

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y BARRERAS DE ACCESO EN POBLACIÓN INDÍGENA CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: IMPLICANCIAS PARA MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL AMAZONAS, 2025

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND BARRIERS TO ACCESS IN INDIGENOUS POPULATIONS WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS: IMPLICATIONS FOR WOMEN OF CHILDBEARING AGE IN THE AMAZONAS, 2025

Liliana Yagaira Eguía Yupanqui ^{1,a}, Manuel Hernán Izaguirre Sotomayor ^{1,b},
Hugo Gutiérrez Crespo ^{1,c}, Raúl Alberto Ruiz Arias ^{2,d}

Filiación:

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Lima, Perú

² Universidad Nacional Federico Villareal, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Lima, Perú

^a Licenciada en obstetricia

^b Doctor en Educación

^c Magíster en Docencia e Investigación de Salud

^d Magíster en Estadística

Cómo citar el artículo: Eguía-Yupanqui LY, Izaguirre-Sotomayor MH, Gutiérrez-Crespo H, Ruiz-Arias RA. Características sociodemográficas y barreras de acceso en población indígena con Virus de Inmunodeficiencia Humana: Implicancias para mujeres en edad fértil del Amazonas, 2025. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2026; 11 (1): o14-o20. DOI: 10.47784/rismf.2026.11.1.459

Financiamiento: La investigación fue autofinanciada por los autores

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Correspondencia:

Liliana Yagaira Eguía Yupanqui
Correo electrónico:
eguililiana28@gmail.com

Recibido: 20-11-2025

Revisión: 12-12-2025

Aprobado: 08-03-2026

Anticipada: 11-03-2026

Publicado: 11-03-2026



RESUMEN

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y analizar su relación con las barreras de acceso a los servicios de salud en población indígena con diagnóstico de VIH atendida en el Centro de Salud Nieva, provincia de Condorcanqui, Amazonas, durante 2025. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, observacional y transversal, realizado entre marzo y mayo de 2025. Se incluyeron 150 personas indígenas (Awajún y Wampis) con diagnóstico de VIH. La recolección de datos se efectuó mediante entrevista estructurada con una ficha sociodemográfica y un cuestionario de barreras de acceso adaptado del modelo de Penchansky y Thomas. Se evaluó la confiabilidad interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α), considerándose aceptable un valor $\geq 0,70$. El análisis estadístico incluyó frecuencias, porcentajes y pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis), con un nivel de significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** El 88,0% pertenecía a la etnia Awajún, el 67,3% tenía entre 18 y 30 años y el 44,7% se encontraba desempleado. Las barreras más prevalentes fueron cognitivas (81,3%), económicas (63,3%) y actitudinales (54,0%). Se identificaron asociaciones significativas ($p < 0,05$) entre las barreras de acceso y variables como sexo, edad, escolaridad, estado civil y ocupación. **Conclusiones:** Las características sociodemográficas se asocian con la percepción de barreras de acceso a los servicios de salud en personas indígenas con VIH. Las barreras económicas, cognitivas y actitudinales constituyen los principales obstáculos, por lo que se requiere fortalecer la atención con enfoque intercultural, descentralizar servicios y promover intervenciones diferenciadas para garantizar una atención equitativa.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Grupos Indígenas; VIH; Factores socioeconómicos; Salud de poblaciones (Fuente: DeCS, BIREME)

ABSTRACT

Objective: To describe sociodemographic characteristics and analyze their association with barriers to accessing health services among Indigenous people diagnosed with HIV who attended the Nieva Health Center, Condorcanqui Province, Amazonas, during 2025. **Methods:** Quantitative, observational, and cross-sectional study conducted between March and May 2025. A total of 150 Indigenous participants (Awajún and Wampis) diagnosed with HIV were included. Data were collected through structured interviews using a sociodemographic form and an access barrier questionnaire adapted from the Penchansky and Thomas model. Internal consistency was evaluated using Cronbach's alpha (α), with values ≥ 0.70 considered acceptable. Statistical analysis included frequencies, percentages, and nonparametric tests (Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H), with a significance threshold of $p < 0.05$. **Results:** Of the participants, 88.0% belonged to the Awajún ethnic group, 67.3% were aged 18–30 years, and 44.7% were unemployed. The most prevalent barriers were cognitive (81.3%), economic (63.3%), and attitudinal (54.0%). Significant associations ($p < 0.05$) were identified between access barriers and variables such as sex, age, educational level, marital status, and occupation. **Conclusions:** Sociodemographic characteristics were associated with perceived barriers to accessing health services among Indigenous people living with HIV. Economic, cognitive, and attitudinal barriers represented the main obstacles; therefore, strengthening intercultural approaches, decentralizing care, and promoting differentiated interventions are required to ensure equitable service delivery.

Key words: Health services accessibility; HIV; Indigenous peoples; Population health; Socioeconomic factors (Source: MeSH, NLM)

INTRODUCCIÓN

A pesar de los sustanciales avances en la terapia antirretroviral, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) persiste como un desafío global de salud pública, afectando a aproximadamente 39 millones de personas en 2023 y evidenciando profundas inequidades en el acceso a los servicios sanitarios (1). Estas disparidades impactan de forma desproporcionada a las poblaciones indígenas, históricamente vulneradas por la convergencia de determinantes sociales adversos, como la pobreza, la exclusión y severas barreras culturales y lingüísticas, que incrementan el riesgo de diagnóstico tardío y abandono terapéutico (2,3). En el ámbito de la salud reproductiva, esta vulnerabilidad resulta crítica para las mujeres indígenas en edad fértil (18–49 años); la falta de diagnóstico oportuno y la interrupción de la atención continua durante el embarazo, parto y puerperio elevan drásticamente el riesgo de transmisión vertical, haciendo imperativa la adaptación de los servicios desde un enfoque intercultural.

En América Latina, y de manera acentuada en la Amazonía peruana, estas brechas epidemiológicas se ven exacerbadas por la alta dispersión poblacional y la limitada infraestructura sanitaria. Un escenario representativo es la provincia de Condorcanqui (Amazonas), un territorio de predominancia indígena donde las complejas vías de transporte terrestre y fluvial configuran barreras estructurales que obstaculizan gravemente la atención integral del VIH (4). Pese a la urgencia de abordar esta problemática, existe una notable escasez de evidencia científica que caracterice integralmente el perfil sociodemográfico y las barreras de acceso a los servicios de salud que experimenta esta población. Esta carencia de información contextualizada limita severamente el diseño y la implementación de intervenciones sanitarias efectivas y adaptadas a las realidades socioculturales de las comunidades amazónicas.

Frente a este vacío en la literatura, el presente estudio tuvo como objetivo determinar las características sociodemográficas y las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena que vive con VIH en la provincia de Condorcanqui, Amazonas, Perú. La generación de esta evidencia resulta fundamental para orientar la

toma de decisiones, optimizar las estrategias de atención integral con pertinencia intercultural y, en última instancia, contribuir a la reducción de las inequidades en salud que perpetúan la morbilidad por VIH en contextos amazónicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y contexto del estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. La recolección de datos se desarrolló entre marzo y mayo de 2025 en el Centro de Salud Nieva, un establecimiento del primer nivel de atención ubicado en la provincia de Condorcanqui (departamento de Amazonas, Perú). Este ámbito geográfico se caracteriza por su alta densidad de población indígena amazónica y la presencia de barreras estructurales y logísticas para el acceso oportuno a los servicios sanitarios.

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por 150 pacientes con diagnóstico confirmado de VIH, pertenecientes a las etnias amazónicas Awajún y Wampis, adscritos al centro de salud. Se aplicó un muestreo censal, incluyendo a todos los pacientes mayores de 18 años que acudieron a sus citas de control regular durante el periodo de reclutamiento y que aceptaron participar voluntariamente. Se excluyó a los menores de edad y a aquellos individuos que, por motivos de movilidad territorial o migración temporal, no se encontraban en la jurisdicción durante la fase de recolección de datos.

Variables

La variable principal (dependiente) del estudio fue la percepción de barreras de acceso a los servicios de salud. Esta se operacionalizó de manera multidimensional basándose en el modelo de Penchansky y Thomas, abarcando seis dimensiones: geográficas, económicas, organizacionales, culturales, cognitivas y actitudinales. Cada dimensión fue medida a través de ítems valorados en una escala ordinal de tipo Likert de cinco puntos (donde 1=totalmente en desacuerdo y 5=totalmente de acuerdo). Para el análisis, los puntajes fueron promediados por dimensión, interpretándose que un mayor puntaje refleja una mayor percepción de obstáculos para la continuidad de la atención.

Como variables independientes (socio-demográficas), se evaluaron las siguientes características reportadas por los participantes: etnia, edad, sexo, estado civil, afiliación a seguro de salud, nivel de escolaridad y situación ocupacional.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos se recolectaron mediante entrevistas estructuradas, llevadas a cabo en ambientes privados dentro del establecimiento para garantizar la confidencialidad. Se emplearon dos instrumentos: (i) una ficha estandarizada para la caracterización sociodemográfica y (ii) un cuestionario diseñado para evaluar las barreras de acceso a los servicios de salud, fundamentado teóricamente en el modelo multidimensional de Penchansky y Thomas. Para asegurar la pertinencia cultural y minimizar el sesgo de información, el instrumento fue adaptado previamente al contexto local y las entrevistas contaron con la mediación lingüística de un agente de salud bilingüe (hablante nativo de awajún). La consistencia interna del cuestionario fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, estableciendo un valor mínimo aceptable de $\alpha \geq 0,70$.

Procedimiento y análisis estadístico

Tras la codificación de las entrevistas, los datos fueron ingresados en Excel aplicando un sistema de validación interna y control de consistencia lógica para reducir errores de digitación. El procesamiento y análisis estadístico se ejecutó utilizando el software SPSS. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas. Dado que las dimensiones de las barreras de acceso se midieron a través de una escala ordinal tipo Likert, se asumió una distribución no paramétrica de los datos para el análisis bivariado. Se empleó la prueba U de Mann-Whitney para evaluar diferencias entre dos grupos independientes (sexo y etnia), y la prueba de Kruskal-Wallis para comparar variables con tres o más categorías (grupos etarios, nivel de escolaridad y ocupación). Se consideró significancia estadística para valores de $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

El estudio se condujo en estricto cumplimiento de los principios bioéticos establecidos en la Declaración de Helsinki (respeto a las personas, beneficencia y

justicia). Previo a la recolección de datos, se explicó detalladamente la naturaleza y los objetivos del estudio, obteniendo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes. Se garantizó el anonimato mediante la anonimización de la base de datos y la protección estricta de la confidencialidad de la información.

RESULTADOS

Se incluyeron 150 participantes pertenecientes a pueblos indígenas de la Amazonía, de los cuales el 88,0% correspondía a la etnia Awajún y el 12,0% a la etnia Wampis. El 67,3% tenía entre 18 y 30 años y el 32,7% tenía 31 años o más. El 52,0% eran hombres y el 48,0% mujeres. En cuanto a la situación laboral, el 44,7% se encontraba desempleado, el 36,0% trabajaba de manera informal y el 19,3% tenía empleo formal. Respecto al nivel de escolaridad, el 40,7% tenía educación secundaria completa, el 32,7% primaria completa y el 26,6% educación técnica o superior. Las características sociodemográficas se presentan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes de Condorcanqui, Amazonas, 2025

Variables y categorías	n	%
Etnia		
Awajún	132	88,0
Wampis	18	12,0
Edad (años)		
18–30	101	67,3
31–43	37	24,7
44–55	12	8,0
Sexo		
Masculino	80	53,3
Femenino	70	46,7
Estado civil		
Soltero(a)	86	57,3
Conviviente	64	42,7
Afiliación		
SIS (Seguro Integral de Salud)	147	98,0
EsSalud	3	2,0
Escolaridad		
Primaria	15	10,0
Secundaria incompleta	8	5,3
Secundaria completa	121	80,7
Superior no universitaria	4	2,7
Superior universitaria	2	1,3
Ocupación		
Desempleado	67	44,7
Empleado	41	27,3
Estudiante	14	9,3
Hogar	14	9,3
Trabajador independiente	14	9,3

Tabla 2. Barreras de acceso a los servicios de salud según escala Likert

Ítem	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)
Barreras geográficas					
G1. El centro de salud está lejos de mi comunidad	0 (0,0)	14 (9,3)	14 (9,3)	55 (36,7)	67 (44,7)
G2. El tiempo que me toma llegar es muy largo	0 (0,0)	14 (9,3)	14 (9,3)	122 (81,3)	0 (0,0)
G3. No hay medios de transporte disponibles hacia el centro de salud	0 (0,0)	13 (8,7)	15 (10,0)	122 (81,3)	0 (0,0)
G4. Las condiciones del camino dificultan el acceso al centro de salud	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (9,3)	136 (90,7)	0 (0,0)
G5. La ubicación del centro de salud es segura (<i>ítem invertido</i>)	0 (0,0)	83 (55,3)	67 (44,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Barreras económicas					
EC1. No siempre tengo dinero para ir al centro de salud	0 (0,0)	0 (0,0)	55 (36,7)	0 (0,0)	95 (63,3)
EC2. Debo pagar por algunos medicamentos que no me cubren	0 (0,0)	0 (0,0)	150 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
EC3. El costo del transporte es un impedimento para asistir	0 (0,0)	0 (0,0)	55 (36,7)	0 (0,0)	95 (63,3)
EC4. Debo elegir entre alimentarme o pagar para ir al centro de salud	0 (0,0)	0 (0,0)	55 (36,7)	0 (0,0)	95 (63,3)
EC5. No puedo dejar de trabajar para asistir a mis citas	0 (0,0)	150 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Barreras organizacionales					
OR1. Los horarios de atención no se adaptan a mis actividades	67 (44,7)	28 (18,7)	0 (0,0)	41 (27,3)	14 (9,3)
OR2. Espero demasiado tiempo para ser atendido	0 (0,0)	0 (0,0)	28 (18,7)	122 (81,3)	0 (0,0)
OR3. No hay personal suficiente en el centro de salud	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	28 (18,7)	122 (81,3)
OR4. Se cancelan mis citas sin previo aviso	122 (81,3)	14 (9,3)	14 (9,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
OR5. La atención no es continua (cambian mucho al personal)	0 (0,0)	109 (72,7)	0 (0,0)	41 (27,3)	0 (0,0)
Barreras culturales					
CU1. No entiendo bien al personal porque no habla mi idioma	0 (0,0)	55 (36,7)	0 (0,0)	95 (63,3)	0 (0,0)
CU2. No respetan mis costumbres en la atención	0 (0,0)	150 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
CU3. Siento que no consideran mi cultura en la atención	0 (0,0)	109 (72,7)	41 (27,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
CU4. Siento discriminación por ser indígena	0 (0,0)	69 (46,0)	81 (54,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
CU5. El personal no entiende mi forma de ver la salud	0 (0,0)	14 (9,3)	0 (0,0)	136 (90,7)	0 (0,0)
Barreras cognitivas					
CG1. No me explican bien cómo tomar el tratamiento	0 (0,0)	0 (0,0)	28 (18,7)	122 (81,3)	0 (0,0)
CG2. No sé qué servicios tengo derecho a recibir	0 (0,0)	41 (27,3)	14 (9,3)	95 (63,3)	0 (0,0)
CG3. No entiendo los procedimientos médicos que me indican	0 (0,0)	67 (44,7)	55 (36,7)	28 (18,7)	0 (0,0)
CG4. No recibo suficiente información sobre mi enfermedad	0 (0,0)	0 (0,0)	69 (46,0)	81 (54,0)	0 (0,0)
CG5. No sé a dónde acudir si tengo dudas sobre el tratamiento	0 (0,0)	0 (0,0)	41 (27,3)	109 (72,7)	0 (0,0)
Barreras actitudinales					
AT1. Me han tratado mal en el centro de salud	0 (0,0)	55 (36,7)	14 (9,3)	81 (54,0)	0 (0,0)
AT2. No confío en la atención que me brindan	0 (0,0)	69 (46,0)	81 (54,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
AT3. El personal no muestra interés en mi bienestar	0 (0,0)	55 (36,7)	95 (63,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
AT4. He sido juzgado por mi condición de salud	0 (0,0)	55 (36,7)	14 (9,3)	81 (54,0)	0 (0,0)
AT5. Siento que no me valoran como paciente	0 (0,0)	14 (9,3)	95 (63,3)	41 (27,3)	0 (0,0)

Escala Likert utilizada: 1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 = De acuerdo; 5 = Totalmente de acuerdo

En relación con las barreras de acceso, el 81,3% de los participantes reportó barreras cognitivas, principalmente referidas a dificultades para comprender las indicaciones del tratamiento y falta de explicación adecuada por parte del personal de salud. El 63,3% refirió barreras económicas, relacionadas con limitaciones para cubrir costos indirectos del tratamiento, como transporte y alimentación.

El 60,7% manifestó barreras culturales, mientras que el 54,0% reportó barreras actitudinales. Asimismo, el 55,3% indicó barreras geográficas vinculadas a la distancia, la dependencia del transporte fluvial y las condiciones adversas del desplazamiento. Las barreras organizacionales fueron menos frecuentes (45,3%), y estuvieron asociadas a tiempos de espera prolongados y escasez de personal disponible. La distribución de cada categoría de barrera se presenta en la **Tabla 2**.

Tabla 3. Distribución de los defectos congénitos según sistema afectado

Variable	Categoría	GE	EC	OR	CU	CG	AT
Etnia	Awajún	3,59	3,56	2,96	2,78	3,44	2,94
	Wampis	3,61	3,53	3,03	2,79	3,42	2,92
Edad (años)	18–30	3,72*	3,63	2,88	2,81	3,44	2,99
	31–43	3,48	3,32	3,11*	2,69	3,33	2,78
	44–55	3,90	3,70*	3,18*	2,75	3,77*	3,05
Sexo	Masculino	3,67*	3,69*	2,89	2,84*	3,50*	3,05*
	Femenino	3,51	3,42	3,05*	2,71	3,37	2,82
Estado civil	Soltero(a)	3,61	3,47	2,98	2,74	3,37	2,85
	Conviviente	3,58	3,68*	2,95	2,83*	3,54*	3,07*
Afiliación	SIS	3,60	3,57	2,96	2,78	3,44	2,94
	EsSalud	3,40	3,20	3,53*	2,73	3,33	2,73
Escolaridad	Primaria	3,71*	4,00*	3,24	2,99*	3,92*	3,36*
	Secundaria incompleta	3,70*	4,00*	2,80	2,98*	3,70*	3,33*
	Secundaria completa	3,64	3,51	2,91	2,75	3,38	2,89
	Superior no universitaria	3,60	2,80	3,60*	2,60	3,00	2,40
	Superior universitaria	3,60	2,80	3,60*	2,60	3,00	2,40
Ocupación	Desempleado	4,00*	4,00*	2,60	3,00*	3,60	3,40*
	Estudiante	3,60	4,00*	2,60	2,80	3,60	2,80
	Hogar	3,00	4,00*	3,40*	3,00*	4,00*	3,40*
	Empleado	3,60	2,80	3,60*	2,60	3,00	2,40
	Independiente	2,21	2,80	2,80	2,00	3,20	2,00

Nota: Escala de medición: Likert (1 = Totalmente en desacuerdo; 5 = Totalmente de acuerdo)

(*) Diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) respecto al resto de categorías dentro de la misma variable.

En el análisis inferencial, se encontraron diferencias significativas por sexo en todas las barreras evaluadas, siendo los puntajes mayores en hombres para barreras geográficas, económicas, culturales, cognitivas y actitudinales, mientras que las mujeres presentaron puntajes más elevados en barreras organizacionales (U de Mann-Whitney; $p < 0,05$), según se muestra en la **Tabla 3**.

Según la edad, se identificaron diferencias significativas en barreras geográficas, económicas, culturales y cognitivas, con mayores puntajes en el grupo de 18 a 30 años, mientras que las barreras actitudinales fueron más frecuentes en participantes de 31 años o más (U de Mann-Whitney; $p < 0,05$).

Tabla 4. Pruebas no paramétricas aplicadas según barreras de acceso

Variable	Prueba	GE	EC	OR	CU	CG	AT
Etnia	U de Mann-Whitney	1146,0	1158,0	1104,5	1161,5	1154,5	1161,5
	Valor de p	0,793	0,835	0,594	0,866	0,831	0,866
Sexo	U de Mann-Whitney	2312,0	2175,0	2193,5	2180,0	2217,5	2180,0
	Valor de p	0,047	0,005	0,012	0,010	0,015	0,010
Estado civil	U de Mann-Whitney	2743,0	2267,0	2587,5	2146,5	2007,5	2146,5
	Valor de p	0,971	0,027	0,490	0,011	0,002	0,011
Afiliación	U de Mann-Whitney	127,5	153,0	84,5	174,0	179,5	174,0
	Valor de p	0,178	0,278	0,044	0,491	0,543	0,491
Edad	H de Kruskal-Wallis	25,8	8,6	14,2	4,6	16,8	4,6
	Valor de p	0,000	0,013	0,001	0,099	<0,001	0,099
Escolaridad	H de Kruskal-Wallis	17,9	24,3	16,3	21,2	53,6	21,2
	Valor de p	0,001	<0,001	0,003	<0,001	<0,001	<0,001
Ocupación	H de Kruskal-Wallis	149,0	149,0	149,0	149,0	149,0	149,0
	Valor de p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

$p < 0,05$ (diferencias significativas)

En cuanto al nivel educativo, se observaron diferencias significativas en barreras cognitivas y geográficas, con puntuaciones más altas en personas con primaria completa (Kruskal-Wallis; $p < 0,05$). Asimismo, se encontraron diferencias en barreras económicas, culturales y actitudinales según el estado civil, con mayores puntajes en participantes solteros y convivientes (Kruskal-Wallis; $p < 0,05$). La relación entre barreras de acceso y variables sociodemográficas se muestra en la **Tabla 4**.

DISCUSIÓN

El presente estudio evidencia que la población indígena con VIH en la provincia de Condorcanqui enfrenta un entramado complejo de barreras de acceso a los servicios de salud, predominando aquellas de índole geográfica, económica, cultural y organizacional. Estos hallazgos concuerdan con la literatura emergente en la región amazónica latinoamericana, la cual subraya que la dispersión territorial, la precaria infraestructura sanitaria y las deficiencias de conectividad operan como barreras estructurales que perpetúan la exclusión en la cascada de atención del VIH (5,6,7).

Al analizar específicamente las dimensiones geográficas y económicas, nuestros resultados ratifican que la lejanía de los establecimientos y la dependencia del transporte fluvial se asocian intrínsecamente al retraso diagnóstico y a la discontinuidad del seguimiento clínico (8,9). A diferencia de los entornos urbanos, donde la oferta de transporte mitiga el impacto de la distancia, en el contexto de Condorcanqui los costos indirectos de la atención, que incluyen tarifas fluviales elevadas, alimentación y el lucro cesante por días no laborados, imponen un efecto catastrófico en la economía familiar (8,10). Esta superposición de pobreza estructural y aislamiento geográfico condiciona directamente el fracaso en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV). (11,12)

De manera paralela, las barreras organizacionales y culturales identificadas reflejan una profunda asimetría entre el modelo biomédico tradicional y las realidades de los pueblos originarios. (13,14) Estudios previos han documentado cómo la limitada adecuación intercultural de los servicios, las barreras idiomáticas y la escasa participación comunitaria

generan desconfianza, retrayendo a las poblaciones indígenas del sistema sanitario (2,7,9). En nuestro estudio, la percepción de tiempos de espera prolongados y la alta rotación del personal sanitario agravan esta desvinculación, lo que pone en evidencia una brecha crítica entre los lineamientos internacionales vigentes (1,3) y la práctica clínica cotidiana en estos territorios.

Desde una perspectiva de salud materno-perinatal, el impacto de estas barreras resulta particularmente crítico para las mujeres indígenas en edad reproductiva (18–49 años). Las limitantes cognitivas y económicas, sumadas a la inestabilidad del acceso geográfico, incrementan drásticamente la vulnerabilidad frente a la transmisión vertical del VIH. La falta de un seguimiento continuo y riguroso durante el embarazo, el parto y el puerperio exige una reestructuración urgente de las estrategias de salud sexual y reproductiva; estas deben articularse forzosamente con agentes comunitarios e integrar un enfoque de pertinencia cultural para mitigar de forma efectiva las inequidades materno-infantiles.

A pesar de este panorama desafiante, la principal fortaleza de esta investigación radica en la generación de evidencia primaria en un escenario de alta diversidad sociocultural que ha permanecido históricamente subrepresentado en la literatura científica nacional. A diferencia de las macrodinámicas regionales, este análisis territorial permite comprender de forma granular cómo convergen las desigualdades sociosanitarias en Condorcanqui, proveyendo un sustrato empírico fundamental para la formulación de políticas públicas verdaderamente culturalmente seguras.

Es necesario reconocer ciertas limitaciones en la interpretación de los presentes resultados. En primer lugar, el diseño transversal del estudio restringe la posibilidad de establecer causalidad temporal entre las características sociodemográficas y las barreras reportadas. En segundo lugar, el muestreo no probabilístico consecutivo y la exclusión de personas que no acudieron a sus citas regulares de control, quienes presumiblemente podrían enfrentar barreras de acceso aún más severas, limitan la extrapolación de los hallazgos a toda la población indígena amazónica. Finalmente, al tratarse de información recopilada mediante autorreporte, no se puede

descartar de forma absoluta la presencia de sesgos de memoria o deseabilidad social; no obstante, la mediación lingüística brindada por un agente bilingüe local contribuyó sustancialmente a mitigar este riesgo y garantizar la validez de las respuestas.

CONCLUSIÓN

En conclusión, el presente estudio demuestra que la población indígena con VIH atendida en el Centro de Salud Nieva enfrenta un escenario de alta vulnerabilidad, condicionado predominantemente por barreras de acceso de índole económica, cognitiva y actitudinal. Lejos de afectar de manera homogénea, el impacto de estos obstáculos revela marcadas desigualdades estructurales al interior de las propias comunidades, al estar significativamente mediado por determinantes sociodemográficos como el sexo, la edad, el nivel educativo, el estado civil y la situación ocupacional. Frente a esta realidad, resulta imperativo replantear las estrategias operativas fortaleciendo la atención integral del VIH desde un enfoque genuinamente territorial e intercultural. Para ello, es necesario descentralizar la oferta de servicios y garantizar la continuidad asistencial, dirigiendo esfuerzos urgentes hacia la captación y retención de las mujeres indígenas en edad fértil (18–49 años). Solo a través de intervenciones focalizadas y culturalmente pertinentes será posible mitigar las profundas inequidades sociosanitarias y prevenir de manera efectiva la transmisión vertical en la Amazonía peruana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023 [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2023 [citado 2026 Ene 15]. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023>
2. Pan American Health Organization. Intercultural participatory approach is key to ensuring health for Indigenous peoples of the Americas [Internet]. Washington, DC: PAHO; 8 Aug 2023 [citado 2026 Ene 15]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/8-8-2023-intercultural-participatory-approach-key-ensuring-health-indigenous-peoples-americas>
3. World Health Organization (WHO). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Internet]. Ginebra: WHO; 2021 [citado 2026 Ene 15]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a4c03ed9-5446-4958-a26f-10e505c2679c/content>
4. Ministerio de Salud (MINSA) del Perú. Boletín epidemiológico: Situación epidemiológica del VIH-SIDA en el Perú, 2024 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2024 [citado 2026 Ene 15]. Disponible en: https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/vih-sida/vih-sida_202512_31_161049.pdf
5. Hernández-Vásquez A, Bendezu-Quispe G, Turpo Cayo EY. Indigenous communities of Peru: Level of accessibility to health facilities. *J Taibah Univ Med Sci.* 2022;17(5):810–817. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2022.02.006>
6. Muñoz-Martínez R, Ponce P, Stival M. Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva.* 2017;13(3):537–554. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1120>
7. Palma-Pinedo H, Reyes-Vega M. Barriers identified by health staff for HIV screening in indigenous Amazon communities. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2018;35(4):610–619. doi:10.17843/rpmesp.2018.354.3855. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.354.3855>
8. Valenzuela-Oré F, Angulo-Bazán Y, Lazóriga-Sandoval LD, Cruz-Vilcarromero NL, Cubas-Sagardia CR. Factors influencing adherence to antiretroviral therapy in Amazonian indigenous people living with HIV/AIDS. *BMC Public Health.* 2023;23:497. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15362-y>
9. Russell NK, Nazar K, del Pino S, Alonso-González M, Díaz Bermúdez XP, Ravasi G. HIV, syphilis, and viral hepatitis among Latin American indigenous peoples and Afro-descendants: a systematic review. *Rev Panam Salud Pública.* 2019;43:e17. DOI: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2019.17>
10. Valenzuela-Oré F, Angulo-Bazán Y, Lazóriga-Sandoval LD, Cruz-Vilcarromero NL, Cubas-Sagardia CR. Factors influencing adherence to antiretroviral therapy in Amazonian indigenous people living with HIV/AIDS. *BMC Public Health.* 2023;23:497. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15362-y>
11. Poku R, et al. Antiretroviral therapy maintenance among HIV-positive women in Ghana: the influence of poverty. *AIDS Care.* 2020; 32(6): 779-784. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1653434>
12. Rudolph J, et al. Retention in care and antiretroviral therapy adherence among Medicaid beneficiaries with HIV, 2001–2015. *AIDS Care;* 2024, 36(11). DOI: <https://doi.org/10.1080/09540121.2024.2383901>
13. Obach A, et al. Barriers and facilitators to access sexual and reproductive health services among young migrants in Tarapacá, Chile: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2024; 24(1): 386. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17884-5>
14. Del Mastro NI, et al. Home birth preference, childbirth, and newborn care practices in rural Peruvian Amazon. *PLoS One.* 2021; 16(5): e0250702. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250702>

Contribuciones:

LYEY participó en la concepción y diseño del estudio, recolección de datos, redacción del manuscrito y aprobación final, MHIS y HGC participaron en el análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito y aprobación final, RARA participó en la interpretación estadística y aprobación final