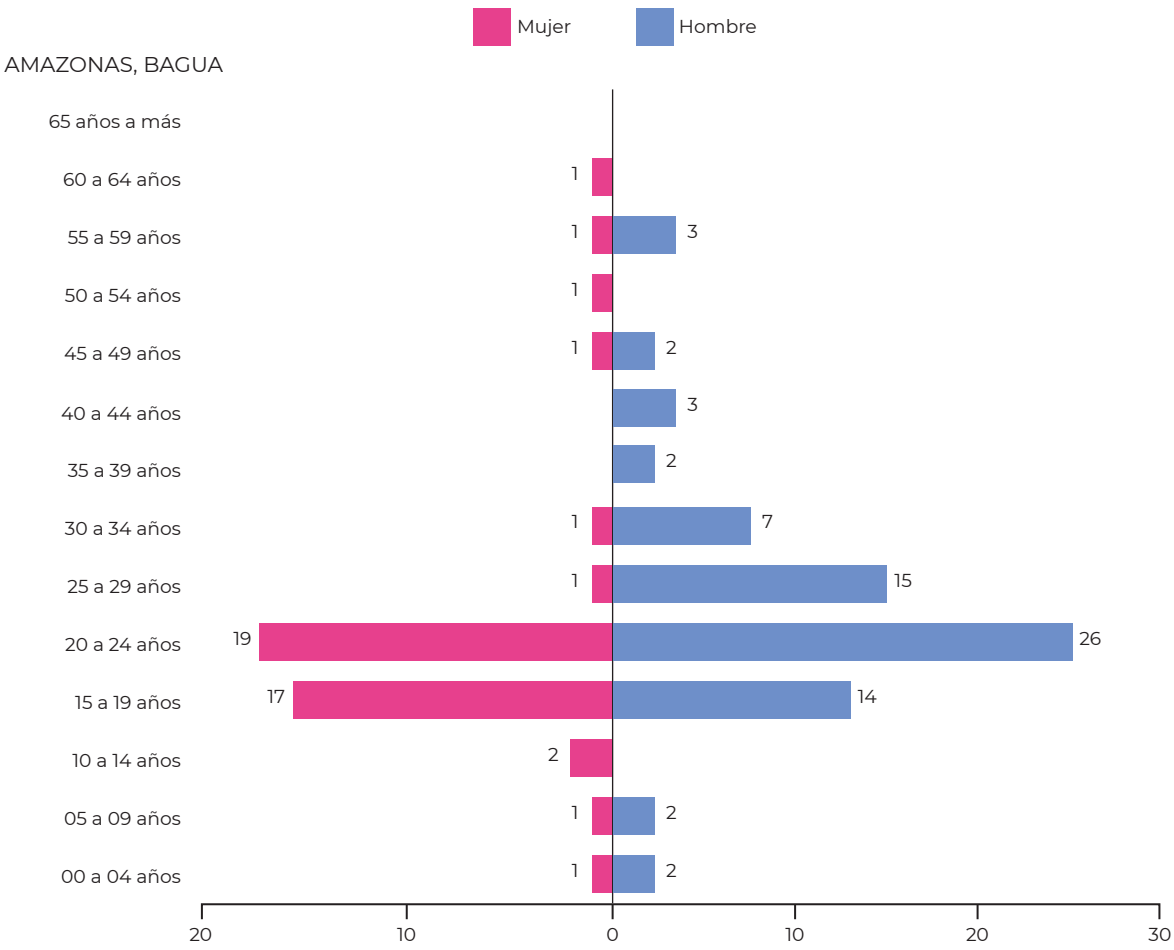
A nivel de sexo existe una mayor proporción de casos en hombres que en mujeres en casi todos los grupos etarios. La diferencia es especialmente notoria en edades entre 20 y 39 años, donde los casos masculinos son mucho más numerosos.

El mayor número de casos se concentra en el caso de hombres de 20 a 24 años (109 casos), seguido del grupo de 15 a 19 años (116 casos) y finalmente el grupo de 25 a 29 años (72 casos).

En el caso de las mujeres, el grupo etario que más prevalencia de VIH presenta es el de 15 a 19 años (70 casos), seguido del grupo de 20 a 24 años (59 casos) y 25 a 29 años (40 casos). Esto muestra que la población joven (15 a 29 años) es la más afectada tanto en hombres como mujeres, lo que evidencia transmisión en edades reproductivas y de mayor actividad sexual.

De 30 años a más, los casos disminuyen progresivamente, aunque persisten hasta los 60 años y más. En los mayores de 50 años, los casos son pocos (menos de 10 en ambos sexos), lo que sugiere menor exposición o detección tardía.

Figura 3: Casos de infección por VIH notificados en Bagua según edad, sexo y año en curso, 2025.

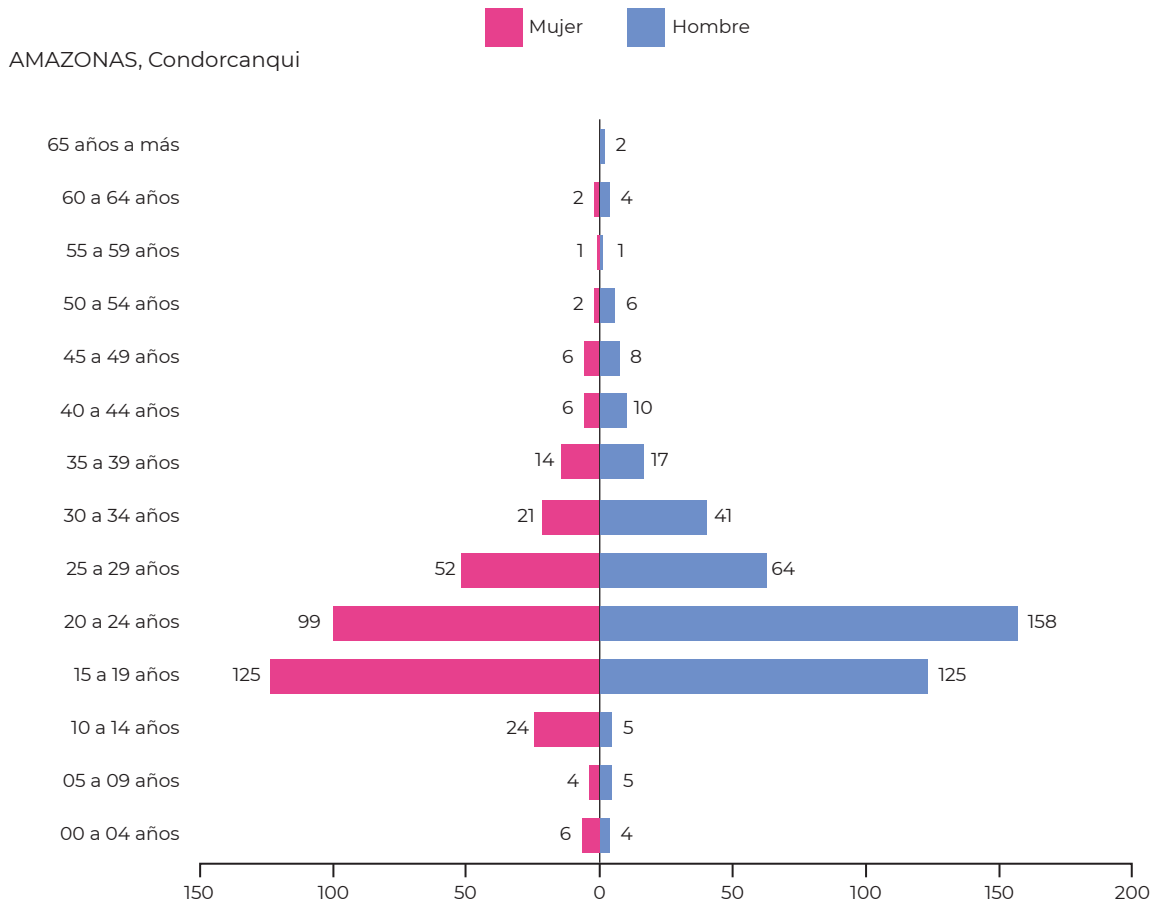


Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA.

Los datos de la figura 3, en relación a los casos de infección por VIH en Bagua, señalan que la población joven y adulta joven (de 15 a 29 años) es el grupo más impactado por las notificaciones de VIH en Amazonas, Bagua, acumulando la mayoría de los casos. Aunque el número de casos en hombres es mayor en el cómputo total, la carga de la enfermedad en las mujeres jóvenes (15-24 años) es también considerable y representa una prioridad para la salud pública.

Como se ha podido observar los varones representan aproximadamente dos tercios del total de casos reportados, mientras que las mujeres, aunque en menor cantidad, tienen una proporción significativa en adolescentes y jóvenes, lo cual puede relacionarse con vulnerabilidad social, desigualdad de género o relaciones sexuales con hombres mayores.

Figura 4: Casos de infección por VIH notificados en Condorcanqui según edad, sexo y quinquenios, 2020 – 2024.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades-MINSA.

La epidemia del VIH en Condorcanqui afecta principalmente a jóvenes entre 15 y 29 años, tanto hombres como mujeres, mostrando una transmisión activa en ambos sexos. El hecho de que exista igual número de casos en adolescentes (15–19 años) indica una alta vulnerabilidad de este grupo.

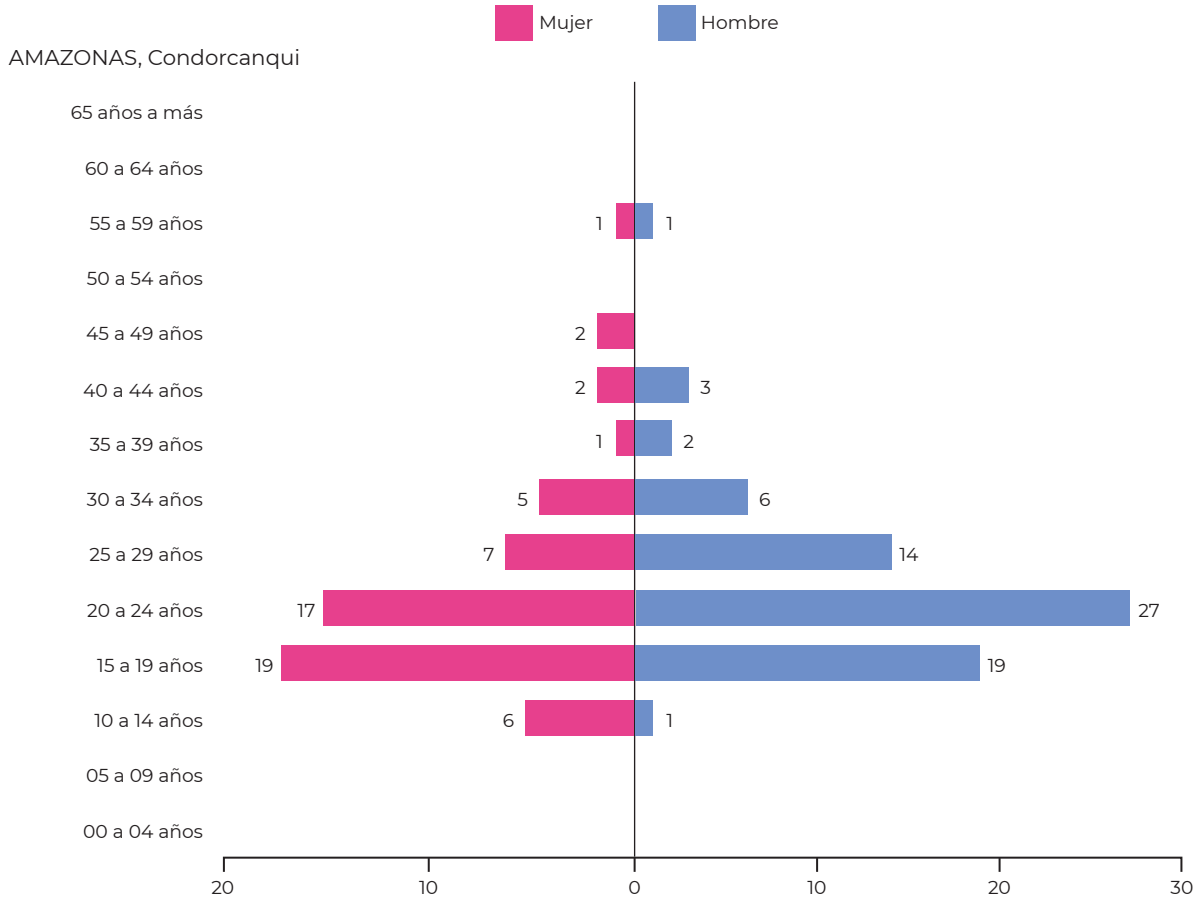
La figura 4 muestra la distribución de los casos de VIH en Condorcanqui reportados entre 2020 y 2024, según sexo (hombre/mujer) y grupo etario en intervalos de 5 años. A diferencia de otros distritos, en Condorcanqui la brecha entre hombres y mujeres es menos amplia. Sin embargo, los hombres siguen teniendo un número ligeramente mayor de casos totales. Es así que, en el grupo de 20 a 24 años, hay 158 hombres frente

a 99 mujeres, en el grupo de 15 a 19 años, hay 125 hombres y 125 mujeres, es decir, igual número de casos, lo cual es un hallazgo importante. Los grupos etarios con mayor número de casos son: 20 a 24 años (158 hombres y 99 mujeres),15 a 19 años (125 hombres y 125 mujeres) y 25 a 29 años (64 hombres y 52 mujeres).

La población joven (15 a 29 años) concentra casi el 85 % de todos los casos notificados, lo que confirma que la transmisión está ocurriendo principalmente en personas sexualmente activas.

A partir de los 30 años, el número de casos desciende de manera progresiva. En mayores de 45 años, los casos son escasos (menos de 10 por grupo quinquenal). Aun así, persisten casos en adultos mayores (hasta 65 años o más), lo que sugiere que la infección no es exclusiva de los jóvenes.

Figura 5: Casos de infección por VIH notificados en Condorcanqui según edad, sexo y año en curso, 2025.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de enfermedades-MINSA.

En relación a la figura 5, se observa en Condorcanqui que la población joven (15 a 29 años) es la más afectada, siendo el grupo de 20 a 24 años el más impactado en hombres, y el de 15 a 19 años el más impactado en mujeres.

La provincia de Condorcanqui presenta un número absoluto de casos en mujeres adolescentes (10-14 años) que no se observó en Bagua, lo que sugiere una diferencia en la dinámica de la infección en ese grupo etario específico.

Es así que entre los años 2020 y lo que va hasta el año 2025, se observa que la provincia de Condorcanqui, presenta un mayor equilibrio entre hombres y mujeres infectados, especialmente en adolescentes, mientras que, en Bagua, los casos masculinos superan ampliamente a los femeninos. Esto puede reflejar diferencias culturales, patrones de comportamiento sexual o acceso desigual a la prevención y diagnóstico.

4.3. Concepto de cosmovisión y su aplicación en las comunidades indígenas, especialmente en la cultura awajún.

4.3.1. Pueblo awajún

El pueblo awajún, también conocido como Aguaruna, representa el segundo pueblo indígena u originario amazónico demográficamente más numeroso del Perú, después de los Ashaninka (Ministerio de Cultura, 2015). Los awajún se caracterizan por su compromiso con la defensa de su territorio ancestral. De la misma forma, estos también son cultivadores de yuca dulce, cazadores y pescadores que viven en comunidades relativamente dispersas (Brown, 1984). Las localidades del pueblo awajún se encuentran ubicadas en los departamentos de Loreto, Amazonas, San Martín, Cajamarca y Ucayali (Brown, 1984; Ministerio de Cultura, 2015), principalmente en los siguientes ríos y sus tributarios: Alto Marañón, Nieva, Bajo Santiago, Cenepa, Potro, Apaga, Yurapaga y Mayo.

Anteriormente, los awajún preferían ubicarse en pequeñas quebradas dado el peligro de ser atacados por los Wampis; sin embargo, desde el cese de hostilidades algunas comunidades han comenzado a asentarse a lo largo de grandes ríos (Brown, 1984).

La topografía del territorio awajún, así como del territorio Wampis, es básicamente bosque tropical húmedo con colina alta y unas escasas tierras aluviales onduladas. Los terrenos de altura marcan las vertientes entre los ríos y quebradas y son de poca fertilidad. No obstante, las zonas inundables dejan una capa de limo en la época de vaciante que es muy favorable para el cultivo (Regan, 2007).

De acuerdo a la información contenida en la Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios (BDPI), el pueblo indígena u originario awajún cuenta con un total de 488 localidades pertenecientes a pueblos indígenas u originarios, de las cuales 245 cuentan con reconocimiento como comunidad nativa. De acuerdo a los Censos Nacionales 2017, la población de dichas localidades asciende a 70,468 personas aproximadamente. Asimismo, a nivel nacional, 37,693 personas se sienten o consideran parte del pueblo awajún.

4.3.2. Cosmovisión, conocimientos y prácticas tradicionales

La presencia de espíritus tiene un rol fundamental en el mundo awajún. A diferencia de otras culturas, el contacto con estos no necesitaba ser mediada por algún especialista religioso. No obstante, existen los *iwishín*, quienes tienen poderes relacionados a la brujería y la curación, así como la predicción del futuro. Una persona podía ser *iwishín* haciendo un esfuerzo extra por entrar al mundo de los brujos. Estos pueden ser diferenciados en dos tipos: aquellos reconocidos públicamente como *uwishin*, quienes causaban y curaban enfermedades; y, aquellos brujos shamanes ocultos, quienes únicamente podían realizar embrujos secretos (Brown, 1984).

Los *iwishín* utilizaban dardos invisibles que eran llevados en su garganta, pecho, brazos o manos, para de esta forma lanzarlos desde su boca y así herir secretamente a sus víctimas. El poder de los curanderos y brujos shamanes estaba simbólicamente asociado a un espíritu llamado *Tsúgki*, el primer brujo shamán mitológico guía que vivía en los profundos remolinos del río y podía tomar la forma de una boa (Brown, 1984).

Uno de los principales brebajes alucinógenos se hace en base a tres plantas solanácea que guardan una relación muy estrecha dentro la botánica occidental y la etnotaxonomía awajún: *baikuá*, *bikut* y *tsuák*. Estas tres plantas son miembros del género *Datura* y son morfológicamente similares, pues su crecimiento es muy similar entre sí: crecen en arbustos o árboles, sus hojas son ovaladas simples y tienen flores alargadas y prominentes que crecen a lo largo del año. Estas plantas son cultivadas en las chacras de yuca, parcelas ocultas dentro del bosque o, algunas veces, al costado de las viviendas, de modo que pueden ser usadas rápidamente cuando les necesite. Las capas externas del tallo de estas tres plantas producen un líquido de color verde oscuro y de un olor muy fuerte. Este jugo lleva el nombre de *tsupaú* (amargo) o *seéng*, término usado para referirse a un olor nauseabundo asociado con el olor de pescado o sangre fresca. Una cantidad adecuada de este jugo produce intoxicación y una de las alucinaciones más fuertes y potencialmente peligrosas por sus impredecibles efectos. Sin embargo, este brebaje es indispensable para la adquisición de visiones sobre la muerte o sobre la curación de alguna enfermedad (Brown, 1978).

Para este pueblo indígena, la experiencia de "enfermedad" implica conocer la afectación del cuerpo, entendido como una malla relacional producida en relación con otros sujetos, substancias, espíritus y fuerzas vitales que se manejan durante los ciclos de vida por las familias. Ser una persona "sana" para los awajún implica tener el cuerpo fuerte, poder realizar actividades diarias, participar en la chacra o cultivo, ir a estudiar, viajar, estar en las actividades de ocio y, sobre todo, compartir la comida con los parientes. Por el contrario, estar enfermo es un estado de negación de esta vida cotidiana o en palabras de una madre awajún, el estado donde la persona "empieza a no vivir" (Flores, 2020).

Brown (1984), encontró que los awajún del Alto Mayo tienen tres actitudes frente a las enfermedades: i) diagnóstico, o clasificación de la enfermedad de acuerdo con las categorías aguarunas de enfermedades; ii) Determinación de la causa de la enfermedad, y iii) la implementación y evaluación de las técnicas del tratamiento. Estas actitudes son importantes para entender la forma en cómo se relacionan con la medicina occidental. Pues, hoy en día, los awajún mantienen su conocimiento sobre plantas medicinales propias, así como los regímenes alimenticios propicios para acompañar su uso; recurren al curandero para identificar la causa o causante de su mal; y, en última instancia, buscan el auxilio de la medicina occidental. Por ejemplo, en un diagnóstico realizado sobre percepciones culturales y prácticas comunicacionales en relación con el VIH/SIDA de la red de salud de Condorcanqui, Amazonas, los informantes declararon que usan vegetales como sangre de grado, uña de gato, y limón, plantas que tienen sabor amargo, así como el toé, el chuchuhuasi, la ayahuasca y el tabaco, así como de lavados internos con jeringas llenas de una mezcla de agua y matico (CARE Perú, 2009).

Si bien no siempre hay un acceso directo a profesionales de salud, dentro de cada comunidad se sabe que determinados miembros tienen una reconocida experiencia. Generalmente, son personas adultas y, especialmente, mujeres quienes son buscadas para pedirles consejos y asistencia médica. Las mujeres se encuentran a cargo de las yerbas medicinales y las ancianas generalmente tienen la reputación de haber acumulado más variedades de tales plantas, así como, un mayor conocimiento sobre su uso y preparación (CARE Perú, 2009).

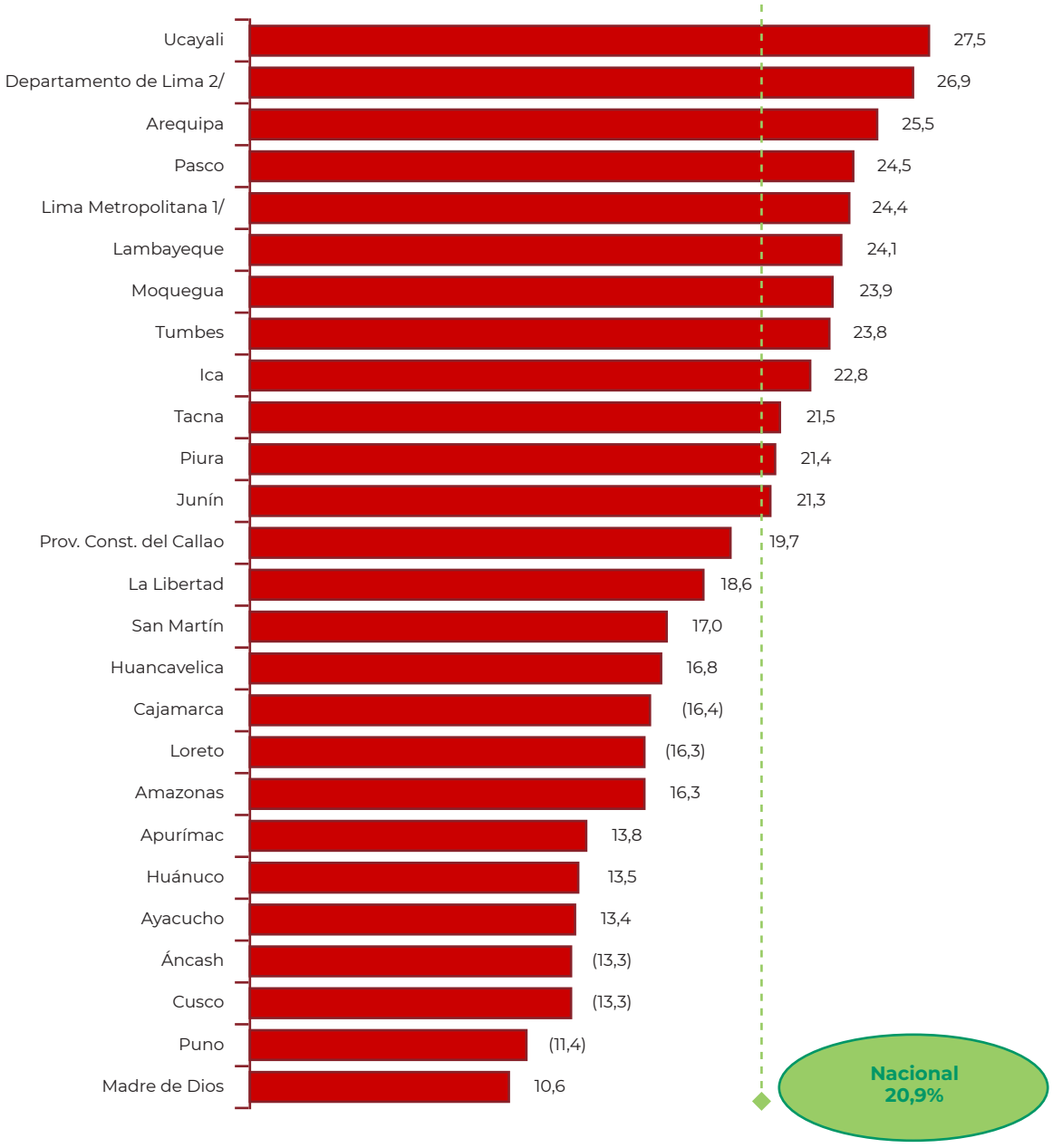
Sin embargo, desde la segunda mitad del siglo XX, se ha ido incrementando el acceso a servicios de salud y productos farmacéuticos industriales. Los técnicos sanitarios de la región o de la comunidad es aceptado como una especie de especialista médico al que se acude para recibir un tratamiento moderno (Brown, 1984). Esta situación ha ido relegando el sistema médico y farmacológico awajún, produciendo consecuencias en las relaciones entre los géneros. Pues, al ser las mujeres quienes ostentan el conocimiento sobre el uso de plantas medicinales, así como de los cuidados del parto, puerperio y lactancia, su relevancia dentro de la comunidad ha disminuido considerablemente. En adición a esto, los hombres han comenzado a ocupar puestos de técnicos sanitarios y promotores de salud, constituyéndose como proveedores de medicamentos (Seitz Lozada 2005, citado en CARE Perú, 2009).

4.3.3. Conocimientos y acciones frente al VIH

De acuerdo al Instituto de Estadística e Informática - INEI (2022), el 20,9% de peruanos/as de 15 a 29 años de edad conoce las formas de prevenir el VIH y rechazan ideas erróneas de su transmisión. A nivel regional, Ucayali cuenta con el porcentaje más alto de jóvenes informados sobre el tema con un 27,5%, el menor porcentaje es de Madre de Dios con

un 10,6%, mientras que Amazonas cuenta con un 16,3%, estando por debajo de la media nacional, véase la figura 6.

Figura 6: Personas de 15 a 29 años de edad que conocen las formas de prevenir y rechazan ideas erróneas de transmisión del VIH, según departamento, 2022 (porcentaje).

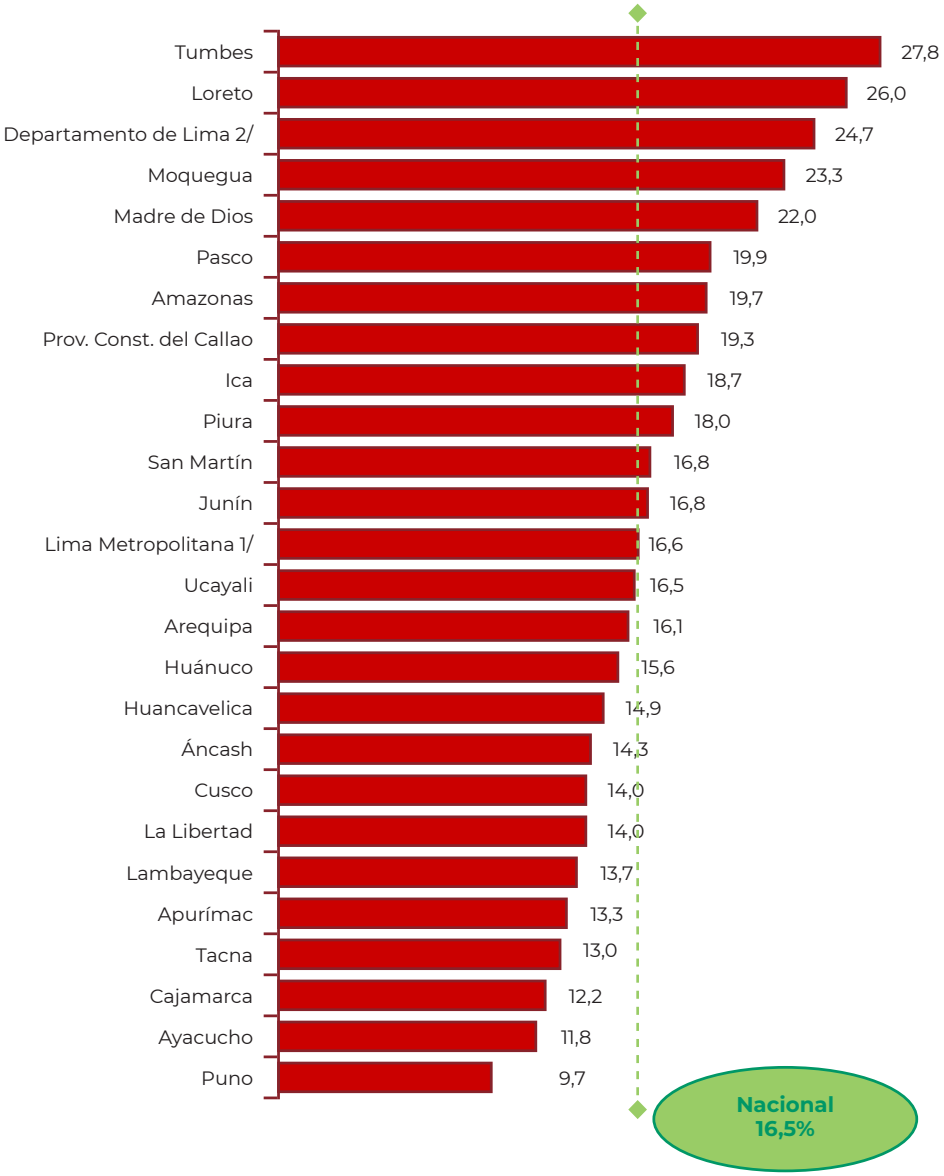


Fuente: INEI (2022).

A nivel de autoidentificación étnica, un 25,1% peruanos de 15 a 29 años que se autoidentifican como mestizos están informados sobre el VIH (siendo el porcentaje más alto), mientras que el 17,5% de los jóvenes indígenas u originarios lo están. Asimismo, en base a la lengua materna, el 22% de los jóvenes que hablan castellano están informados; en contraste con ello, solo el 11,3% de jóvenes que hablan una lengua nativa lo están.

Asimismo, el 16,5% de peruanos/as de 15 a 49 años de edad se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses. A nivel regional, Tumbes cuenta con el mayor porcentaje de 27,8%, Puno con el menor (9,7%) y Amazonas con un porcentaje de 19,7%, por encima de la media nacional, véase la figura 7.

Figura 7: Personas de 15 a 49 años de edad que se realizaron la prueba de VIH en los últimos 12 meses según región, 2022 (porcentaje).



Fuente: INEI (2022).

Respecto al uso del condón, el 14,4% de las mujeres peruanas de 15 a 49 años usaron dicho preservativo en la última relación sexual en los últimos 3 meses. A nivel regional, Arequipa cuenta con el mayor porcentaje de mujeres de dicho rango etario con un 20,5% , Ucayali con el menor porcentaje (4,7%) y Amazonas con un 8,6%, cifra por debajo de la media nacional.

A nivel de autoidentificación étnica, el 16,4% de las mujeres mestizas de dicho grupo etario usaron condón mientras que el 14,1% de las mujeres nativas y el 9,7% afroperuanas indicaron haberlo usado también. Asimismo, considerando la lengua materna, 15% de mujeres hablantes castellano de dicho grupo etario usaron condón, mientras que el 10,7% de mujeres hablantes de una lengua nativa indicaron haberlo hecho también.

Sobre la base de la data revisada en relación a los conocimientos y acciones de los ciudadanos frente al VIH podemos concluir que a nivel nacional los jóvenes (15 a 29 años) que se autoidentifican como indígenas, se encuentran menos informados que la población mestiza. A su vez, hay una mayor cantidad de mujeres hispano hablantes que usaron condón en la última relación sexual, a diferencia de las mujeres que tienen una lengua indígena como lengua materna.

A nivel regional, recalcamos que Amazonas cuenta con bajos porcentajes de jóvenes informados sobre prevención de dicha enfermedad y de mujeres que usaron condón en su última relación sexual. Es decir, la región se caracteriza por contener dos factores de riesgo: desinformación en la población joven y un bajo uso del preservativo durante las relaciones sexuales.

4.3.4. El pueblo awajún y la salud

La existencia de los sistemas propios de salud de los pueblos indígenas es reconocida en la legislación y convenios internacionales. Por ejemplo, la Declaración de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas establece que: *"Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud"*[30]

Los pueblos indígenas de la Amazonía, como los awajún, shipibo-konibo, asháninka, yanesha, y otros pueblos, ofrecen una valiosa perspectiva global en varios aspectos cruciales. Su profundo conocimiento de la biodiversidad amazónica y las prácticas de gestión sostenible proporcionan lecciones críticas de una convivencia armónica y sostenible con el medio ambiente donde sus prácticas ancestrales reflejo de su cosmovisión han perdurado con el paso de los años por medio de los sabios y líderes. Sus sistemas de medicina tradicional y su respeto por la naturaleza ofrecen inspiración para la atención médica alternativa y la conservación ambiental. La diversidad cultural y los sólidos sistemas comunitarios subrayan la importancia de la tolerancia y la

[30] United Nations. (2007). Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas [Documento PDF]. Recuperado de https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf

cooperación en un mundo globalizado, mientras que la resistencia cultural demuestra la vitalidad de preservar y valorar la diversidad cultural en un contexto de cambio constante. En conjunto, estas culturas representan un tesoro de sabiduría ancestral que puede enriquecer la búsqueda de soluciones globales sostenibles, la valoración de la diversidad y el respeto por la naturaleza.[31]

Los awajún, como parte de este legado cultural de la Amazonía, poseen un profundo conocimiento ancestral sobre la selva amazónica y su biodiversidad. Este conocimiento es esencial para la conservación de los recursos naturales y la búsqueda de soluciones sostenibles en un mundo preocupado por el cambio climático y la pérdida de la biodiversidad.

En ese contexto los conocimientos en materia de salud, medicina tradicional y práctica curativas ancestrales, se convierten en una herramienta importante que involucra la transmisión de conocimientos y es allí donde los líderes comunitarios juegan un rol fundamental como mediadores de estos saberes ancestrales y sirven para preservar la cultura y los valores awajún. Esta forma de entender la salud tiene relevancia en un mundo donde se valora cada vez más la diversidad cultural y la salud intercultural.[32]

Por todo lo expuesto hasta este punto, Flores (2020) explica cómo el entendimiento del cuerpo y la creencia en brujos shamanes ayudan a entender el crecimiento de casos de VIH/SIDA en la población awajún. La autora encuentra que en aquellos casos en los que no existen síntomas visibles de la enfermedad, es decir, pacientes asintomáticos, se produce una dificultad para el entendimiento y comprensión de la gravedad de la enfermedad. De igual forma, frente a la ineficacia de algunos medicamentos o la producción de efectos secundarios, así como del avance rápido de la enfermedad, las comunidades awajún, asocian la enfermedad con brujería hecha por brujos ocultos. De manera que, buscan la cura en los *iwishín* y el uso de plantas medicinales, dejando de lado, así, a la medicina occidental y con ella el control de la epidemia.

4.4. Estudios previos o antecedentes relacionados con salud sexual, VIH y cosmovisión indígena

En su mayoría, los estudios biomédicos sobre el VIH en pueblos indígenas suelen coincidir en la identificación de factores (externos e internos) de vulnerabilidad a partir de la comparación de las prácticas y conocimientos indígenas en contraste con los discursos biomédicos del VIH y del sida. A los factores externos asociados a la inequidad social, violencia de género, falta de acceso a la información, servicios de salud precarios,

---

[31] Organización de las Naciones Unidas. (2023). Pueblos indígenas. Naciones Unidas. https://www.un.org/es/observances/indigenous-day

[32] Fernández Alvarado, J. C., Bocanegra Vilcamango, B., Carrasco Huamán, D. I., Cervera Gómez, R. L., & Rojas Torres, C. B. (2024). La educación y cosmovisión awajún. Universidad, Ciencia y Tecnología, 27(121), 28-37. https://doi.org/10.47460/uct.v27i121.752

migración y diversas formas de violencia estructural, se suman factores internos como el inicio sexual precoz, el uso de plantas medicinales, el limitado uso de preservativo, entre otros. Estos últimos comportamientos se creen inherentes a los pueblos indígenas y justifican su limitada atención en el sistema biomédico[33]. La mayoría de los estudios realizados con pueblos indígena peruanos sobre el VIH/sida ha seguido este interés epidemiológico.

Así, considerando que el presente estudio se ha enfocado en el pueblo indígena awajún, se dio prioridad a la revisión y sistematización de investigaciones académicas nacionales. En ese sentido, se han logrado identificar en total 13 textos, de los cuales 12 se han enfocado principalmente en las prácticas culturales en salud que se relacionan con la trasmisión del VIH, y solo 01 está enfocado exclusivamente en las plantas medicinales empleadas por los pueblos indígenas para enfrentar los síntomas del VIH u otras ITS.

Sobre la base de estos podemos concluir que la literatura existente apunta a reconocer que las comunidades awajún enfrentan e interpretan el VIH a través de marcos interpretativos flexibles que se actualizan y negocian de acuerdo a su contexto político, social y económico local. En ese sentido, es un error pensar que la cosmovisión indígena solo contempla interpretaciones herméticas de curación, ya sea con plantas medicinales y/o procesos espirituales o chamánicos. Por el contrario, las comunidades poseen formas de curar que involucran tanto acudir al diagnóstico biomédico, así como también a los conocimientos de sabios y a los cuidados de la familia, sobre todo de las madres.

Asimismo, las investigaciones consultadas coinciden en que, si bien existen prácticas de riesgo arraigadas en las comunidades, estas no pueden contempladas de forma determinista o prejuiciosa para cada una de las comunidades awajún. No obstante, dicho determinismo cultural sobre las prácticas de riesgo se encuentra presente en los marcos interpretativos del personal de salud pública. Frente a ello, los autores proponen que las estrategias de VIH/SIDA en las comunidades amazónicas integren una mayor participación de las organizaciones y los líderes de comunidades, se fomente la integración del conocimiento médico occidental con la medicina ancestral indígena y se fortalezcan las capacidades interculturales del personal de salud.

A continuación, se presenta el cuadro 1, que contiene extractos de investigaciones relacionados al VIH en materia de pueblos indígenas u originarios importantes para el presente diagnóstico[34].

---

[33] Secretaría Internacional de Pueblos Indígenas frente al VIH, la Sexualidad y los Derechos Humanos (Sipia) y ONUSIDA (2016). Estado del Arte sobre VIH y Pueblos Indígenas en América Latina. Informe.

[34] Para acceder a las investigaciones referenciadas, el lector puede hacer clic en cada uno de sus títulos, ya que cada uno de ellos contiene su respectivo link de publicación.

Cuadro 1: Investigaciones relacionadas al VIH en materia de pueblos indígenas u originarios.

N°	Título	Autor	Año	Tipo de documento	Objetivo principal	Conclusiones
1	Plantas medicinales de uso significativo en comunidades awajún de la Amazonía peruana[35]	Nina Vizcarra; Edwin Boza; Odette González	2022	Paper académico	Identificar las plantas medicinales más utilizadas en comunidades awajún para diferentes dolencias y revisar en la literatura científica si las actividades farmacológicas de sus principios activos explican su uso empírico. Se realizó un estratificado de 50 comunidades: 38 de Amazonas, 6 de Loreto, 4 de San Martín y 2 de Cajamarca. Además, se hizo una elección no probabilística intencional de 100 informantes awajún.	Se realizó un estratificado de 50 comunidades (38 de Amazonas,6 de Loreto, 4 de San Martí y 2 de Cajamarca) y elección no probabilística intencional de 100 informantes awajún. Las comunidades están ubicadas en los departamentos de Amazonas, Loreto, San Martíny Cajamarca. Se identificaron 30 plantas medicinales (20 plantas nativas y 10 introducidas) para 10 dolencias. Las plantas con índice de uso significativo para evaluación fueron: jengibre (Zingiber officinale), uña de gato (Uncaria tomentosa), matico (Piper aduncum), sacha ajo (Mansoa alliacea), limón (Citrus ×limon), ojé (Ficus insípida), malva (Malachra alceifolia), toé (Brugmansia suaveolens), piri piri (Cyperus articulatus) y sangre de grado o sangre de drago (Croton lechleri). Se encontró evidencia en la literatura científica que respalda la relación entre uso y actividad farmacológica de las plantas más utilizadas por las comunidades awajún.
2	(Con)viviendo con la epidemia: memorias, nociones y equívocos en torno al VIH/sida en el pueblo awajún[36]	María X. Flores	2022	Paper académico	Realizar un análisis comparativo entre las experienciascotidianasdelosawajúnentorno al VIH y los conocimientos biomédicos y nociones occidentales del personal de salud.	Este artículo está dividido en dos secciones. En la primera sección presenta la historia de Marcelo, un joven awajún que permite reflexionar sobre las experiencias de enfermedad y de daño asociadas al VIH/sida; y en la segunda sección, presentan las percepciones del personal de salud sobre el VIH/sida en el territorio awajún y reflexionaré sobre los equívocos no controlados que se generan en la relación de personal de salud y pacientes awajún seropositivos. Se concluye que las nociones indígenas sobre el VIH y el SIDA entrelazan conocimiento biomédico y nociones de salud, de cuerpo y de fuerza awajún que se actualiza continuamente.

[35] Vizcarra-Herles, N. E., Boza-Condorena, E. G., & González-Aportela, O. (2022). Plantas medicinales de uso significativo en comunidades awajún de la Amazonía peruana. Revista Jardín Botánico, Universidad de La Habana, 43, 89-101.

[36] Flores Rojas, M. X. (2022). (Con)viviendo con la epidemia: memorias, nociones y equívocos en torno al VIH/sida en el pueblo awajún. En Más allá de lo terapéutico: aproximaciones etnográficas al estudio de la salud indígena en las tierras bajas de América del Sur (pp. 163-194). Pontificia Universidad Católica del Perú.

						Los awajún no solo interpretan el conocimiento biomédico: nos presenta propias concepciones de enfermedad (jata) y daño (waweamu). Respecto a la atención del VIH en Amazonas, los líderes y técnicos de salud awajún consideran necesario incorporar los conocimientos indígenas en la atención en salud e "involucrar a las organizaciones indígenas en el diseño de programas de salud para complementar la propuesta del Estado.
3	"El toé te cura bonito": modos femeninos de dar salud en el pueblo awajún (Amazonía Peruana)[37]	María X. Flores	2021	Paper académico	Analizar el uso de fitoterapia dentro de las familias awajún de las regiones de San Martín y Amazonas. En especial, abordo las relaciones que despliegan las mujeres awajún con sus plantas de poder como el toé); una planta que es sembrada, cuidada, llamada y preparada por algunas madres awajun con el objetivo de dar vida y salud a sus hijos e hijas enfermas	Cuando una persona awajún cae enferma, la principal cuidadora es la madre. Ellas establecen un sistema de cuidado diario donde hacen seguimiento a los signos de debilidad, excreciones, sustancias, dolores, pensamientos, sueños y necesidades del pariente enfermo. La administración de la planta del toé en estos periodos es un intento más, junto a muchos otros, de lograr un diagnóstico y una cura. El consumo del toe introduce al paciente en una visión alterna donde el "cuerpo awajún" se hace visible en todas sus dimensiones. Ello puede ser interpretado por los doctores del toe. Al mismo tiempo, con el cultivo, llamado y toma cuidadosa del toé, las mujeres dueñas de las plantas parecen promover en sus parientes enfermos un cambio de visión controlada. Donde luego de haber sido diagnosticados y tratados por los doctores de la planta, las madres y demás miembros de la red, toman nuevamente al miembro enfermo y cierran esa visión ampliada.
4	VIH/sida awajún»: nociones y experiencias de enfermedad y daño en un contexto de epidemia en la Amazonía peruana[38]	María X. Flores	2020	Paper académico	Presentar las nociones awajún sobre el VIH/ sida desde una aproximación etnográfica.	Para las personas awajún con las que trabajé, las sospechas de tener la «enfermedad de sida» (enfermedad sexual que se diagnostica en el puesto de salud y que requiere la toma de antirretrovirales) o el «daño con síntoma de sida» (brujería asociada a los dardos de daño tséntsak que manda deliberadamente el tunchi) se superponen constantemente. La separación clara entre ambas experiencias no era lo central, sino la búsqueda de cura.

[37] Flores Rojas, M. X. (2021). "El toé te cura bonito": modos femeninos de dar salud en el pueblo awajún (Amazonía Peruana). Cadernos de Campo (São Paulo, 1991), 30(2), e193520. https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v30i2pe193520

[38] Flores Rojas, M. X. (2020). «VIH/sida awajún: nociones y experiencias de enfermedad y daño en un contexto de epidemia en la Amazonía Peruana». Anthropologica, 38(44), 235-266. https://doi.org/10.18800/anthropologica.202001.010

5	Política pública transcultural y factores no adherentes al TARGA del VIH-sida etnia Perú-Amazónica Kusu Pagata[39]	Patricia Chávarri; Raúl Febre; María del Carmen Ynga; Juan Carlos Calljera; Xiomara Cabrera	2020	Paper académico	Proponer una política pública transcultural para prevenir factores asociados a la no adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad del VIH- Sida de la etnia Amazónica Kusu Pagata. Para abordar ello, se aplicó un cuestionario para investigar los factores s asociados a la no adherencia a terapia antirretroviral (TARGA) en 18 comuneros diagnosticados con VIH de la comunidad de Kusu Pagata.	Se aplicó un cuestionario para investigar los factores asociados a la no adherencia a terapia antirretroviral (TARGA) en 18 comuneros diagnosticados con VIH de la comunidad de Kusu Pagata. La edad promedio del paciente no adherente al tratamiento fue 21 años, significativamente mayor que la de los adherentes (18,2) años. El 80 % de los que acudieron al curandero fueron no adherentes al tratamiento, el 50 % fueron adherentes y acudieron al establecimiento sanitario. El 64 % consumió tratamientos con productos elaborados con plantas, los que se consideraron no adherentes al tratamiento farmacológico, el 71 % tomó otros tratamientos alternos. Así e entre el tratamiento y el uso de plantas medicinales se encontró que aquellos pacientes que consumían plantas no tenían adherencia, pues para ellos denota la conexión entre el mundo terrenal y sus divinidades espirituales que los envuelve en una densa nube de magia y rituales, haciéndolos creer que se curarán de la enfermedad que se ha llevado varios pobladores de la comunidad.
6	Diálogos médicos: la negociación de los modelos explicativos y narrativas sobre el VIH/SIDA entre la población awajún de comunidades intervenidas en el marco de la estrategia contra el VIH/SIDA[40]	Giannina Chávez	2019	Tesis de licenciatura	Analizar y conocer la negociación de modelos explicativos y narrativas sobre VIH/ SIDA que circulan entre la población awajún de comunidades que han sido intervenidas por el Fondo Global en el marco de la estrategia contra el VIH.	Los modelos explicativos del VIH en los pueblos indígenas amazónicos circulan y se negocian dentro de un escenario de incertidumbre, de múltiples actores y argumentos flexibles y muchas veces incoherentes entre sí. Esas narrativas y modelos se expresaban como elementos dinámicos al no existir un modelo estático o fijo. Las teorías de ingreso de la enfermedad a la zona hablaban de diversos medios, así como de diversos agentes responsables, compartiendo el objetivo de eliminar o exterminar a la población awajún.) De tal forma, la población awajún se identifica colectivamente posicionando al Estado y a la sociedad mayor en una condición de alteridad u oposición; en particular, cuando se trata de una situación crítica como la expansión del VIH que está matando a la población de la misma forma que lo habrían hecho la policía y el Estado en el contexto del Baguazo.

[39] Chávarry-Ysla, P. del R., Febres-Suazo, R. R., Ynga-Chicoma, M. C., Calleja-Torres, J. C., & Cabrera-Cabrera, X. (2021). Política pública transcultural y factores no adherentes al TARGA del VIH-sida etnia Perú-Amazónica Kusu Pagata. Revista Cubana de Enfermería, 36(4), e 3479.

[40] Chávez Ackermann, G. (2019). Diálogos médicos: la negociación de los modelos explicativos y narrativos sobre el VIH/SIDA entre la población awajún de comunidades intervenidas en el marco de la estrategia contra el VIH/SIDA [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio PUCP.

7	Entre Játa y Waweamu: VIH/ SIDA en las comunidades awajún de la Amazonía peruana[41]	María X. Flores	2019	Paper académico	Realizar un estudio a profundidad sobre el caso de dos jóvenes awajún 0 positivos del distrito de Cenepa, provincia de Condorcanqui y de las formas de crianza y cuidado de sus respectivas madres (para devolver la salud a sus hijos).	Se realizó un estudio a profundidad sobre el caso de dos jóvenes awajún 0 positivos del distrito de Cenepa, provincia de Condorcanqui y de las formas de crianza y cuidado de sus respectivas madres (para devolver la salud a sus hijos). En la investigación se tienen los siguientes hallazgos. a) Si bien los awajún reconocen que este padecimiento proviene de contextos apách y que los tratamientos antirretrovirales entregados por los establecimientos de salud del estado peruano son adecuados y necesarios; ellos también consideran que en sus comunidades los casos de VIH y SIDA han adquirido formas diferentes que requieren de cuidados cotidianos y de la búsqueda de diversos tratamientos que no corresponden al pensamiento apách. En consecuencia, la idea biomédica de una epidemia causada únicamente por replicación viral no es suficiente para explicar la experiencia del VIH/SIDA para una persona awajún. b) Entre los tratamientos tradicionales tenemos a plantas como la catahua y el sacha jergón (Dracontium loretensekrause). Asimismo, el uso del toe o la ayahuasca es una técnica de averiguación o diagnóstico. c)"Las madres proveen cuidados y terapias a sus hijos por medio de la alimentación y el uso de plantas. Les aplican ungüentos, enemas y cremas; regulan las entradas y salidos de sus fluidos; y controlan posibles relaciones de peligro para preservar la vida de sus hijos". Su protagonismo como cuidadora es posibilitado por la confluencia de acciones de otros miembros de su red de parentesco y por la dinámica de los que conviven en su casa. d) Las madres actúan, tejen relaciones, crean memorias y transmiten conocimientos surgidos de sus experiencias diarias con el VIH/SIDA. Los tratamientos y cuidados son narrados y compartidos en familia; en la repetición de estas memorias se instruye a los oyentes a interpretar sus propias experiencias de enfermedad en la vida cotidiana. e) El objetivo de la madre y de la familia entorno de ella es la cura, y esta se presenta un campo de posibilidades muy amplio, que involucra a especialistas

[41] Flores Rojas, M. X. (2019). Entre Játa y Waweamu: VIH/SIDA en las comunidades awajún de la Amazonía Peruana. Mana: Estudios de Antropología Social, 25(3), 777-808.

						biomédicos e indígenas y agentes de curación humanos y no humanos, especialmente, las plantas. Las redes familiares generan estrategias heterogéneas para cada caso en el que intentan responder al estado particular del enfermo.
8	Representaciones sociales sobre sexualidad y VIH en poblaciones awajún, provincia de Condorcanqui-Amazonas[42]	Armando Medina	2019	Paper académico	Determinar las representaciones sociales sobre sexualidad y VIH que se presentan en las poblaciones awajún provincia de Condorcanqui – Amazonas.	En el estudio se ha identificado un concurso de discursos que intentan dar con el origen de la llegada del VIH a las comunidades. Se puede precisar que existe una ruta de contagio que proviene de la ciudad a las comunidades, así se puede mencionar que las jóvenes contagiadas con el VIH provenían de las ciudades de Chiclayo, Jaén, Bagua Chica, Bagua Grande y Lima. Asimismo, existen opiniones acerca de la presencia de los homosexuales como transmisores del VIH, se les vincula a estas enfermedades de transmisión sexual por su estadía en las ciudades y es allí donde se contagian y luego vuelven a la comunidad, Además según los informantes es en la ciudad donde se ofrecen dinero u obsequios a los jóvenes a cambio de los favores sexuales y es allí que se produce el contagio, Además se encuentran discursos que identifican o asocian a las mujeres que salen de la comunidad y logran trabajar en bares ofreciendo favores sexuales a cambio de dinero; es decir, trabajo sexual clandestino y/o trata de personas. También La brujería es un síndrome cultural que los pobladores awajún consideran el causante de los males, es por ello que cualquier enfermedad provocada en el humano, en primer lugar, se asocia a los dardos mágicos que pueden ser provocados por algún hechicero que provoca la enfermedad en forma de VIH/SIDA.
9	Barreras para la calidad de información en establecimientos de salud de la Amazonía: el caso	Helen Palma; Mary Reyes	2017	Paper académico	Identificar las barreras para la calidad de la información en establecimientos de salud de la Amazonía, explorando el caso de tres sistemas de información en salud: la vigilancia epidemiológica, el registro diario de atenciones y registro	A partir de las entrevistas y encuestas realizadas se identificaron distintas barreras, algunas que afectan la calidad de los datos de los SIS directamente, y otras que lo hacen indirectamente. a) Capacitación insuficiente del recurso humanos debilita el proceso de registro y sistematización de la vigilancia epidemiológica. b) Hay escaso recurso

[42] Medina Ibáñez, A. A. (2019). Representaciones sociales sobre sexualidad y VIH en poblaciones awajún Provincia de Condorcanqui-Amazonas [Tesis doctoral, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

	de tres sistemas de información de VIH/SIDA, hepatitis B y sífilis congénita[43]				de defunciones vinculados al VIH/ Sida, hepatitis B y sífilis congénita.	humano por lo que hay recarga de tareas. c) Alta rotación del personal dificulta la transferencia de información. d) Hay escasos recursos para el diagnóstico de las enfermedades. e) El estigma y discriminación afecta principalmente a los pacientes con VIH y conlleva a que estos prefieran no acudir aun EE.SS. o den información falsa. f) Además, en algunos grupos indígenas presentes en las regiones estudiadas se mencionó que existía un fuerte estigma que llevaba a la expulsión de aquellos que se presumía tenían VIH, lo que se apreció en el grupo awajún presente en Amazonas y Loreto.
10	La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas: la tensión entre la atención al VIH-SIDA y el enfoque intercultural[44]	Isaías Pintado	2016	Tesis de maestría	Comprender la aplicación del enfoque intercultural en la implementación de políticas públicas de salud sobre ITS/VIH-Sida en las comunidades Aguarunas en el distrito de Santa María de Nieva, Condorcanqui-Amazonas, entre los años 2011 al 2014.	Los gestores públicos que trabajan en el sector salud en la Amazonia tienen limitadas capacidades estratégicas para aplicar el enfoque intercultural en el proceso de implementación de políticas de salud sobre ITS y VIH-Sida. Estos actúan bajo un modelo de racionalidad limitada, el mismo que repercute en los resultados esperados de las políticas de salud diseñadas desde el nivel central. En el sector salud hay vacíos en materia de salud intercultural y capacidades estratégicas interculturales. Esto ha agudizado la incomprensión y en ocasiones la discriminación hacia las poblaciones indígenas, cuyas concepciones culturales se confrontan con los planteamientos de las políticas públicas de salud hechas desde Lima.
11	VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud publica peruana[45]	Portocarrero, Julio	2015	Paper académico	Se aborda la problemática de las gestantes indígenas con VIH, haciendo un recuento de los principales hallazgos sobre el tema a nivel internacional para luego revisar el estado de la investigación en el Perú. En el ámbito internacional se encuentra que el estudio	Hallazgos de literatura internacional. a) Efectos del VIH en la vida de las gestantes: La condición de VIH positivo puede afectarla identidad de la mujer y de la madre, no solo sobre cómo ella se auto percibe sino también sobre cómo es percibida e identificada por otros. En África subsahariana rural indican que muchas gestantes con VIH evitan acudir

[43] Palma-Pinedo, H., & Reyes-Vega, M. (2018). Barreras para la calidad de información en establecimientos de salud de la Amazonía: el caso de tres sistemas de información de VIH/ SIDA, hepatitis B y sífilis congénita. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 35(1), 25-31. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.351.3596

[44] Pintado Estela, I. (2016). La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas: la tensión entre la atención al VIH-SIDA y el enfoque intercultural [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. PUCP Repositorio.

[45] Portocarrero Gutiérrez, J. (2015). VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 32(3), 546–554. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.323.1691

					sobre las gestantes indígenas con VIH se centra en la salud del nonato y la prevención de la transmisión vertical, existe poca información acerca de las concepciones sobre la enfermedad, prácticas de cuidado y prevención de la transmisión vertical, así como las percepciones sobre el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) y el papel de la medicina tradicional en la atención de su condición de salud. A nivel nacional se encuentra solo con una referencia bibliográfica. Se evidencia la necesidad de un urgente enfoque médico antropológico para investigar y atender los casos de VIH en gestantes y mujeres en edad reproductiva en las comunidades indígenas de la amazonia peruana.	a los servicios de salud para no revelar su condición a la comunidad. b) Cuidado de las mujeres con VIH: Parte de las acciones de cuidado y prevención desarrolladas durante el embarazo, parto o puerperio dependen de la información a la que ha tenido acceso la paciente y su familia. Esta puede ser parcial, fragmentada y diversa y provenir de diferentes fuentes, en un proceso complejo en el que se combinan diferentes discursos locales y foráneos) Gestantes con VIH y Transmisión vertical: Estudios internacionales identifican que las mujeres 0 positivo consideran que con el solo tratamiento ya pueden concebir y alimentar a sus hijos. Se observa al personal de salud como un obstáculo parala maternidad de las mujeres 0 positivo) VIH en PPIIOO en Perú: Los estudios coinciden en señalar que la prevalencia de VIH en las comunidades indígenas amazónicas es mayor en los varones, y que la mayoría de casos de VIH identificados corresponden a varones que admitieron haber sostenido relaciones sexuales con otro hombre. El impacto en esta población podría ser mayor debido a su pequeño número poblacional; a su pobre conocimiento sobre la infección por el VIH y sobre su prevención; a las barreras económicas, culturales y lingüísticas que enfrentan para el acceso a los servicios, así como para la aceptación de métodos de prevención conocidos y por el contacto cada vez más frecuente con las zonas urbanas.
12	Una aproximación cualitativa a la prevención del VIH-Sida en dos comunidades nativas de Ucayali[46]	MINSA y UNFPA	2009	Libro académico	Identificar las percepciones, conocimientos, actitudes, prácticas y factores socioculturales relativos a la prevención de las ITS, el VIH y el Sida en dos comunidades de las etnias amazónicas yine y shipibo-konibo de la región Ucayali.	Existen prácticas de riesgo que se relacionan, en parte, con la idiosincrasia amazónica; sin embargo, es necesario reconocer que otras se han generado en función a cambios y desventajas socioeconómicas que han subordinado a las comunidades. Esto requiere ser contemplado para no sostener prejuicios sobre la

[46] Campos Guevara, J., Guevara Arce, M., & Nóbrega Mayorga, M. (2009). Una aproximación cualitativa a la prevención del VIH/SIDA en dos comunidades nativas de Ucayali. Instituto de Educación y Salud. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Ministerio de Salud del Perú.

						sexualidad de estas poblaciones. Así tenemos: a) El inicio sexual a edades tempranas sin usar condón; b) alto número de parejas sexuales; c) en las relaciones sexuales pagadas, heterosexuales y homosexuales, es poco probable que se use condón; d) las mujeres se enfrentan al riesgo de que las fuercen a tener relaciones sexuales estando en la etapa de enamoramiento como dentro de la convivencia; e) en las relaciones de pareja estable, el condón es visto como un factor que debilita o incluso pone en riesgo el vínculo.
13	Modelos explicativos del VIH/SIDA entre la población awajún de comunidades intervenidas por el Fondo Global en el marco de la estrategia contra el VIH[47]	Chávez, Giannina	2018	Paper académico	El objetivo principal de esta investigación es analizar y conocer los modelos explicativos sobre VIH/ SIDA que circulan entre la población awajún de comunidades que han sido intervenidas por el Fondo Global en el marco de la estrategia contra el VIH. Para ello, la investigación ha buscado analizar cómo circula y se negocia la información con respecto al VIH/SIDA desde los distintos actores involucrados en el marco de la lucha contra el VIH, cómo afecta el contexto sociopolítico awajún a los modelos explicativos sobre el VIH/SIDA y cómo expresan su relación con el Estado.	Para ello se ha realizado trabajo de campo en el mes de febrero, agosto y septiembre del 2017 en comunidades nativas de la etnia awajún en el río Cenepa, en Amazonas. A través de la observación constante y participante, y entrevistas abiertas y a profundidad se ha investigado cómo circula y se negocia la información con respecto al VIH/SIDA desde los distintos actores involucrados en la lucha contra el VIH, cómo el contexto sociopolítico afecta los modelos explicativos y cómo expresan su relación con el Estado. Las diversas percepciones y casos recogidos manifiestan modelos de conspiración sobre el ingreso del virus a la zona y modelos de daño y brujería, cuestionando la existencia de la enfermedad y el potencial beneficio del tratamiento. En ese sentido, se vinculan a la relación entre esta población, el Estado y el sistema de salud; así como con condiciones de pobreza y desigualdad; que llevan a la constante negociación y reinterpretación de modelos explicativos en el marco de esta estrategia.

Fuente: INEI (2022).

[47] Chávez, G. (2018). Modelos explicativos del VIH/SIDA entre la población awajún de comunidades intervenidas por el Fondo Global en el marco de la estrategia contra el VIH. Anthropia, 15, 11–23. https://doi.org/10.18800/anthropia.2018.001

4.5. Definiciones operativas

En esta sección se presentan las principales definiciones operativas que se han empleado en el diagnóstico.

- **Medicina tradicional.** Son las prácticas, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar y prevenir enfermedades (MINSA, 2016).

- **Servicios públicos con pertinencia cultural.** Es el acceso a la salud con pertinencia cultural de los pueblos indígenas u originarios y del pueblo afroperuano, considerando sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales y sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

- **Calidad de atención intercultural.** En general se considera como atención intercultural, al grado con el cual los procesos de la atención médica convencional y tradicional o ancestral incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados. Priorizar la atención de las personas y su diversidad, permite reconocer la necesidad de brindar una atención pertinente (adecuada culturalmente) y cálida, entendiendo la calidez como un cambio de actitud en el trato, con pertinencia cultural en el diálogo horizontal con los pacientes y en la atención de sus demandas (MINSA, 2016).

- **Derecho a la salud intercultural.** Es el acceso a la salud con pertinencia cultural de los pueblos indígenas u originarios y el pueblo afroperuano, considerando sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales y sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

- **Agentes de Medicina Tradicional o Ancestral.** Personas que ejercen la medicina tradicional y que son reconocidas en su comunidad por el conocimiento que poseen de saberes ancestrales en el campo de la atención de salud que han servido para restablecer la salud de las personas integrantes de su pueblo. Estos pueden haber sido aprendidos de sus antepasados o de otras personas integrantes de la comunidad, a través de la transmisión oral o de una práctica permanente. Las personas agentes de medicina tradicional o ancestral tienen diversas denominaciones según las actividades que desempeñan y la cultura a la que pertenecen. Así tenemos: huesero, partera, hierbero, curandero, shaman, altomisayoc, yatiri, colliri, vegetalista, vaporador, entre otros (MINSA, 2016).

V. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

5.1. Enfoque, diseño de investigación, población y muestra

Para cumplir con los objetivos del presente estudio se aplicó un enfoque de tipo cualitativo; vale recalcar que la investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto.[48] Por lo que este diagnóstico está orientado a emplear testimonios y discursos de los sujetos de investigación para interpretarlos social y culturalmente.

El diseño cualitativo utilizado fue el etnográfico, dado que este se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van internalizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y de grupo en forma adecuada, en este caso se analizó la cosmovisión awajún en materia de VIH.

La población estuvo conformada por líderes comunitarios y personal de salud de diez (10) comunidades de las provincias de Bagua y Condorcanqui en la región Amazonas:

- En Bagua se trabajó en seis comunidades nativas: Nazareth, Chipe, Wachapea, Umukai, Shushug, Wawas y Chiriaco.
- En Condorcanqui se trabajó con cuatro comunidades nativas: Ajachim, Nuevo Kuith, Tayuntza y Wawain.

La muestra estuvo conformada por 37 personas, de los cuales 22 fueron líderes de las comunidades awajún y 15 servidores de centros de salud. Cabe precisar que se consideró pertinente incorporar a los servidores de salud, pues sus testimonios sobre la prevención, transmisión y atención del VIH/SIDA en las comunidades awajún fueron información valiosa para ser contrastada con las percepciones y necesidades de los miembros de la comunidad awajún.

5.2. Técnicas y recolección de datos

En cuanto a las técnicas de recolección de datos, se priorizaron la observación y la entrevista cumpliendo con los estándares éticos y de confidencialidad respectivos[49]:

En primer lugar, se utilizó la técnica de observación a través de la revisión de la literatura gris, es decir, de documentos técnicos (directivas, normas y lineamientos)

---

[48] Hernández,Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (6.ª ed.). México: McGrawHill.

[49] Respecto a los estándares éticos nos referimos a que para cada entrevista realizada se brindó previamente una declaración jurada, la cual era firmada de acuerdo a la voluntad de los participantes.

relacionados a la atención pertinente del sector salud y/o de los gobiernos locales a los pueblos indígenas u originarios amazónicos frente a la prevalencia del VIH/SIDA. Se tomó en cuenta dicha documentación ya que permitió saber qué parámetros deben cumplir los funcionarios de salud para atender a dichos pueblos, los cuales podrán ser contrastados con las realidades locales.

De la misma forma, se utilizó la observación de cada participante durante el desarrollo de las asambleas comunales, ello con el objetivo de recolectar los discursos que sostienen los miembros de la comunidad awajún sobre la prevalencia del VIH en sus comunidades y la atención que brinda la salud pública[50]. Se realizó la observación de siete (7) asambleas comunales.

En segundo lugar, se utilizó como técnica la entrevista cualitativa que es más íntima, flexible y abierta (Savin-Baden y Marjor, 2013; y King y Horrocks, 2010). Se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). Para el caso de este diagnóstico se utilizó las entrevistas semiestructuradas o semidirigidas, que contenían una guía de asuntos o preguntas en dónde el entrevistador tuvo la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información.

Dichas entrevistas se dirigieron a autoridades comunales awajún (apus, miembros directivos o agentes comunitarios) y a funcionarios de centros de salud (médicos, obstetras, técnicos en enfermería). A las primeras se les consultó sobre el nivel de conocimiento que tienen sus respectivas comunidades sobre el VIH/SIDA, las prácticas culturales empleadas para enfrentar la prevalencia del virus y cómo atiende el sector salud dicha enfermedad en las comunidades. (Ver anexo 1). Y a los últimos se les preguntó qué opiniones tiene sobre el entendimiento del VIH en las comunidades awajún, qué acciones específicas ha realizado el centro de salud para abordar el virus en las comunidades, y qué limitaciones tienen para cumplirlas. (Ver anexo 2).

La recolección de datos se dio desde diciembre 2023 a febrero 2024, tal y como se describe a continuación.

Durante el mes de diciembre del año 2023, se realizaron las siguientes acciones en la provincia de Condorcanqui:

- Revisión del estado del arte de las investigaciones académicas sobre prácticas culturales en salud, alimentación, conocimientos tradicionales y medicina

[50] Es necesario precisar que dichas asambleas fueron convocadas por los apus de las comunidades con la anticipación correspondiente. Cada asamblea contó con una fase introductoria en la que mi persona explicó a los miembros de la comunidad asistentes los objetivos del diagnóstico y que tomaría notas escritas sobre sus intervenciones, resguardando debidamente el principio de confidencialidad.

tradicional en pueblos indígenas vinculados a la salud sexual y/o infecciones de trasmisión sexual con énfasis en el VIH.

- Revisión de normas y políticas nacionales vinculadas a la prestación de servicios de salud en salud sexual en pueblos indígenas u originarios.
- Desarrollo del trabajo de campo en cuatro (4) comunidades de la provincia de Condorcanqui: Ajachim, Nuevo Kuith y Tayuntza del distrito de Nieva, y Wawain del distrito El Cenepa.
- Desarrollo de 15 entrevistas semiestructuradas: ocho (8) de ellas fueron dirigidas a miembros de comunidades awajún y 7 a funcionarios del sector salud.

Durante febrero de 2024, se realizaron las siguientes acciones en la provincia de Bagua:

- Análisis del estado del arte de las investigaciones académicas y las normas nacionales identificadas.
- Desarrollo del trabajo de campo en seis (6) comunidades del distrito de Imaza, provincia de Bagua: Nazareth, Chipe, Wachapea, Umukai, Shushug y Wawas.
- Desarrollo de 22 entrevistas semi estructuradas: 14 de ellas fueron dirigidas a miembros de comunidades awajún y ocho (8) a funcionarios del sector salud.
- Elaboración del diagnóstico consolidado sobre la cosmovisión de los pueblos indígenas u originarios de las provincias de Bagua y Condorcanqui sobre el VIH.

En síntesis, se analizaron 09 documentos de literatura gris, se desarrollaron 37 entrevistas semi estructuradas y siete (7) sesiones de observación participante en asambleas comunales, véase las tablas 9 ,10 y 11, respectivamente.

Tabla 9: Número de documentos analizados.

Tipo de Doc.	Material específico	Cantidad
Políticas	Política sectorial de Salud	1
Insumo técnico	Documento Técnico	1
	Norma técnica - MINSA	2
Ordenanzas	Ordenanza regional (Amazonas)	1
	Ordenanza prov. (Condorcanqui)	3
	Ordenanza distrital (Imaza)	1
Total		**12**

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10: Número de entrevistas realizadas en comunidades awajún o centros poblados de las provincias de Condorcanqui y Bagua

N.°	Provincia	Distrito	Comunidad/C.P.	N.° de miembros de la comunidad	N.° de servidores de salud	Total
1	Condorcanqui	Nieva	Ajachim	2	1	3
2			Nuevo Kuith	2	0	2
3			Tayuntza	2	3	5
4		El Cenepa	Wawain	2	1	3
Total - Condorcanqui				**8**	**5**	**13**
5	Bagua	Imaza	Nazareth	2	0	2
6			Chipe	2	3	5
7			Wachapea	2	0	2
8			Umukai	3	0	3
9			Shushug	2	1	3
10			Wawas	2	2	4
11			Chiriaco C. P	1	2	3
Total -Bagua				**14**	**8**	**22**
Total general				**22**	**13**	**35**

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11: Número de asistentes en las asambleas comunales

N.°	Provincia	Distrito	Comunidad/C.P.	N.° de asistentes
1	Condorcanqui	Nieva	Ajachim	30
2			Nuevo Kuith	15
4		El Cenepa	Wawain	23
Total - Condorcanqui				**68**
5	Bagua	Imaza	Nazareth	43
6			Wachapea	36
7			Umukai	25
8			Wawas	16
Total -Bagua				**120**
Total general				**188**

Fuente: Elaboración propia

VI. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS

6.1. Revisión de literatura

En la presente sección abordaremos los dos primeros objetivos específicos del diagnóstico. Por un lado, analizar los factores socioculturales del pueblo awajún de Condorcanqui y Bagua que influyen en la del VIH. Por otro lado, identificar las percepciones y limitaciones de los funcionarios del sector salud para abordar los temas relacionados al VIH en el pueblo awajún de Condorcanqui y Bagua.

En primera instancia en el siguiente cuadro, se analiza brevemente las normas y políticas nacionales vinculadas a la prestación de servicios de salud en salud sexual en pueblos indígenas u originarios:

Cuadro 2: Normas y políticas nacionales vinculadas a la prestación de servicios de salud en salud sexual en pueblos indígenas u originarios:

N°	Tipo de doc.	Doc. de aprobación	Sector	Fecha	Nombre	Conclusiones
1	Documento técnico	Resolución Ministerial N° 611- 2014/MINSA	MINSA	12/08/2014	Documento técnico: Diálogo intercultural en salud[51]	Establecer las orientaciones técnicas para el uso de la metodología del Diálogo Intercultural en Salud para articular acciones con los pueblos indígenas y las poblaciones afroperuanas, los agentes de la medicina tradicional y las autoridades locales, que mejoren el acceso y la calidad de atención en los servicios de salud.
2	Política	Decreto Supremo N° 016- 2016-SA	MINSA	1/04/2016	Política sectorial de salud intercultural[52]	1.-Lograr el aseguramiento universal en salud, así como el pleno acceso a servicios de salud que brinden una atención integral, de calidad y con pertinencia cultural, para los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos, así como para la población afroperuana.

[51] Instituto Nacional de Salud. (2014). Documento técnico: Diálogo intercultural en salud. Ministerio de Salud del Perú. https://repositorio.ins.gob.pe/items/78c85a5f-d78b-4312-a72a-7ad3eb76865c

[52] Monteza-Facho, B., Trujillo-Villarroel, O. V., & Salaverry-García, O. E. (2019). Política sectorial de salud intercultural (Edición de bolsillo). Instituto Nacional de Salud. https://hdl.handle.net/20.500.14196/1158

						2.-Lograr que en los establecimientos de salud ubicados en ámbitos donde habitan pueblos indígenas u originarios andinos y amazónicos, así como población afroperuana, articulen el conocimiento convencional y el tradicional, en el marco del reconocimiento y revalorización de la medicina tradicional. 3.-Lograr que el personal que labora en los establecimientos de salud que brindan atención a pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos, así como para la población afroperuana, tenga adecuadas competencias y habilidades en salud intercultural. 4.-Lograr que en nivel nacional y en regiones priorizadas se implementen mecanismos institucionales de activa participación de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana, en los procesos de gestión, prestación y evaluación de los servicios de salud.
3	Norma técnica	Resolución Ministerial N° 1012- 2016/ MINSA	MINSA	31/12/2016	NTS N° 129- MINSA/2016/ DGIESP Norma Técnica de Salud para la prevención y el control de la Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en pueblos indígenas amazónicos, con pertinencia intercultural[53]	1.- Fortalecer las actividades preventivas que incluyan la información, educación para la salud y cambios de comportamiento de riesgo en pueblos indígenas amazónicos. 2.- Brindar a los equipos de salud pautas de atención integral de la persona 0 positivo en pueblos indígenas amazónicos, orientadas al diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y seguimiento de la adherencia. 3.- Promover acciones contra el estigma y la discriminación de las personas viviendo con VIH (PVV), a través de sensibilización de los líderes de las comunidades, las organizaciones de pueblos indígenas y otros actores. 4.- Fortalecer el sistema de información y vigilancia epidemiológica, que incluya la notificación y eventos relacionados con la atención integral de la PVV. 5.- Incorporar en la prevención y atención integral de los PPII amazónicos la cosmovisión y el entendimiento del proceso salud-enfermedad del VIH. 6.-Fortalecer los mecanismos de participación y coordinación con las organizaciones indígenas y autoridades locales, en la prevención y control del VIH en los pueblos indígenas amazónicos.

[53] Ministerio de Salud del Perú. (2016). Norma Técnica de Salud para la prevención y el control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en pueblos indígenas amazónicos, con pertinencia intercultural (N° 129-MINSA/DGIESP). Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. https://bvs.minsa.gob.pe/php/getDoc.php?f=dgsp%2FNT129.pdf

4	Norma técnica	Resolución Ministerial N° 1001- 2019/ MINSA	MINSA	25/10/2019	NTS N°157 - MINSA/2019/ DGIESP Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes[54]	Contribuir al desarrollo integral de la salud y el bienestar de la población adolescente, en el marco de los enfoques en derechos y ciudadanía, desarrollo positivo, género, diversidad, interculturalidad, inclusión social, curso de vida y enfoque territorial. La población objetivo está constituida por adolescentes que viven en el Perú cuyas edades están comprendidas entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días
5	Norma técnica	Resolución Ministerial N.° 031-2022-MINSA	MINSA	30/01/2022	NTS N° 180- MINSA/ DGIESP- 2021 Norma técnica de salud para la prevención y eliminación de la violencia de género en los establecimientos de salud que brinden servicios de salud sexual y reproductiva[55]	a) Establecer pautas para la atención oportuna, de calidad y libre de violencia en los servicios de salud sexual y reproductiva con enfoque de género, derechos humanos, interculturalidad, inclusión social, integralidad, interseccionalidad y curso de vida. b) Establecer los procedimientos basados en evidencia científica durante la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para prevenir casos de violencia de género c) Promover el respeto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivo de las personas usuarias que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva d) Difundir la importancia del reclamo ante el personal de salud de la persona afectada frente a la violencia de género en los servicios de atención de salud sexual y reproductiva.
6	Ordenanza regional		GORE AMAZONAS	19/02/2016	Ordenanza Regional N.° 381-2016 GRA/CR[56]	Declara al VIH-SIDA como problema de salud pública en la provincia de Condorcanqui, por la elevada prevalencia de casos de VIH-SIDA en las comunidades nativas awajún wampis y mestizos de la provincia. Ello con la finalidad de generar acciones de promoción, prevención, control y tratamiento de la enfermedad, con enfoque intercultural mediante el Comité impulsor del Diálogo intercultural en Salud (CIDIS).

[54] Ministerio de Salud del Perú. (2019). Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes (N° 157-MINSA/2019/DGIESP). Ministerio de Salud. https://repositorio.minsa.gob.pe/handle/MINSA/81456

[55] Ministerio de Salud del Perú. (2021). Norma técnica de salud para la prevención y eliminación de la violencia de género en los establecimientos de salud que brinden servicios de salud sexual y reproductiva (N° 180-MINSA/DGIESP-2021). Ministerio de Salud.

[56] Gobierno Regional de Amazonas. (2016). Ordenanza Regional N.° 381-2016 GRA/CR [Norma regional]. Gobierno Regional de Amazonas.

7	Ordenanza Municipal		Municipalidad provincial de Condorcanqui	22/08/2022	Ordenanza Municipal N°006-2022-MPC[57]	Declara al VIH-SIDA como problema de salud pública en la provincia de Condorcanqui, por la elevada prevalencia de casos de VIH-SIDA en las comunidades nativas awajún wampis y mestizos de la provincia. Ello con la finalidad de generar acciones de promoción, prevención, control y tratamiento de la enfermedad, con enfoque intercultural mediante el Comité impulsor del Diálogo intercultural en Salud (CIDIS).
8	Ordenanza Municipal		Municipalidad provincial de Condorcanqui	4/09/2023	Ordenanza Municipal N°015-2023-MPC[58]	Declara al VIH-SIDA como problema de salud pública en la provincia de Condorcanqui, por la elevada prevalencia de casos de VIH-SIDA en las comunidades nativas awajún wampis y mestizos de la provincia. Ello con la finalidad de generar acciones de promoción, prevención, control y tratamiento de la enfermedad, con enfoque intercultural mediante el Comité impulsor del Diálogo intercultural en Salud (CIDIS).
9	Resolución de Alcaldía		Municipalidad provincial de Condorcanqui	1/08/2022	Resolución de Alcaldía Nª339-2022- MPC/A[59]	Designa al Comité Impulsor del Diálogo Intercultural en Salud (CIDIS) que tiene por finalidad fortalecer la respuesta al VIH/SIDA mediante la prevención, control y tratamiento en comunidades indígenas, articulando las acciones del Estado mediante el sector salud (Red de Salud Condorcanqui y la comunidad

Elaboración: Ministerio de Cultura.

Como se puede observar el conjunto de normas evidencia un avance significativo en la incorporación del enfoque intercultural en la gestión de los servicios de salud; sin embargo, también pone en evidencia un desafío persistente: la brecha entre lo normativo y su implementación efectiva en los territorios. A pesar de contar con lineamientos claros, políticas y mecanismos de articulación como el diálogo intercultural, en la práctica aún existen limitaciones en recursos, capacitación del personal y sostenibilidad de las intervenciones, especialmente en zonas indígenas y de alta vulnerabilidad. Esto resalta la necesidad de fortalecer la gestión operativa, el monitoreo y la participación comunitaria para garantizar que estas disposiciones se traduzcan en mejoras reales en el acceso, calidad y pertinencia de la atención en salud.

[57] Municipalidad Provincial de Condorcanqui. (2022). Ordenanza Municipal N° 006-2022-MPC [Norma municipal]. Municipalidad Provincial de Condorcanqui.

[58] Municipalidad Provincial de Condorcanqui. (2023). Ordenanza Municipal N° 015-2023-MPC [Norma municipal]. Municipalidad Provincial de Condorcanqui.

[59] Municipalidad Provincial de Condorcanqui. (2022). Resolución de Alcaldía N° 339-2022-MPC/A [Resolución municipal]. Municipalidad Provincial de Condorcanqui.

6.2. Hallazgos en el trabajo de campo

Para ello, se empleó como insumos los discursos y testimonios recopilados del trabajo de observación de cada participante realizado en siete (7) asambleas comunales y las 37 entrevistas semi estructuradas aplicadas a los servidores de salud y a miembros de diez comunidades awajún de las provincias de Condorcanqui y Bagua.

Respecto a la información obtenida, es necesario compartir una aclaración fundamental: Los testimonios orales recabados en el presente diagnóstico no pretenden representar con exactitud la cosmovisión ni los discursos de todas comunidades awajún de la región. Aquellos son, por el contrario, insumos que nos brindan detalles profundos sobre lo que entienden los awajún sobre el VIH en el marco de sus contextos específicos.

Entonces, no podemos perder de vista que, si bien el pueblo awajún cuenta con características históricas y socioculturales comunes, cada comunidad cuenta con particularidades (materiales, territoriales, sociales y políticas) y formas diferenciadas de relacionarse con la salud pública. Frente a ello, el presente diagnóstico divide su análisis en dos subsecciones que abordan por separado la información recabada en Condorcanqui y en Bagua.

6.2.1. Hallazgos en Condorcanqui

En la provincia de Condorcanqui se realizaron visitas de campo en diciembre del año 2023. Estas se enfocaron, principalmente, en comunidades de los distritos de Nieva y el Cenepa, ya que en estos se encuentra la mayor cantidad de casos de VIH/SIDA registrados en la provincia, tal como se referenció en la tercera sección. La elección de las comunidades se realizó en base a su accesibilidad fluvial y a las recomendaciones brindadas por la Dirección Desconcentrada de Cultura de Amazonas: Ajachim, Nuevo Kuith y Tayuntza del distrito de Nieva; y Wawain del distrito El Cenepa.

6.2.1.1. Sobre las asambleas comunales

Durante diciembre de 2023, se realizaron tres (3) reuniones comunales en Wawain, Nuevo Kuith y Ajachim en las que se recogieron los discursos de los miembros de dichas comunidades sobre el acceso al servicio de salud pública y sus necesidades específicas frente al VIH. En base a ello, resaltamos las siguientes observaciones:

- Los centros de salud requieren de condiciones materiales para atender regularmente a la comunidad y sus anexos. En principio se requiere de flujo eléctrico, acceso a internet, cobertura de líneas telefónicas, infraestructura más amplia, implementos básicos (antibióticos, suero, camillas, instrumentos quirúrgicos básicos), ambulancia fluvial y una mayor cantidad de personal.
- Los miembros de la comunidad indican que, a nivel general, los altos costos del transporte fluvial los limitan en el acceso a los servicios públicos de salud. De

hecho, se estima que las personas vivientes con VIH no están exentas de esas limitaciones económicas.

- Comunidades como Ajachim consideran que los centros de salud no respetan el principio de confidencialidad de los pacientes con VIH. Esto genera temor para acudir a realizar la prueba.
- Comunidades como Ajachim indican que las parteras, sabios y agentes comunitarios son un canal de atención en favor de la salud de sus comunidades; sin embargo, es una labor ad honorem que merece un reconocimiento económico y simbólico.
- De la misma forma, las comunidades demandan que toda campaña de sensibilización y/o tamizaje debe considerar a los apus, parteras y agentes comunitarios de salud como aliados estratégicos.
- Cabe resaltar que algunos miembros de la comunidad reconocen que la existencia de minería ilegal provoca que se creen bares informales y se ejerza trabajo sexual en ellos, siendo esos locales puntos clave en los que se transmite el VIH y otras enfermedades. Sin embargo, algunas comunidades no pueden oponerse a la existencia de la minería ilegal, ya que los mineros contribuyen con obras que el Estado no ha podido proporcionar: puentes de madera, canchas deportivas, luces led, mejoramiento del puerto. Las comunidades no quieren defenderlos, pero oponerse a ellos implica no tener acceso a beneficios que no brinda el sector público.

6.2.1.2. Sobre las entrevistas

Por otro lado, durante la labor de campo se efectuaron 15 entrevistas semi estructuradas: ocho (8) de ellas fueron dirigidas a líderes o representantes de comunidades awajún y siete (7) a funcionarios del sector salud. Respecto a los discursos y/o conocimientos que tienen los miembros de la comunidad sobre el VIH se ha identificado las siguientes tendencias acorde a las entrevistas en mención.

Las comunidades solicitan la realización de actividades de sensibilización sobre el VIH y otras ITS para todos sus miembros y que esto se realice dentro de los locales comunales. Asimismo, los miembros de la comunidad entrevistados sugieren que dichas actividades de sensibilización deben iniciarse con los apus y otras autoridades comunales, pues son principales actores influyentes de las comunidades.

> *"Existe un conocimiento limitado en las comunidades sobre las medidas de prevención del VIH. Ello se refuerza con idiosincrasia awajún respecto al uso de los preservativos: "Muchos de mis paisanos no se cuidan. No usan condón, no están acostumbrados, sobre todo los más jóvenes".* (Entrevista 1, líder awajún de la CN Ajachin)

Los apus de las comunidades son conscientes de que en las comunidades no se usa el preservativo ya que atribuyen una experiencia no placentera a su no uso.

Se reconoce que dentro de las comunidades existe desconfianza, desinterés e incredulidad frente a un diagnóstico confirmado de VIH. Esto se debe a la creencia generalizada de que una persona detecta estar enferma solo a través de síntomas visibles que surgen en un corto plazo. Así, dado que el VIH no presenta síntomas explícitos en el primer estadio de la enfermedad, esto genera extrañeza o incredulidad acerca de si realmente ha ocurrido el contagio. En consecuencia, los pacientes tienden a reaccionar tardíamente y acuden al centro de salud cuando ya se encuentran en el estadio del SIDA.

> *"También existe una desconfianza por parte de los comuneros hacia el personal de salud, sobre todo en materia de confidencialidad. Es decir, algunos posibles pacientes con VIH eviten obtener un diagnóstico pues temen que el personal de salud "haga pública su condición de salud. Sobre todo, si el técnico de salud es awajún".* (Entrevista 1, líder awajún de la CN Ajachin)

De acuerdo a los promotores de salud, los pacientes pueden considerar que el daño se presente de manera más rápida, pues durante las primeras semanas del tratamiento se suelen presentar efectos secundarios (dolor estomacal, dolor corporal, mareos, etc.) que asustan y disuaden a los pacientes y/o a sus familias, de la misma forma afirman que la pandemia facilitó la presencia de los primeros síntomas cada vez más rápido.

> *"La pandemia de la COVID-19, da la impresión de que la situación del VIH ha empeorado en Condorcanqui, antes aparecían los síntomas 5 años después de infectado, ahora con un año no más. Yo creo que el coronavirus lo ha hecho aparecer más".* (Entrevista 2, promotor de salud de la CN Ajachin)

Los apus no tienen conocimiento de cuántos y quiénes son personas que viven con VIH dentro de sus comunidades. Sin embargo, reconocen tener sondeados algunos casos específicos ya que esos son comentados a través de rumores o chismes

> *"Existen sabios que tienen nociones sobre el contagio del VIH u otras ITS que han logrado convencer a los posibles pacientes de VIH y a sus familias que es necesario tomar una prueba de descarte antes de hacer cualquier otro tipo de hacer cualquier procedimiento".* (Entrevista 1, líder awajún de la CN Ajachin)

Por otro lado, si bien los apus no han realizado comentarios explícitos sobre las diversidades sexuales y su relación con las infecciones de transmisión sexual, en las

conversaciones informales sostenidas con miembros de la comunidad se ha logrado identificar comentarios discriminatorios.

En Wawain, por ejemplo, se identificaron discursos que culpabilizaba a las personas homosexuales por introducir el VIH en las comunidades: “Ellos se acuestan con otros hombres y también con mujeres y los contagian. Igual “los chivos” reciben tratamiento, les dan pastillas y viven, pero eso no significa que se cuiden (su vida sexual)”.

En Tayuntza se hallaron discursos que califican a los homosexuales como un *mal ejemplo para la población*, pues, supuestamente, ellos persuaden a los jóvenes y menores de edad a tener relaciones sexuales homosexuales. Cabe resaltar que fue la única comunidad en las que se expresaron medidas excluyentes o de expulsión para ese grupo humano.

Asimismo, los entrevistados de las comunidades de Condorcanqui han brindado sus apreciaciones sobre un conjunto de prácticas culturales y/o creencias frente a la atención y prevención del VIH/SIDA.

- Los entrevistados aseguran que en sus comunidades se emplean las plantas medicinales para atender síntomas de VIH. Ello involucra un proceso de preparación física y mental del paciente y la combinación de un conjunto de plantas (Ej. sachagergon) que solo puede ser indicado por curanderos especializados y/o yerberos que no suelen estar ubicados en comunidades cercanas.
- Cabe decir que los apus reconocen que, históricamente, las plantas medicinales han sanado las dolencias de los awajún; sin embargo, expresan intriga frente a rumores sobre curanderos que han logrado “curar” el VIH/SIDA usándolas. Asimismo, expresaron que existen personas que se aprovechan de la necesidad de los pacientes y los estafan con supuestos preparados curativos. Aun así, se reconoce que hay personas que estafan a pacientes diciendo que la combinación de algunas plantas medicinales puede curar el virus.
- Además, en las comunidades existe la creencia extendida de que el VIH/SIDA se origina producto de un daño lanzado por un brujo y que, frente a ello, se requiere de la atención de otro brujo para eliminar dicho mal.

Respecto a las percepciones de los miembros de la comunidad sobre la atención VIH/SIDA en las comunidades por parte del sector Salud se han identificado los siguientes patrones discursivos:

- Se reconoce que los miembros de la comunidad han experimentado actos de discriminación antes o durante los procesos de atención por parte del sector salud. Ello genera desconfianza hacia los centros de salud, por lo que se estima que algunos pacientes no deseen ir por tal tipo de trato.

- Existen discriminación hacia personas de la diversidad sexual, se infiere que ellos/as tienen VIH/SIDA. Frente a ello se requiere que en la charla VIH se contemple medidas de soporte frente a la discriminación por orientación sexual y/o identidad de género.
- Miembros de la comunidad de Ajachim y Wawain contemplan el discurso de que ellos van a desaparecer debido al VIH. Debe haber una forma de que la estrategia comunicacional de los centros de salud sea "el Estado peruano no permitirá que eso pase".
- Hay poca vocación de servicio por parte de los técnicos enfermeros. Con ello quiere decir que algunos funcionarios indican que no les compete cierto tipo de atenciones. Asimismo, comunidades como Tayuntza y Wawain consideran que los técnicos de salud solo cumplen con el horario laboral y no atienden emergencias extemporáneas.

En cuanto a los testimonios del personal de salud sobre el abordaje del VIH en los pueblos indígenas y las acciones que realiza el centro de salud se han identificado las siguientes tendencias:

- En los centros de salud el personal técnico tiene como sueldo de un poco más de mil soles con ese monto se debe gastar en transporte, copias y otros costos adicionales. Esto no genera incentivos para trabajar más de la hora.
- Los centros de salud son lejanos para diversas comunidades, por lo que resulta inaccesible y costoso transportarse hacia estos lugares para obtener un diagnóstico y/o darle continuidad al TARGA.
- Algunos miembros del personal de salud prefieren focalizar su labor de sensibilización en los centros educativos y evitan abordar directamente con las comunidades, pues consideran que estas son herméticas o resistentes al diálogo.
- En el caso del centro poblado Tayuntza es necesario destacar que el personal del centro de salud también realiza charlas de sensibilización sobre la prevención del VIH dentro de bares que se encuentran dentro y alrededor del centro poblado. Ello se debe a que en dichas instalaciones laboran trabajadoras sexuales de diferentes procedencias, ya sea de comunidades indígenas como del extranjero. Cabe resaltar que muchos centros de salud tienen una limitada interacción con agentes comunitarios de salud de las comunidades y con las parteras. De acuerdo a Romer, ello es algo que se debe corregir, pues considera que ambos actores funcionan como una bisagra entre las comunidades y el sector salud.
- Hay autoridades comunales como el apu y la ronda campesina que tienen demandas que dificultan la labor del centro de salud: tener una lista de pacientes con VIH, apañamiento a hechos de violencia sexual contra menores de edad. Hay

una tensión entre lo que demanda la comunidad y la negativa de los técnicos de salud (por ética profesional).

- El jefe de la Red de Salud de Condorcanqui considera que hay diferentes razones por las cuales hay una considerable prevalencia del VIH en las comunidades de la provincia: promiscuidad, iniciación sexual homosexual entre hombres, contagio a través de violaciones sexuales, presencia de trabajo sexual y el poco uso del preservativo. Asimismo, considera que los miembros de la comunidad acostumbran acudir a un curandero o brujo primero antes que a un centro médico
- La coordinadora de VIH de la micro red Nieva reconoce que desde el sector salud existe un estigma y discriminación hacia los awajún vivientes con VIH. Un ejemplo de ello son los casos de violencia obstétrica hacia madres diagnosticadas con VIH; quienes sienten temor de hacerse una cesárea, pero personal obstétrico y/o de enfermería no muestra empatía durante la ejecución de las cesáreas.

6.2.2. Hallazgos en la provincia de Bagua

En la provincia de Bagua se realizaron visitas de campo del 25 de febrero al 01 de marzo de 2024. Estas se enfocaron, principalmente, en comunidades cercanas a las microrredes de Salud de Chipe y Chiriaco, instancias que han logrado registrar la mayor cantidad de casos confirmados de VIH en la provincia. A continuación, se presentarán los principales hallazgos:

6.2.2.1. Sobre las asambleas comunales

Por un lado, se realizaron cuatro (4) asambleas comunales en Nazareth, Wachapea, Umukai y Wawas con las que se recogieron discursos sobre el acceso a la salud de las comunidades y sus necesidades específicas frente al VIH u otras ITS. En base a ello, resaltamos algunas de las opiniones recabadas en ellas:

> *"Los técnicos en salud no tienen voluntad, ni vocación, ni espíritu de servicio para atender a las comunidades"*. (Opinión 1 de líder de comunidad Nazareth)

> *"Es necesario contar con un personal de salud que tenga vocación de servicio y empatía con la situación específica de los comuneros"*. (Opinión 5 de lideresa de comunidad Nazareth)

Con ello se refieren a que existen muchas limitaciones en la atención a casos de emergencia que surgen fuera del horario laboral, ni toman en consideración la opinión de los apus en sus labores como servidores de salud.

Por otro lado, la falta de equipamiento, medicamentos y de capital humano en los centros de salud hace que se deriven los casos a Chiriaco. Debe considerarse que el hecho de que no haya atención a tiempo ni que haya equipamiento hace que los

miembros de la comunidad busquen otras vías de curación (plantas medicinales, curanderos o brujos), tal y como se señala en lo siguiente:

> *"El horario de atención del centro de salud de Nazareth es limitado: de lunes a sábado de 09:00 am a 02:00 pm. Asimismo, es necesario incorporar a un doctor en el equipo de salud, pues solo se cuenta con una enfermera, 2 técnicos y una obstetra".* (Opinión 5 de lideresa de comunidad Nazareth)

Respecto a la prevención, diagnóstico o tratamiento del VIH, se reconoce que en las comunidades persiste la idea de que el VIH surge como producto del daño impuesto por un brujo.

Las comunidades como Nazareth indican que necesitan información concreta, práctica y confiable sobre el VIH. Ello considerando que hay mucha información confusa sobre el tema que se accede a través de internet y conversaciones cotidianas. En ese sentido, solicitan una capacitación permanente sobre el diagnóstico y formas de contagio del VIH a todos los miembros de las comunidades, sobre todo los jóvenes y niños.

Asimismo, piden que los resultados de los tamizajes sean inmediatos. Estos se demoran meses o incluso nunca se obtienen respuestas. Además de ello requieren claridad en la explicación de los diagnósticos. Sin información detallada y clara pues los pacientes suelen atribuirlo a la brujería.

De la misma forma en las asambleas comunales algunos miembros expusieron la necesidad de tener una lista para saber cuántos y quiénes son los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA o que, al menos, esta sea de acceso exclusivo para el pamuk de la comunidad, tal como se evidencia en lo siguiente:

> *"Las leyes deben ser flexibles con la realidad del mundo awajún. Si a los awajún no les avisamos quienes tienen VIH, ¿cómo nos vamos a cuidar o cómo podemos prevenir?"* (Opinión 3 de un miembro de la CN de Wawas)

6.2.2.2. Sobre las entrevistas

Por otro lado, se realizaron 22 entrevistas semi estructuradas: 16 de ellas fueron dirigidas a miembros de comunidades awajún y a ocho (8) funcionarios del sector salud. Respecto a los discursos y/o conocimientos que tiene los miembros de la comunidad sobre el VIH se ha identificado

Los apus de las comunidades manifestaron que existe demasiada información sobre las vías de transmisión y los síntomas del VIH, lo cual hace que el aprendizaje sea confuso. Ante ello comentaron que sería importante contar con materiales informativos concretos que permitan esclarecer sus dudas y las de los miembros de la comunidad.

> *"Necesitamos materiales informativos, estos podrían estar dentro del local comunal".* (Entrevista 13 a líder comunal de la CN Wachapea)

Asimismo, en Nazareth y Chipe las promotoras comunitarias, al ser mujeres con una autoridad reconocida dentro de la comunidad, ser perciben así mismas como aliadas clave para poder convencer a pacientes mujeres a que tomen el TARGA, que su embarazo sea por cesárea y que no brindan lactancia al bebe. Sin embargo, estas actoras sociales reconocen que no cuentan con materiales para hacer visitas de campo (botas, paraguas, impermeables) ni una definición clara del rol de los promotores.

> *"La micro red si bien solicita el apoyo de los promotores de salud estos no reciben ningún incentivo económico, tampoco implementos de campo (botas, impermeable, gorro, chalecos, etc.). Asimismo, es sería importante que estos sean más capacitados."* (Entrevista 10 a Promotora de Salud – Chipe).

Los apus de las comunidades Chipe y Wawas expresaron haber escuchado, en algún momento, rumores dentro de la comunidad que aseguran que Ministerio de Salud va a dejar de brindar TARGA a las comunidades indígenas.

Respecto a las prácticas culturales, se reconoce el uso de plantas medicinales para atender los síntomas o "eliminarlos" (ejemu y sachagergon) y la consulta de curanderos o brujos para la eliminación del daño (del VIH).

> *"Existe una expresión que persiste el doctor no sabe. Hay una desconfianza hacia el sector salud, que hace que las comunidades obtengan respuestas de los brujos y curanderos. Frente a esas cosas yo digo: "si dices que el brujo te ha embrujado, ¡pues que te sane!"* (Entrevista 14 a Comunera de la C.N. Umukai)

En cuanto a las percepciones de los miembros de la comunidad sobre la atención VIH/SIDA en las comunidades por parte del sector Salud se han identificado los siguientes patrones discursivos.

Si bien se reconoce la necesidad de que haya jornadas de capacitación, sesiones educativas o espacios de sensibilización sobre el VIH/SIDA en las comunidades, también se evidenció que en algunos casos se percibe el desinterés por parte de la misma población, por lo que existen opiniones variables sobre si estas se han dado recientemente o no en sus comunidades.

> *"Las sesiones educativas deberían ser para los jóvenes y los padres de familia. En estas debería abordarse sobre la salud sexual, prevención de la violencia y sobre la diversidad sexual. Además, es necesario que el centro de salud entregue al apu la lista de los comuneros que viven con VIH, de esta manera ellos podrán previsiones de con quien tener relaciones sexuales o no"* (Entrevista 12 a comunera de CN Wachipea).

*"Se necesita que el sector sensibilice a los jóvenes desde un lenguaje simple que permita captar su atención, mas no con lenguaje técnico/ médico. Sin embargo, no se tiene que dejar de capacitar al resto de adultos. - Considera que tener al apu como un aliado para dialogar con los jóvenes sería clave, dado que el mismo apu es joven y puede tener mayor facilidad de conversar con ellos". (*Entrevista 14 a comunera de la CN Umukai)

"Como apu me pregunto, ¿cuáles son realmente los medios de contagio? ¿Al compartir masato, a través de los mosquitos, murciélagos o piojos? Necesitamos especialistas que nos resuelvan nuestras dudas." (Entrevista 15 a Apu de la C.N. de Umukai)

"Hay miembros de la comunidad con una falta de compromiso y de interés para participar en las jornadas de sensibilización o capacitación, diciendo que no están enfermos" (Entrevista 10 a Promotora de Salud-Chipe)

Por otro lado, la comunidad percibe la falta de equipamiento de los establecimientos:

"El servicio de salud tiene un conjunto de deficiencias, de las cuales destacó: no cuenta con medicamentos (lo cual obliga a los comuneros a comprar de las boticas privadas) y se percibe que al ir al centro de salud no se recibe ni diagnóstico ni tratamiento. Frente a eso, no tenemos motivación para asistir". (Entrevista 15 a Apu de la C.N. de Umukai)

Sumado a ello, se evidencia un fraccionamiento del relacionamiento entre el personal de salud y la población:

"Sí hay atención por parte del centro de salud, pero considera que no existe una relación cercana ni de colaboración por parte de sus funcionarios. Estos no conocen la cultura awajún y no coordinan directamente con las autoridades comunales las actividades informativas sobre VIH, la elección de promotores comunitarios, brigadistas interculturales, etc. (Entrevista al vice apu de Chipe)

"Existe una falta de interés o desconfianza por parte de algunos comuneros por atenderse en el centro de salud. Ello se ve, por ejemplo, en el control de las mujeres gestantes. Muchas de ellas no van a hacer sus chequeos a pesar de las facilidades y la gratuidad del servicio". (Entrevista 12 a comunero de la CN Wachipea)

"Considera que el centro de salud debería tener un "convenio" con los líderes comunales a través del cual se acuerde que las pruebas de

descarte para VIH sean obligatorias. De hecho, propone que el apu sea el impulsor de esta obligatoriedad, él es el único con la autoridad para hacerlo". (Entrevista 16 a comunero de la CCNN Umakai)

Los servidores sector salud, por su parte, realizaron un conjunto de observaciones sobre cómo las comunidades entienden o abordan el VIH/SIDA:

Los técnicos de salud consideran que las comunidades tienen un conocimiento básico o general sobre el VIH, que se relaciona principalmente con la idea de que es una *"enfermedad mortal que se transmite a través de las relaciones sexuales".*

Asimismo, consideran que en las comunidades existen factores culturales que influyen en la prevalencia del VIH: a) los awajún tiene relaciones sexuales a muy temprana edad; b) la sexualidad de los awajún se rige bajo la promiscuidad c) ellos no suelen usar preservativos dado que lo perciben como poco satisfactorio lo cual se evidencia en la poca demanda de condones en el centro de salud.

"El VIH persiste en los awajún porque: hay mucha promiscuidad en su cultura, tienen relaciones sexuales desde muy temprana edad, los padres no cuidan/supervisan a sus hijos, no se emplean los preservativos (pues no resulta satisfactorio)". (Entrevista 6, personal de salud-CCNN Chipe)

El personal de salud identifica que las mujeres awajún son cuestionadas y/o violentadas (física, psicológica o económicamente) por sus parejas sexuales cuando ellas piden el uso del condón.

"El poco uso del condón es un factor determinante en el avance del VIH. Hay que considerar, sin embargo, que muchas mujeres son estigmatizadas y juzgadas por sus parejas si ellas piden usar un método anticonceptivo". (Entrevista 6, a personal de salud de la Micro red de Chipe)

Hay un conocimiento generalizado en los trabajadores de salud de los miembros de la comunidad awajún prefieren acudir, en primera instancia, a curanderos o usan plantas medicinales como el sachagergon, la uña de gato, la katagua o la ayahuasca para curar o manejar los síntomas del VIH.

"Las familias de los pacientes tienen un alto nivel de influencia en los pacientes con VIH, de hecho, ellos son los que sugieren tomar el TARGA o apostar por el uso de plantas medicinales y/o un curandero". (Entrevista 9, a personal de salud de la Micro red de Chipe)

De la misma forma el personal de salud reconoce que existen casos atípicos que confunden a la comunidad. Por ello se requiere información concisa y esclarecedora tanto para la comunidad como para los técnicos. Como por ejemplo el caso de una

mujer que cuyo diagnóstico de VIH sale negativo a pesar de que su esposo falleció de SIDA, tal como se evidenció.

En cinco de las seis comunidades visitadas, sus autoridades y/o miembros han manifestado que tener la lista de los pacientes vivientes de VIH ayudaría a resolver la propagación de la enfermedad. Este tipo de medidas ha sido planteado a los centros de salud de Chipe, Chiriaco y Wawas; sin embargo, sus funcionarios han resaltado la importancia de respetar el derecho a la confidencialidad de los pacientes.

Asimismo, estos funcionarios señalaron que realizan un conjunto de acciones para atender la situación de VIH/SIDA en las comunidades que les corresponde:

- El centro de Salud de Chipe es la única que tiene específicamente un brigadista de salud intercultural, de acuerdo al plan de salud integral 2024. Este funcionario forma parte de la comunidad y tiene como funciones principales: participar en jornadas de vacunación; sensibilizar en lengua indígena a los miembros de la comunidad, brindar traducción e interpretación en las actividades extramurales.
- Los centros de salud realizan sesiones educativas sobre la transmisión y prevención de VIH dirigidas principalmente a estudiantes de los últimos años de la educación básica regular dentro de los centros educativos. Ello contrasta con el deseo de los apus de las comunidades, quienes indican que sería necesario que se den dichas sesiones para todos los miembros de la comunidad.
- Asimismo, el personal de salud considera que deberían ampliarse las actividades de sensibilización a los docentes ya que son los funcionarios que tienen mayor cercanía con los jóvenes de las comunidades. También proponen realizar talleres demostrativos sobre el uso del preservativo y la exposición de un sociograma.
- No obstante, el Centro de Salud de Chiriaco y Chipe se encuentran abastecidos con el TARGA. El problema no es la escasez de tratamiento, sino que no todos los pacientes acuden. Y si lo hacen muchos son inconstantes (por vergüenza frente al resto de la comunidad, el miedo a los síntomas adversos o incredulidad de los pacientes ante la falta de síntomas de VIH).

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el presente diagnóstico hemos analizado los conocimientos, creencias y prácticas del pueblo awajún de Condorcanqui y Bagua que influyen en la prevalencia y contagio del VIH. Asimismo, hemos identificado las percepciones y limitaciones de los funcionarios del sector salud para abordar los temas relacionados a las infecciones de trasmisión sexual, con énfasis en el VIH, en el pueblo awajún concluyendo lo siguiente:

1) Los miembros del pueblo awajún presentan miedo y desconfianza hacia la labor del personal de salud. Es así que es necesario:

   - Reconocer que todos los pacientes tienen resistencias para asistir a un centro de salud por diversas variables como las económicas, sociales y culturales, por lo que el Estado tiene la responsabilidad de atender y comprender dichas resistencias a través de estrategias sociales, comunicacionales y psicológicas. Sobre todo, frente a enfermedades de alta prevalencia a nivel regional o local.

   - Los centros de salud deben recuperar u obtener la confianza de las comunidades y de sus liderazgos en tres aspectos: garantizar la confidencialidad del diagnóstico, eliminar todo tipo de discriminación y sensibilizar con pertinencia cultural información sustancial sobre la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, estableciendo compromisos explícitos con la comunidad en materia de atención libre de discriminación, garantías de confidencialidad, compromiso social y vocación de servicio.

2) De la misma forma este documento concluye que la mayoría de los miembros de las comunidades awajún tienen un conocimiento básico o nulo en materia de prevención, transmisión, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA. Se ha identificado que la mayoría de autoridades comunales y los promotores de salud reconocen que los servidores de salud han realizado sesiones educativas o capacitaciones en materia del VIH/SIDA, al menos una vez al año, pero que estas se dan solo en las instituciones educativas de nivel secundario. Si bien la focalización permite atender de manera estratégica a la población adolescente awajún (uno de los grupos etarios con mayor prevalencia del VIH), esta deja de lado el interés de las autoridades comunales y los padres de familia por tener mayores certezas sobre cómo combatir la enfermedad.

   De hecho, en las entrevistas y en las asambleas comunales se ha identificado que la mayoría de los participantes expresó la necesidad de tener, periódicamente, capacitaciones o sesiones educativas con información clara y actualizada para todos los miembros de la comunidad. En ese sentido, resulta indispensable que, además de las sesiones dirigidas a adolescentes, se realicen otras sesiones educativas con

pertinencia cultural dirigidas a todos los miembros de la comunidad, considerando lo siguiente:

- Antes de convocar una sesión educativa para toda la comunidad, se deberá realizar una sesión previa dirigida al apu, autoridades comunales (vice apu, presidente de salud, presidente de rondas campesinas, etc), promotores de salud y otros actores estratégicos como sabios y docentes locales. Con esta sesión se pueden registrar las dudas más recurrentes que tiene la comunidad y recomendaciones sobre la metodología de trabajo.
- Toda sesión educativa debe ser agendada y coordinada previamente con el apu de la comunidad. Ello es importante ya que entablar una comunicación transparente y directa con las autoridades comunales deja en claro que el sector salud no está imponiendo sus actividades, por el contrario, está tomando en cuenta la opinión y la disponibilidad de la comunidad.
- Las sesiones educativas deben contar con la participación de un traductor/a e intérprete que comprenda el contenido de las sesiones educativas y las pueda transmitir con claridad en lengua awajún. Se recomienda que esta labor se asigne a un funcionario público awajún o, en su defecto, a un promotor/a de salud que es parte de la comunidad.
- A nivel metodológico se recomienda evitar sesiones expositivas prolongadas. En su defecto estas deben ser participativas, enfocadas a resolver las dudas, prejuicios, rumores y noticias falsas sobre el VIH/SIDA. Asimismo, se recomienda no emplear lenguaje técnico, sino más bien uno coloquial y directo.
- En adición a ello, es necesario rescatar la solicitud de las comunidades de contar con información clara y certera a la que se pueda acceder en cualquier momento. En ese sentido, recomendamos la realización de afiches informativos sobre la prevención, transmisión, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA.
- Deberán producir dos tipos de materiales: por un lado, afiches (de dimensiones 1.5 x 1m) que puedan ser instalados dentro del local comunal y en el puesto de salud correspondientes. Estos tendrán información valiosa a través de imágenes y no a través de textos extensos. Dichas imágenes deben tener correspondencia con los usos y costumbres de las comunidades awajún y los textos deben ser traducidos al awajún.
- Por otro lado, volantes (7.5 x 10.5 cm) que puedan ser tomados en los puestos de salud. En esta se priorizará un poco más del texto, empleando lenguaje coloquial y directo.

3) Las comunidades awajún presentan una baja adherencia al TARGA por parte de los pacientes de las comunidades, durante el trabajo de campo se ha identificado que

la falta adherencia al TARGA es el principal motivo por el cual los pacientes llegan a la fase SIDA y, posteriormente, fallecen. Frente a ello, consideramos que es necesario abordar dos causas esenciales de esta problemática:

- Por un lado, es necesario contemplar a los familiares de los pacientes como actores clave en el proceso de adhesión al TARGA, ya que ellos son los que pueden lograr disuadirlos o persuadirlos.
- Por otro lado, se encuentra también el miedo y la vergüenza que sienten los pacientes frente a la posibilidad de que su diagnóstico sea descubierto dentro de su propia comunidad. Así frente a ambos aspectos es importante, por un lado, fortalecer la participación de los familiares del paciente en las consejerías de VIH, con el objetivo de convencerlos de que el TARGA es una tratamiento seguro y eficaz y generar espacios de sensibilización tanto para la familia del paciente como también para resto de la comunidad sobre la discriminación hacia los pacientes con VIH y hacia las diversidades sexuales.

4) Finalmente se concluye en que no se genera un diálogo intercultural entre la comunidad y los funcionarios en materia de salud, en ese sentido se recomienda:

- Extraer el discurso o lenguaje técnico de salud la idea de que el VIH en las comunidades amazónicas tiene que ver con su cultura, es decir, su forma de ver el mundo. Este discurso instala la idea en el personal de salud que la cultura awajún es problemática, irracional, hermética.
- De igual forma debe eliminarse el discurso de que los por motivos culturales los awajún tiene particularmente un alto lívido, iniciación sexual precoz y no desea usar preservativos. Con este discurso se hace una caracterización estereotípica o esencialista de los awajún.
- Es necesario comprender que la brujería y las plantas medicinales son estrategias de los awajún para volver a tener salud. Estrategias que emplean frente a la inaccesibilidad (territorial) de los centros de salud no tener respuestas del Estado, por tenerle miedo/desconfianza o por desconocimiento. De manera similar los ciudadanos del área urbana van a las farmacias más cercanas a comprar una pastilla y pedir un diagnóstico o acuden a remedios caseros: por falta de dinero o desconocimiento.
- Para todo ello, es necesario fortalecer las capacidades interculturales de los funcionarios de salud.

VIII. PROPUESTA DE ESTRATEGIAS PARA LA INCORPORACIÓN DE LA COSMOVISIÓN INDÍGENA EN LA ATENCIÓN DEL VIH

A través del estudio de la cosmovisión indígena awajún sobre el VIH en la región Amazonas se busca identificar qué factores contribuyen en la prevalencia del VIH y SIDA en las comunidades awajún de las provincias de Condorcanqui y Bagua.

Para ello se han analizado los conocimientos, inquietudes y necesidades específicas de las comunidades awajún de las provincias de Condorcanqui y Bagua frente a la prevalencia VIH/SIDA. Asimismo, se han analizado las percepciones de los funcionarios del sector salud para abordar los temas relacionados a las infecciones de trasmisión sexual, con énfasis en el VIH, en el pueblo awajún.

Sobre la base de este análisis identificamos que existen factores materiales que limitan de sobre manera el accionar de los centros de salud de las provincias de Bagua y Condorcanqui. Entre los principales problemas hallamos:

- Falta de presupuesto para fortalecer la estrategia de VIH
- Deteriorada infraestructura de los centros de salud y limitados espacios físicos para integrar centros TAR
- Alta rotación de personal de salud del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – Serums
- Compleja conectividad terrestre y fluvial.
- Remuneración poco atractiva para los profesionales de salud.

Sin embargo, para el diagnóstico en mención hemos priorizado identificar los factores socioculturales que pueden explicar la prevalencia del VIH en las comunidades awajún:

a) Desconfianza de las comunidades awajún hacia la labor de los funcionarios de salud

   Dentro de las comunidades visitadas se han hallado rumores de que los funcionarios de salud no respetan el principio de confidencialidad para con los pacientes vivientes con VIH. Además, las autoridades comunales perciben que los funcionarios de salud no conocen de la realidad awajún y que tienen poca voluntad de articular ni coordinar con los apus, por lo que concluyen que no están comprometidos con la comunidad ni con su trabajo.

b) Bajo conocimiento sobre prevención y transmisión del VIH/SIDA por parte de las comunidades awajún

Dentro de las comunidades visitas se identificó que las autoridades comunales ni los miembros adultos de las comunidades han recibido material informativo o alguna capacitación sobre la prevención, trasmisión y tratamiento del VIH; lo cual se traduce en desconocimiento y discriminación.

c) Baja adherencia al TARGA por parte de los pacientes de las comunidades awajún

De acuerdo a las opiniones de los ciudadanos awajún y los funcionarios de salud entrevistados se reconoce que los familiares cercanos de los pacientes diagnosticados (la madre o los hermanos) son actores clave que pueden persuadirlos para utilizar otros medios de sanación, como plantas medicinales o acudir a un curandero.

Asimismo, los pacientes diagnosticados temen que al acceder al tratamiento estos sean descubiertos públicamente por otros miembros de su comunidad y, en consecuencia, ser aislados o discriminados por su condición de salud.

d) Limitado diálogo intercultural entre la comunidad y los funcionarios

Respecto a la información brindada por los funcionarios de salud entrevistados, se ha encontrado que ellos suelen emplear un lenguaje técnico, lo cual puede dificultar la comprensión del diagnóstico a los pacientes awajún. Además, se ha hallado que la gran mayoría de los funcionarios considera que la cultura awajún (promiscuidad y creencia en la brujería y las plantas medicinales) es factor clave que determina la prevalencia del VIH.

Sobre la base de estos cuatro factores, a continuación, se presenta una serie de estrategias para el abordaje del VIH en las comunidades awajún de las provincias de Condorcanqui y Bagua.

8.1. Estrategia 1: Fortalecer la confianza hacia la labor de los servidores de salud

Es necesario reconocer que todos los pacientes (indígenas o no) tienen resistencias o no pueden asistir a un centro de salud por diversos factores: económicas, sociales, territoriales y culturales. Así, el Estado tiene la responsabilidad de atender y comprender dichas resistencias o brechas a través de estrategias sociales, comunicacionales y psicológicas. Sobre todo, frente a enfermedades de alta prevalencia a nivel regional o local.

En particular, los awajún tienen una desconfianza hacia el sector público que se relaciona con una estructural vulneración de los derechos de los pueblos indígenas: discriminación étnico-racial, exclusión socioeconómica, centralización de los servicios básicos en las capitales, etc. De hecho, la Emergencia Sanitaria por la COVID-19 ha sido

uno de los antecedentes más cercanos que ha fortalecido la desconfianza y el miedo de las comunidades hacia el sector salud.

En ese sentido, los centros de salud deben recuperar o ganarse la confianza de las comunidades de su jurisdicción geográfica, incluyéndose en sus estrategias, comunicándose activamente con ellos y generando acuerdos. Para ello se recomienda que los jefes de los establecimientos de salud realicen dos acciones:

a) Establecer compromisos éticos explícitos ante las comunidades en tres materias: a) Garantizar la confidencialidad del diagnóstico de los pacientes; b) Garantizar el derecho a la igualdad y no discriminación durante todo el proceso de atención; c) Garantizar una activa coordinación con los líderes de comunales para realizar actividades extramurales y para participar en asambleas comunales.

   Para cumplir con esta acción se deben realizar las siguientes tareas específicas:

   - Realizar una o más reuniones de coordinación con el apu de la comunidad y otras autoridades este considere para expresar la intención del centro de salud de exponer estos 3 compromisos frente a una asamblea comunal.

   - Contrastar estos compromisos con la perspectiva de las autoridades comunales y ajustarlos dentro de los márgenes de la ética profesional.

   - Concertar con las autoridades comunales, cómo y cuándo se realizará la presentación de los compromisos. Ello involucra tomar en cuenta que dichos compromisos serán redactados y firmados en un acta de asamblea.

b) Concertar con las autoridades comunales quiénes serán los aliados estratégicos dentro de las comunidades con los que se abordará la Estrategia de VIH. Para cumplir con esta acción se deben realizar las siguientes tareas específicas:

   - Consultar a los apus qué miembros de la comunidad podrían ser aliados estratégicos; es decir, puntos focales con los que el centro de salud podría articular. Entre ellos podrían contemplarse: el apu, el vice apu, el presidente de salud, presidente de rondas campesinas, ancianos o sabios, parteras, docentes EIB, entre otros.

   - Sugerir y/o consensuar quiénes podrían ser los agentes comunitarios, agentes de medicina tradicional o educadores de pares.[60]

[60] Son personas de las poblaciones clave, como: Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH), Mujeres Transgénero (MT), Trabajadores o Trabajadoras Sexuales (TS), Personas que viven con el VIH/SIDA (PVV) y Personas Privadas de la Libertad (PPL), seleccionados y capacitados para brindar apoyo emocional, educación en salud y acompañamiento a sus pares en los establecimientos de salud y a nivel comunitario, para la prevención y atención integral de las ITS/VIH/SIDA. En el abordaje de los adolescentes también se considerarán educadores pares. Véase: NTS N° 097- MINSA/2018/DGIESP - V.03

- Además, se deberán fortalecer las capacidades de los funcionarios de salud para brindar una atención culturalmente pertinente. Para ello, la Dirección de Políticas Indígenas y la Dirección Desconcentrada de Cultura de Amazonas, a través de sus especialistas, podrán realizar dos acciones:

    - Brindar talleres (presenciales o virtuales) sobre pautas de relacionamiento para realizar intervenciones efectivas y con pertinencia cultural en comunidades nativas.

    - Brindar asistencia técnica para la realización de actividades extramurales. A través de reuniones virtuales o presenciales los especialistas podrán brindar recomendaciones metodológicas sobre cómo (a) Realizar un diálogo intercultural; (b) Reconocer/valorar conocimientos ancestrales; (c) abordar temáticas de mujer indígena.

8.2. Estrategia 2: Fortalecer los conocimientos de los miembros de las comunidades en materia de prevención, transmisión, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA.

En el presente diagnóstico se ha identificado que la mayoría de autoridades comunales y los promotores de salud reconocen que los funcionarios de sus respectivos centros de salud han realizado sesiones educativas o capacitaciones en materia del VIH/SIDA, al menos una vez al año. Sin embargo, parece que el sector salud focaliza dichas sesiones solo a estudiantes de las comunidades que cursan los grados de 3ero, 4to y 5to de secundaria.

Si bien la focalización permite atender de manera estratégica a la población adolescente awajún (uno de los grupos etarios con mayor prevalencia del VIH), esta deja de lado el interés de las autoridades comunales y los padres de familia por tener mayores certezas sobre cómo combatir la enfermedad. De hecho, en las entrevistas y en las asambleas comunales se ha identificado que la mayoría de los participantes expresó la necesidad de tener, periódicamente, capacitaciones o sesiones educativas con información clara y actualizada para todos los miembros de la comunidad.

En ese sentido, resulta indispensable que, además de las sesiones dirigidas a adolescentes, se realicen otras sesiones educativas con pertinencia cultural dirigidas a todos los miembros de la comunidad. Para ello se deberán considerar las siguientes acciones:

a) Los servidores de salud que forman parte de la Estrategia VIH deben realizar sesiones educativas con metodología participativa dirigida a toda la comunidad.

b) Proponer o consultar al apu de la comunidad unas sesiones educativas piloto, dirigidas a los aliados estratégicos de la comunidad. Con esta sesión se podrán registrar las dudas más recurrentes que tiene la comunidad y recomendaciones sobre la metodología de trabajo.

c) Ajustar las sesiones educativas de acuerdo a las recomendaciones brindadas por los aliados estratégicos. Asimismo, procurar que estas cuenten con una metodología participativa; es decir, que no cuente con dinámicas expositivas prolongadas. Que se apueste por resolver las dudas, prejuicios, rumores y noticias falsas sobre el VIH/SIDA empleando un lenguaje coloquial y directo[61].

d) Integrar a las sesiones educativas contenidos en materia de estigma y discriminación asociados al VIH (orientación sexual, identidad de género, etc) y los riesgos de la discriminación en la salud mental los pacientes.

e) Garantizar que, en la medida de lo posible, se cuente con la participación de *un traductor/a e intérprete* que comprenda el contenido de las sesiones educativas y las pueda transmitir con claridad en lengua awajún. Se recomienda que esta labor se asigne a un funcionario público awajún o, en su defecto, a un promotor/a de salud que es parte de la comunidad.

8.3. Estrategia 3: Incrementar la adherencia al TARGA por parte de los pacientes de las comunidades.

Durante el trabajo de campo se ha identificado que la falta adherencia al TARGA es el principal motivo por el cual los pacientes llegan a la fase SIDA y, posteriormente, fallecen. Frente a ello, consideramos que es necesario abordar dos causas esenciales de esta problemática.

Por un lado, es necesario contemplar a los familiares de los pacientes como actores clave en el proceso de adhesión al TARGA, ya que ellos son los que pueden lograr disuadirlos o persuadirlos. Por otro lado, se encuentra también el miedo y la vergüenza que sienten los pacientes frente a la posibilidad de que su diagnóstico sea descubierto dentro de su propia comunidad. Así, frente a ambos, aspectos se propone que los funcionarios que forman parte de la Estrategia de VIH efectúen dos acciones:

a) Fortalecer los contenidos de la consejería post test de VIH en materia de estigma y discriminación asociados al VIH y SIDA. Para ello deben realizarse estas tareas:

- Revisión de material informativo en relación al estigma y discriminación asociados al VIH y SIDA.

  - Mensajes básicos. Proyecto “Cerrando brechas: hacia el logro de los objetivos de desarrollo del milenio en tuberculosis y VIH y SIDA en el Perú”: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2583.pdf

[61] Toda sesión educativa debe ser agendada y coordinada previamente con el apu de la comunidad. Ello es importante ya que entablar una comunicación transparente y directa con las autoridades comunales deja en claro que el sector salud no está imponiendo sus actividades, por el contrario: está tomando en cuenta la opinión y la disponibilidad de la comunidad.

- Módulo de trabajo para proveedores de salud: Cómo reducir el Estigma y la Discriminación: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2600-1.pdf

- Solicitar asistencia técnica al Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Promoción de la Salud de la DGIESP, sobre los mensajes en materia de prevención del estigma y la discriminación.[62]

- Solicitar asistencia técnica a los centros de salud mental comunitarios de las provincias sobre el impacto de la discriminación y el estigma en la salud mental de ciudadanos awajún.

b) Capacitar a los agentes de soporte personal (ASP)[63]; para ello deben tomarse las siguientes consideraciones:

- El contenido de la capacitación sería: tratamiento de VIH, soporte emocional y prevención del estigma y la discriminación asociados al VIH.

- Considerar que en las comunidades awajún existen roles de cuidado compartidos dentro de la familia extendida. Bajo este contexto es probable que se pueda contar con más de un ASAP por paciente; sin embargo, las madres son los pilares de cuidado físico y espiritual de los hijos.

- Garantizar que, en la medida de lo posible, se cuente con la participación de *un traductor/a e intérprete* que comprenda el contenido de las sesiones educativas.

8.4. Estrategia 4: Fortalecer capacidades interculturales de los servidores de salud.

A través de las entrevistas realizadas proponemos que la prevalencia del VIH y la baja adherencia al TARGA no se explican exclusivamente por las creencias de los awajún ("el VIH es brujería o daño"). En su defecto, es necesario comprender que acudir al curandero o emplear plantas medicinales son estrategias culturalmente cercanas de los awajún (e incluso discretas) para volver a tener salud.

Asimismo, estas estrategias se emplean en respuesta brechas de inaccesibilidad (territorial) de los centros de salud, al temor hacia la discriminación/ exclusión/ exilio de parte de su propia comunidad, al limitado acceso a la información, entre otros. De manera similar los ciudadanos del área urbana van a las farmacias más cercanas a

---

[62] Ministerio de Salud. (2018). Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (NTS N° 097-MINSA/DGSP-V.03). Resolución Ministerial N° 215-2018/MINSA. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

[63] El ASP es un miembro del entorno personal del paciente, pudiendo ser un familiar o amigo cercano, elegido por el paciente, que le brinda acompañamiento, soporte emocional y apoyo para fortalecer la adherencia al tratamiento, entre otras actividades. Véase NTS N°169/2020/ DGIESP Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH.

comprar una pastilla y pedir un diagnóstico o acuden a remedios caseros: por falta de dinero o desconocimiento.

En ese sentido, el sector público debe dejar de aproximarse a las comunidades como otro extraño o hermético cuya cosmovisión (es decir, su forma de ver el mundo) es problemática o "difícil de batallar". Asimismo, deben eliminar las aseveraciones estereotípicas sobre los awajún: "tienen una cultura libertina", "tienen demasiado líbido", "tiene una iniciación sexual precoz", etc.

Para todo ello, es imperativo que el personal de salud pueda mejorar sus competencias interculturales en coordinación interinstitucional de la Diresa Amazonas, Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura y Organizaciones Indígenas.

REFERENCIAS

Campos Guevara, J., Guevara Arce, M., & Nóbrega Mayorga, M. (2009). Una aproximación cualitativa a la prevención del VIH/SIDA en dos comunidades nativas de Ucayali. Instituto de Educación y Salud. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Ministerio de Salud del Perú.

Chávarry-Ysla, P. del R., Febres-Suazo, R. R., Ynga-Chicoma, M. C., Calleja-Torres, J. C., & Cabrera-Cabrera, X. (2021). Política pública transcultural y factores no adherentes al TARGA del VIH-sida etnia Perú-Amazónica Kusu Pagata. Revista Cubana de Enfermería, 36(4), e3479

Chávez Ackermann, G. (2019). Diálogos médicos: la negociación de los modelos explicativos y narrativas sobre el VIH/SIDA entre la población awajún de comunidades intervenidas en el marco de la estrategia contra el VIH/SIDA [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio PUCP.

Chávez, G. (2018). Modelos explicativos del VIH/SIDA entre la población awajún de comunidades intervenidas por el Fondo Global en el marco de la estrategia contra el VIH. Anthropía, 15, 11–23. https://doi.org/10.18800/anthropia.2018.001

Convenio 169 de la OIT sobre pueblo indígenas y triviales file:///C:/Users/esubelete/Downloads/wcms_345065%20(3).pdf

Decreto Supremo N° 005-2013-MC, que aprueba el Reglamento de Organizaciones y funciones del Ministerio de Cultura.

Eduardo Gotuzzo H. SIDA en el Perú: Impacto de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Rev Med Hered. 2007;18(4):181-3.

Fernández Alvarado, J. C., Bocanegra Vilcamango, B., Carrasco Huamán, D. I., Cervera Gómez, R. L., & Rojas Torres, C. B. (2024). La educación y cosmovisión awajún. Universidad, Ciencia y Tecnología, 27(121), 28-37. https://doi.org/10.47460/uct.v27i121.752

Flores Rojas, M. X. (2019). Entre Játa y Waweamu: VIH/SIDA en las comunidades awajún de la Amazonía Peruana. Mana: Estudios de Antropología Social, 25(3), 777-808.

Flores Rojas, M. X. (2020). «VIH/sida awajún: nociones y experiencias de enfermedad y daño en un contexto de epidemia en la Amazonía Peruana». Anthropologica, 38(44), 235-266. https://doi.org/10.18800/anthropologica.202001.010

Flores Rojas, M. X. (2021). “El toé te cura bonito”: modos femeninos de dar salud en el pueblo awajún (Amazonía Peruana). Cadernos de Campo (São Paulo, 1991), 30(2), e193520. https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v30i2pe193520

Flores Rojas, M. X. (2022). (Con)viviendo con la epidemia: memorias, nociones y equívocos en torno al VIH/sida en el pueblo awajún. En Más allá de lo terapéutico: aproximaciones etnográficas al estudio de la salud indígena en las tierras bajas de América del Sur (pp. 163-194). Pontificia Universidad Católica del Perú.

García de Alba García, J. E. (2012). Saberes culturales y salud: una mirada de la realidad polifacética. Desacatos. Revista de Ciencias Sociales, 39, 89-104. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2012000200007&lng=esscielo.org.

Gobierno del Perú. (s. f.). *¿Qué son las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?*Perú. gob.pe.https://www.gob.pe/36502-que-son-las-infecciones-de-transmision-sexual-its] (https://www.gob.pe/36502-que-son-las-infecciones-de-transmision-sexual-its)

Gobierno Regional de Amazonas. (2016). Ordenanza Regional N.° 381-2016 GRA/CR [Norma regional]. Gobierno Regional de Amazonas.

Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (6.ª ed.). México: McGraw-Hill.

INFOSIDA. (2024, 2 de diciembre). ¿Qué es el VIH? Infosida. https://www.infosida.es/que-es-el-vih

INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N Engl J Med. 2015;373(9):795-807. doi:10.1056/NEJMoa1506816. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1506816

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (s. f.). Censos Nacionales 2017. https://censo2017.inei.gob.pe/

Instituto Nacional de Salud. (2014). Documento técnico: Diálogo intercultural en salud. Ministerio de Salud del Perú. https://repositorio.ins.gob.pe/items/78c85a5f-d78b-4312-a72a-7ad3eb76865c

Congreso de la República del Perú. (2011). Ley N.° 29785, Ley del Derecho a la Consulta Previa a los Pueblos Indígenas u Originarios, reconocido en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Diario Oficial El Peruano. https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/3560661-29785

Medina Ibáñez, A. A. (2019). Representaciones sociales sobre sexualidad y VIH en poblaciones awajún Provincia de Condorcanqui-Amazonas [Tesis doctoral, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

Ministerio de Salud (MINSA). (2006). Los primeros dos años de acceso universal al tratamiento antirretroviral en el Perú* \[en línea]. Lima: MINSA. http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/148_%20ATR1.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/148_%20ATR1.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2016). Norma Técnica de Salud para la prevención y el control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en pueblos indígenas amazónicos, con pertinencia intercultural (N° 129-MINSA/DGIESP). Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. https://bvs.minsa.gob.pe/php/getDoc.php?f=dgsp%2FNT129.pdf

Ministerio de Salud del Perú. (2019). Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes (N° 157-MINSA/2019/DGIESP). Ministerio de Salud. https://repositorio.minsa.gob.pe/handle/MINSA/81456

Ministerio de Salud del Perú. (2021). Norma técnica de salud para la prevención y eliminación de la violencia de género en los establecimientos de salud que brinden servicios de salud sexual y reproductiva (N° 180-MINSA/DGIESP-2021). Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud del Perú. (2025). Boletín Epidemiológico N° 30. Recuperado de https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/boletin/boletin_202526_30_092948_4.pdf

Ministerio de Salud. (2018). Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (NTS N° 097-MINSA/DGSP-V.03). Resolución Ministerial N° 215-2018/MINSA. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. (2025, 17 de septiembre). Sala Situacional del VIH / SIDA. https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_vih/

MINSA. Los primeros dos años de Acceso Universal al tratamiento antirretroviral en el Perú [en Internet]. Lima: MINSA; 2006. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/148_%20ATR1.pdf

MINSA. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el VIH [en Internet]. Lima: MINSA; 2018. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf

MINSA. Norma técnica para el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en adultos infectados por VIH [en Internet]. Lima: MINSA; 2004. en: https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/peru_art.pdf

Monteza-Facho, B., Trujillo-Villarroel, O. V., & Salaverry-García, O. E. (2019). Política sectorial de salud intercultural (Edición de bolsillo). Instituto Nacional de Salud. https://hdl.handle.net/20.500.14196/1158

Municipalidad Provincial de Condorcanqui. (2022). Ordenanza Municipal N° 006-2022-MPC [Norma municipal]. Municipalidad Provincial de Condorcanqui.

Municipalidad Provincial de Condorcanqui. (2022). Resolución de Alcaldía N° 339-2022 -MPC/A [Resolución municipal]. Municipalidad Provincial de Condorcanqui.

Municipalidad Provincial de Condorcanqui. (2023). Ordenanza Municipal N° 015-2023-MPC [Norma municipal]. Municipalidad Provincial de Condorcanqui.

National Institutes of Health. (s. f.). VIH y el SIDA: conceptos básicos. HIVinfo. Recuperado de https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/vih-y-el-sida-conceptos-basicos

Negin, J., Aspin, C., Gadsden, T., & Reading, C. (2015). El VIH entre los pueblos indígenas: una revisión de la literatura sobre conductas relacionadas con el VIH desde el comienzo de la epidemia. AIDS and Behavior, 19(9), 1720–1734. https://doi.org/10.1007/s10461-015-1023-0

Nelson AM, Manabe YC, Lucas SB. Immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS): what pathologists should know. Semin Diagn Pathol. 2017;34(4):340–351. doi: 10.1053/j.semdp.2017.04.010.

NTS N°169-MINSA/2020/DGIESO “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”.

ONUSIDA. (2012). Prevención de VIH en poblaciones vulnerables. ONUSIDA Guatemala.

ONUSIDA. (s. f.). Preguntas frecuentes con relación al VIH y el sida. Recuperado de https://www.unaids.org/es/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids (unaids.org)

Organización Mundial de la Salud. (2023, 13 de julio). VIH y sida. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

Organización Mundial de la Salud. (2023, 13 de julio). VIH y sida [Hoja informativa]. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

Palma-Pinedo, H., & Reyes-Vega, M. (2018). Barreras para la calidad de información en establecimientos de salud de la Amazonía: el caso de tres sistemas de información de VIH/SIDA, hepatitis B y sífilis congénita. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 35(1), 25-31. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.351.3596

Pintado Estela, I. (2016). La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas: la tensión entre la atención al VIH-SIDA y el enfoque intercultural [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. PUCP Repositorio.

Portocarrero Gutiérrez, J. (2015). VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 32(3), 546–554. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.323.1691

Sanz Lorente, M. (2023). Las enfermedades de transmisión sexual en el siglo XXI. Revista Hospital a Domicilio, 7(2), 91 97. https://doi.org/10.22585/hospdomic.v7i2.191

Secretaría Internacional de Pueblos Indígenas frente al VIH, la Sexualidad y los Derechos Humanos (Sipia) y ONUSIDA (2016). Estado del Arte sobre VIH y Pueblos Indígenas en América Latina. Informe.

United Nations. (2007). Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas [Documento PDF]. Recuperado de https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf

Us, H. A. (2024, 8 de agosto). Salud intercultural y pueblos indígenas. ¿Y si hablamos de igualdad?

Vizcarra-Herles, N. E., Boza-Condorena, E. G., & González-Aportela, O. (2022). Plantas medicinales de uso significativo en comunidades awajún de la Amazonía peruana. Revista Jardín Botánico, Universidad de La Habana, 43, 89-101.

World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach [in Internet]. Geneva: WHO; 2016. Disponible en https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/

ANEXO 1

GUÍA DE ENTREVISTA PUEBLO INDÍGENA AWAJÚN (LÍDERES COMUNALES, SABIOS, PACIENTES)

INTRODUCCIÓN

1. Presentación y Consentimiento:
    - Saludo e introducción.
    - Explicación del propósito de la entrevista y su importancia.
    - Obtención del consentimie nto informado.

CONTEXTO CULTURAL Y SOCIAL

2. Historia y Contexto Cultural:
    - Preguntas sobre la historia y tradiciones de los awajún relacionadas con la salud y las enfermedades.
    - ¿Cómo se han enfrentado históricamente a las enfermedades en su comunidad? (médica-ancestral, prácticas culturales).
3. Conocimientos y Percepciones:
    - ¿Cuáles son las percepciones tradicionales sobre la salud y las enfermedades en su comunidad?
    - ¿Cómo describirían la relación entre la salud física y la espiritual?

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y VIH

4. Conciencia sobre el VIH:
    - ¿Cómo describirían la conciencia de su comunidad sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH?
    - ¿Cómo cree que se previene el VIH?

- ¿Existen términos o conceptos específicos en su lengua para referirse a estas enfermedades?

5. Factores Culturales que Influyen:

- ¿Cuáles creen que son los factores culturales que contribuyen a la incidencia y prevalencia de ITS, especialmente el VIH, en su comunidad?
- ¿Hay prácticas culturales que podrían afectar la transmisión de estas enfermedades?

EXPERIENCIAS PERSONALES

6. Experiencias de Pacientes:

- Para pacientes indígenas awajún VIH positivos:
- ¿Podría compartir su experiencia personal en el manejo de su condición? --> prácticas culturales, atención, tratamiento, prevención
- ¿Cómo ha sido su interacción con los servicios de salud convencionales?

7. Perspectiva de Sabios/curanderos:

- Para curanderos que hayan atendido casos de VIH:
- ¿Cómo abordan ustedes, como curanderos, las enfermedades modernas como el VIH?
- ¿Cómo se integran las prácticas tradicionales en el tratamiento de estas enfermedades?

ADAPTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

8. Necesidades y Adaptaciones:

- ¿Qué cambios creen que son necesarios en los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la comunidad awajún en relación con las ITS y el VIH?

CONCLUSIÓN

9. Agradecimiento y Preguntas Finales:

- Agradecimiento por la participación.
- Preguntas abiertas para comentarios adicionales.
- Ofrecimiento de información y recursos sobre salud.

ANEXO 2

GUÍA DE ENTREVISTA PUEBLO INDÍGENA AWAJÚN (LÍDERES COMUNALES, SABIOS, PACIENTES)

INTRODUCCIÓN

1. Presentación y Consentimiento:
    - Saludo e introducción.
    - Explicación del propósito de la entrevista.
    - Obtención del consentimiento informado.

CONOCIMIENTO Y ENTENDIMIENTO

2. Conocimiento sobre la cultura awajún:
    - ¿Cómo describiría su conocimiento sobre la cultura y prácticas ancestrales del pueblo awajún?
    - ¿Cuáles cree que son los aspectos culturales más relevantes para la salud de esta comunidad?
3. Conciencia del VIH en la Comunidad:
    - ¿Cómo evaluaría la conciencia del VIH dentro de la comunidad awajún?
    - ¿Ha observado diferencias en la percepción del VIH entre la comunidad y el personal de salud?

PRÁCTICAS ANCESTRALES Y VIH

4. Percepciones sobre Prácticas Ancestrales:
    - ¿Cómo percibe la comunidad awajún la relación entre las prácticas ancestrales y la prevención o tratamiento del VIH?
    - ¿Cuáles son los aspectos positivos y desafíos que ha observado en la integración de prácticas ancestrales en el contexto de la atención del VIH?
5. Interacción con Curanderos y Sabios:
    - ¿El personal de salud ha tenido interacciones con curanderos o sabios awajún en el contexto del VIH?

- ¿Cómo describiría la colaboración entre el personal de salud y los practicantes de medicina tradicional en casos de VIH?

ADAPTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

6. Necesidades de Adaptación:

   - ¿Cuáles cree que son las necesidades específicas de adaptación en los servicios de salud para abordar las percepciones culturales en relación con el VIH?

   - ¿Ha identificado barreras culturales en la comunicación y el acceso a los servicios de salud relacionados con el VIH?

7. Integración de Prácticas Ancestrales en la Atención del VIH:

   - ¿Cómo podría integrarse de manera efectiva el conocimiento y las prácticas ancestrales en los programas de prevención y tratamiento del VIH?

COLABORACIÓN Y COMUNICACIÓN

8. Colaboración con la Comunidad:

   - ¿Cuántos sectores tienen? ¿Y ustedes llegan a todos los sectores?

   - ¿Cómo fomenta el personal de salud la colaboración y el diálogo con la comunidad awajún en temas relacionados con el VIH?

   - ¿Se han establecido canales de comunicación efectivos?

CONCLUSIÓN

9. Agradecimiento y Preguntas Finales:

   - Agradecimiento por la participación.

   - Preguntas abiertas para comentarios adicionales.

   - Ofrecimiento de información y recursos sobre la cultura y la salud en la comunidad awajún.

PERÚ | Ministerio de Cultura

www.gob.pe/cultura

Av. Javier Prado Este n.° 2465, San Borja
Lima - Perú

@mincu.pe @minculturape @minculturape @minculturape @minculturape