



RESUMEN EJECUTIVO

RESPUESTA RÁPIDA INDÍGENA

SISTEMATIZACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD EN COMUNIDADES AWAJÚN DE LOS DISTRITOS DE IMAZA Y SANTA MARÍA DE NIEVA EN AMAZONAS

FUNDACIÓN ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE

Calle Río de la Plata 396 - San Isidro, Lima - Perú
www.accioncontraelhambreperu.pe

Director País

Luis Sonzini

Co-director adjunto

Henry Torres

Jefa del proyecto Respuesta Rápida Indígena - ACH

Lili Avensur

Técnica especialista en salud - ACH

Ileana Castillo

Técnica especialista en salud mental - ACH

Adela Esqueche

Técnico en relacionamiento comunitario - ACH

Anfiloquio Paz

Comunicadora para el desarrollo - ACH

Diana Yarlaqué

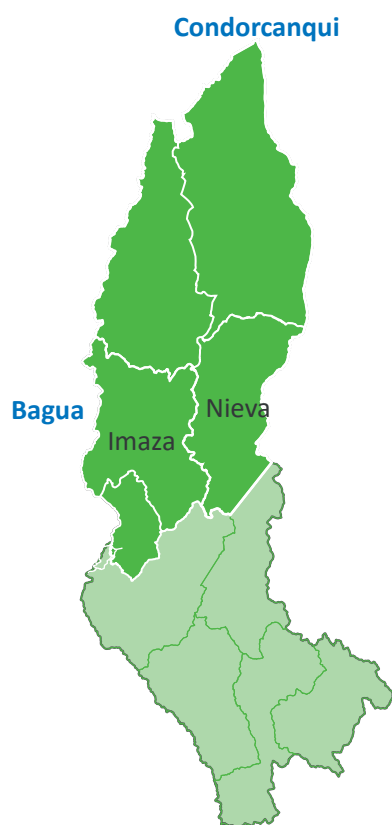
Agradecimientos

Extendemos nuestro más profundo agradecimiento a todos los actores cuyo compromiso y colaboración fueron fundamentales para el éxito de esta intervención. Reconocemos de manera especial al Gobierno Territorial Autónomo Awajún (GTAA, Kakajam, autoridades comunales y promotoras del Programa Cuna Mas. Nuestra gratitud a la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Amazonas, las Redes Integradas de Salud (RIS) de Bagua y Condorcanqui, la Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente (DEMUNA), el Centro Emergencia Mujer y el Servicio de Atención Rural (SAR).

Las opiniones expresadas en este documento representan los puntos de vista de los autores, no necesariamente compartidos por la Comisión Europea ni por las autoridades de los países interesados.



I. PRESENTACIÓN



En el corazón de la Amazonía, el pueblo Awajún convive con una doble emergencia: la herida abierta de los derrames de hidrocarburos y las brechas históricas de acceso a servicios esenciales. El Proyecto Respuesta Rápida Indígena (RRI), implementado por Acción contra el Hambre (ACH) junto al Gobierno Territorial Autónomo Awajún (GTAA) y con financiación de la Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea (ECHO), nació para responder a esta realidad con una propuesta clara: fortalecer la gobernanza indígena y acercar una salud intercultural, digna y oportuna a quienes más la necesitan.

Desde 2023, y con especial intensidad entre 2024 y 2025, el componente Salud del proyecto RRI se desplegó en los distritos de Imaza (Bagua) y Santa María de Nieva (Condorcanqui), región Amazonas, integrándose como Resultado 4 del proyecto. Su lógica combinó tres ejes estratégicos —diagnóstico participativo y análisis territorial; fortalecimiento institucional y de capacidades locales; y respuesta y promoción de la salud integral— sustentados en dos principios transversales: interculturalidad y enfoque de derechos. Todo ello se articuló con el GTAA como socio político y técnico central, evitando crear estructuras paralelas y apostando por consolidar la institucionalidad indígena existente.

EJES ESTRATÉGICOS



**DIAGNÓSTICO
PARTICIPATIVO Y
ANÁLISIS TERRITORIAL**



**FORTALECIMIENTO
INSTITUCIONAL Y DE
CAPACIDADES LOCALES**



**RESPUESTA Y
PROMOCIÓN DE LA
SALUD INTEGRAL**

Un pilar metodológico de la experiencia fue el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de las comunidades Awajún afectadas por derrames de petróleo en Imaza y Nieva, elaborado por ACH y el GTAA. Este estudio combinó registros de morbilidad 2019–2024, archivos planos y planes de salud con trabajo de campo cualitativo en 14 comunidades, entrevistas a autoridades comunales, líderes, agentes comunitarios de salud, parteras tradicionales, personal de salud y operadores de protección. El ASIS documentó un perfil epidemiológico crítico —altas tasas de anemia infantil (superiores al 80 % en algunos ámbitos), enfermedades diarreicas y parasitarias, afecciones dermatológicas, dengue, malaria y un deterioro importante de la salud mental— sobre un contexto de contaminación reiterada y servicios sanitarios insuficientes. Este insumo no solo describió la realidad, sino que orientó la priorización de comunidades, el diseño de las campañas integrales, la entrega de equipamiento y la agenda de articulación con el sistema público.

II. INTERVENCIÓN EN LAS COMUNIDADES

El proyecto se desarrolló en un territorio marcado por 39 derrames de petróleo registrados en Imaza y Santa María de Nieva, 32 de ellos afectando directamente a comunidades Awajún. La Sentencia del Caso Chiriaco (2016) obliga al Estado a implementar respuestas sanitarias en poblaciones expuestas; el RRI operó como mecanismo complementario, contribuyendo a materializar ese mandato con pertinencia cultural. En agosto de 2024 se incorporó específicamente el resultado de “Atención a la brecha de salud en población Awajún afectada por emergencias como derrames de hidrocarburos”, interviniendo en 14 comunidades con acciones en salud, nutrición, agua segura, salud mental y protección.

En el plano operativo, el componente de salud avanzó mediante una secuencia clara de acciones. Primero, se estableció un mecanismo de coordinación con la Dirección de Salud Intercultural y Bienestar del GTAA, integrándola en la revisión del ASIS, la validación de hallazgos y la priorización de comunidades. Luego, se realizó un levantamiento rápido de necesidades en establecimientos de salud, que derivó en la implementación y equipamiento de 9 establecimientos (Nazareth, Chiriaco, Japaima Escuela, Nuevo Seasmí, Nieva, Centro Tunduza, Tayuntsa, Putuyakat y Kagkas) con 160 unidades de mobiliario y equipamiento médico para áreas de niño, obstetricia y medicina general, además del pintado y refacción del Puesto de Salud de Nazareth. En el caso de Kagkas, comunidad del Río Santiago expuesta a filtraciones constantes de petróleo en el río Putushim, la dotación de equipamiento se coordinó con el GTAA, la RIS Condorcanqui y la Micro Red de Galilea, reforzando la atención en un punto crítico del territorio.



III. SALUD INTEGRAL Y PROTECCIÓN

La respuesta llegó a las comunidades por vía fluvial y por vía terrestre. Se realizaron 11 campañas integrales de salud en coordinación con establecimientos de las RIS Bagua y Condorcanqui, brindando atención integral en medicina general, obstetricia, enfermería y psicología a 2,666 personas, incluyendo una campaña en el marco de la Sentencia de Chiriaco para atender a Pakun, Wachapea, Umukai y Nazareth. En paralelo, se desarrollaron 15 sesiones demostrativas de alimentación saludable con 649 participantes, en articulación con el Programa Nacional Cuna Más y los servicios de salud, promoviendo el consumo de alimentos locales ricos en hierro (sangrecita, hígado, suris, ugkush) y revalorizando la dieta tradicional como estrategia para enfrentar la anemia y la desnutrición infantil.

El componente de Salud, articuló talleres sobre Salud Mental y Protección, con metodología lúdica, contando con la participación de niñas, niños, adolescentes y personas adultas, integrando gestión de emociones y preparación ante emergencias. Se implementaron 16 talleres de salud mental y protección con 827 personas (niños, niñas, adolescentes y adultos) y se habilitaron espacios específicos para 366 madres Awajún, donde se abordaron la sobrecarga de cuidados, la violencia basada en género y el bienestar socioemocional. Herramientas como “Mi escudo de protección”, “La ruleta de las emociones”, “los memoramas de la calma” y actividades artísticas (“Pintando nuestro territorio”) permitieron que los mensajes técnicos se interioricen en clave intercultural, vinculando protección, salud mental y gestión del riesgo.

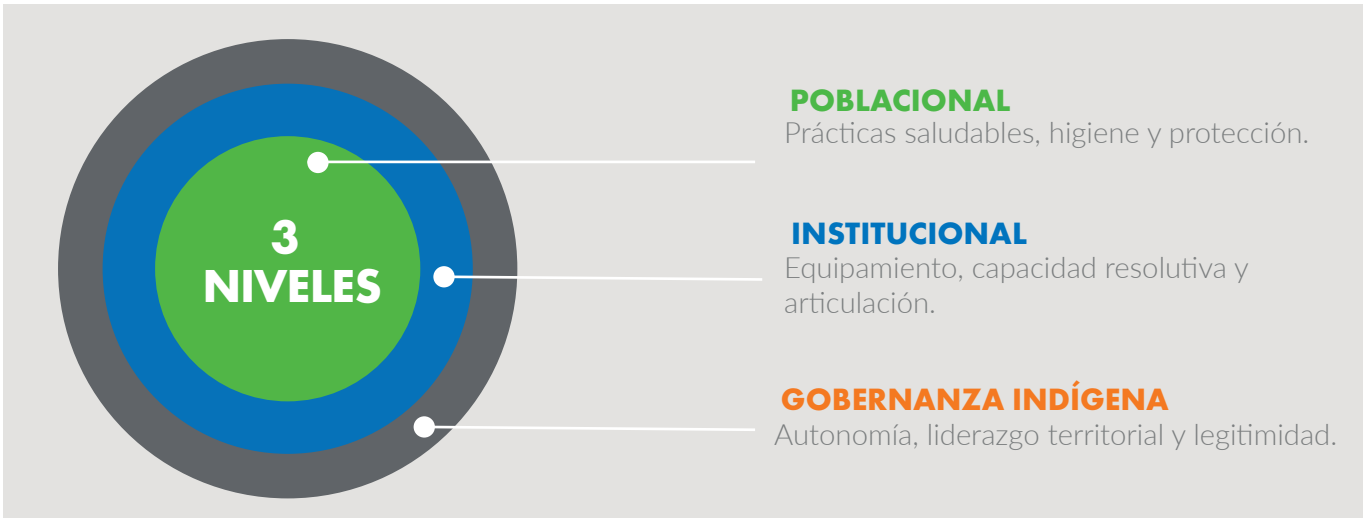
Uno de los hitos más significativos fue el Encuentro de Sabias y Sabios en Santa María de Nieva (2025), un espacio de diálogo entre parteras tradicionales, sabios, agentes comunitarios de salud y personal de establecimientos de Nieva, Tayuntsa, Putuyakat, Nuevo Seasmí y Centro Tundúza, centrado en el uso de plantas medicinales en el embarazo, parto y puerperio. De este proceso emergieron compromisos concretos —creación de biohuertos en establecimientos, participación de parteras en partos institucionales, elaboración de materiales sobre plantas en clave intercultural— y un reconocimiento mutuo entre sistemas de salud tradicional y oficial. La experiencia reforzó la idea central del proyecto: la interculturalidad no es un añadido, sino el núcleo de un modelo de atención pertinente en territorios indígenas.



En agua segura y saneamiento, se entregaron kits de almacenamiento de agua (baldes de 50L y 6L) a 500 familias de 10 comunidades del sector Shawit y a 140 familias de Sinchi Roca y Pijuayal (Manseriche), afectadas por derrames de petróleo, junto con sesiones de educación para el uso seguro del agua y la prevención de enfermedades. Esta intervención, ajustada sobre la marcha ante nuevos derrames, mostró la capacidad de adaptación del proyecto para reorientar recursos y cubrir comunidades no previstas inicialmente, en coordinación con el GTAA y los Pamuk de las comunidades.

IV. IMPACTO DEL PROYECTO

Los cambios observados se expresan en tres niveles. A nivel poblacional, se evidenció una mayor adopción de prácticas saludables en salud, nutrición, higiene y protección, reflejada en la alta participación en talleres (1,376 personas en sesiones educativas en género y alimentación saludable, el 71 % mujeres) y en una mejor comprensión de las rutas para denunciar la violencia. A nivel institucional, se redujeron brechas críticas de equipamiento y se fortaleció la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud; además, la articulación entre el sector Salud, CEM y DEMUNA pasó de una coordinación informal a la ejecución conjunta en campo, con ACH y el GTAA como articuladores legítimos. A nivel de gobernanza indígena, el proyecto contribuyó al desarrollo de la Dirección de Salud Intercultural y Bienestar del GTAA, dotándola de herramientas metodológicas y operativas para liderar procesos sanitarios territoriales, y fortaleció la legitimidad del GTAA como autoridad sanitaria indígena y garante del bienestar colectivo.



Entre los factores habilitadores, destacan la alianza estratégica con el GTAA como expresión del principio de localización, el rol de los relacionistas comunitarios bilingües como mediadores culturales y operativos, la participación de Kakajam y liderazgos locales en la gestión territorial, y un modelo de logística flexible y descentralizada basado en planes A/B/C, preposicionamiento de insumos y autonomía de los equipos de campo. Entre los desafíos, se identificaron la dispersión geográfica, la rotación de personal público, las contingencias climáticas y sociales, las limitaciones presupuestarias y la necesidad de institucionalizar de forma permanente las mesas multisectoriales y las Instancias de Articulación Local (IAL).

Las lecciones aprendidas confirman que la comunicación intercultural debe gestionarse como un componente técnico con planificación, recursos e indicadores; que la articulación intersectorial solo es efectiva cuando se institucionaliza y se traduce en ejecución conjunta y corresponsabilidad presupuestaria; que la logística amazónica exige modelos anticipativos, flexibles y territorializados; y que la gobernanza sanitaria indígena es un proceso político, no solo técnico, en el que el GTAA debe participar en la planificación, priorización y seguimiento de las intervenciones de salud.

En consecuencia, la sistematización propone recomendaciones estratégicas en tres niveles.

A nivel comunitario y del GTAA: formalizar Comités de Salud y Emergencia, aprobar y ejecutar el Plan de Salud GTAA 2026–2030, consolidar la vigilancia comunitaria de salud y agua, e integrar de manera explícita salud mental, violencia de género y niñez en los planes y presupuestos indígenas.

A nivel institucional (ACH y otras ONG): institucionalizar la figura del relacionista comunitario intercultural, empaquetar metodologías bilingües validadas, asegurar horizontes plurianuales (mínimo 2–3 años) y mantener la gestión flexible del POA con validación participativa constante.

A nivel político-estatal: asignar presupuestos específicos para cerrar brechas de equipamiento sanitario, institucionalizar IAL y mesas multisectoriales con participación indígena vinculante, financiar planes de salud con pertinencia intercultural en cumplimiento de la Sentencia de Chiriacó y el Plan Especial Multisectorial sobre metales pesados, e incorporar indicadores de salud mental y bienestar comunitario para pueblos indígenas.

En síntesis, el proyecto RRI valida un modelo replicable de respuesta integral, territorializada e intercultural que combina evidencia técnica (ASIS y diagnósticos), autogobierno indígena (GTAA) y articulación pública (DIRESA, RIS, CEM, DEMUNA) para reducir brechas sanitarias y fortalecer la resiliencia del pueblo Awajún. Cuando la salud llega en el idioma de la gente, respetando su cosmovisión y con instituciones que caminan juntas, la respuesta deja de ser solo rápida: se vuelve legítima, eficaz y duradera. Esa es la huella que el componente Salud del proyecto RRI está dejando en territorio Awajún.



V. TESTIMONIOS DE ACTORES INVOLUCRADOS



“La comunidad reconoce y valora el trabajo del equipo de Acción contra el Hambre (ACH), especialmente en temas de alimentación saludable, lavado de manos y consumo de agua segura. Hemos participado conjuntamente con las madres en varios talleres sobre preparación y degustación de alimentos, priorizando alimentos locales, enseñando nuevas formas de preparación que antes no conocíamos. Las madres aplican lo aprendido en su casa como hervir agua para tomar, preparar alimentos nutritivos, atender a sus hijos con anemia. Ahora las madres ya no dudan, confían en lo aprendido y perciben mejoras en la salud de sus hijos”.



Teonila Sánchez
Facilitadora de Cuna Más
Comunidad nativa Nazareth



“Admiro mucho a Acción contra el Hambre por su forma de trabajar. Han demostrado compromiso y respeto. La colaboración ha permitido fortalecer la rectoría sanitaria, mejorar la capacidad técnica de los servicios y avanzar hacia una salud intercultural con enfoque comunitario, donde las comunidades son parte activa de la prevención y la respuesta. La alianza establecida desde el inicio entre la Red Integrada de Salud de Condorcanqui, Acción contra el Hambre y el Gobierno Territorial Autónomo Awajún es un modelo de cooperación eficaz entre sociedad civil y Estado, con resultados tangibles en salud pública, confianza social y articulación territorial”.



Rafael Eduardo Molina Palacios
Jefe de la Unidad de Pueblos Indígenas
Red Integrada de Salud Condorcanqui



“Las intervenciones en las comunidades se planificaban de manera articulada. Primero el equipo de ACH abordaba temas de prevención de riesgos y salud mental, luego DEMUNA reforzaba en derechos y prevención de la violencia sexual. La dinámica conjunta fue fluida y bien recibida por la población, ya que ACH generaba confianza y rompía el hielo con estrategias participativas, con el uso de imágenes culturales (con referencias Awajún), lo que permitió mayor identificación y conexión de los niños, niñas y adolescentes con los mensajes generando mayor apertura y confianza de la población hacia ambos equipos”.



Aury Melissa Dueñas Vela
Jefa de la DEMUNA (Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente)
Municipalidad Distrital Imaza

VI. RESULTADOS PRINCIPALES



SALUD Y NUTRICIÓN

2666

ATENCIÓNES EN SALUD INTEGRAL

realizadas en medicina general, obstetricia, enfermería y psicología, mediante 11 campañas coordinadas con las RIS Condorcanqui y Bagua.

160

UNIDADES DE MOBILIARIO Y EQUIPO MÉDICO

entregadas para la implementación de 9 establecimientos de salud, fortaleciendo las áreas de obstetricia, medicina general y atención infantil,

649

PARTICIPANTES EN SESIONES DEMOSTRATIVAS

de alimentación saludable, realizadas en articulación con el Programa Nacional Cuna Más para promover el consumo de alimentos locales.

ATENCIÓN DIFERENCIADA EN EL PUESTO DE SALUD KAGKAS

dada su exposición constante a filtraciones del río Putushim, en coordinación con GTAA, RIS Condorcanqui y Micro Red Galilea.

CAMPAÑA ESPECIALIZADA EN 4 COMUNIDADES

en Pakun, Wachapea, Umukai y Nazareth en el marco de la Sentencia de Chiriaco.





SALUD MENTAL Y PROTECCIÓN



827 PARTICIPANTES EN TALLERES DE SALUD MENTAL

16 talleres de salud mental y protección utilizando metodologías lúdicas e interculturales.

366 MADRES AWAJÚN

participaron en espacios de fortalecimiento emocional y prevención de violencia.

INTEGRACIÓN OPERATIVA CON CEM Y DEMUNA

para reforzar rutas de atención y mecanismos de denuncia.



AGUA SEGURA

500 FAMILIAS DEL SECTOR SHAWIT

recibieron kits de almacenamiento de agua junto a sesiones educativas sobre uso seguro del agua.

140 FAMILIAS DE MANSERICHE (LORETO)





Participación activa de ACH y del GTAA en instancias de articulación local, visibilizando necesidades prioritarias del territorio.

Creación de un modelo de gobernanza sanitaria indígena, integrando al GTAA, DIRESA, RIS, CEM y DEMUNA bajo cronogramas y acciones conjuntas.

Fortalecimiento de la Dirección de Salud Intercultural y Bienestar del GTAA, consolidando su rol técnico y político en planificación sanitaria territorial.

VII. CAMBIOS OBSERVADOS

4.1. A nivel de la población

- Incremento de conocimientos en salud, nutrición, salud mental y protección.
- Mayor reconocimiento de rutas de denuncia y mecanismos de actuación ante violencia.
- Ampliación de prácticas saludables en alimentación infantil y cuidado familiar (1,376 participantes en talleres educativos; 71 % mujeres).

4.2. A nivel institucional

- Reducción de brechas críticas en infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud.
- Mejora sustantiva en la coordinación intersectorial, pasando de interacciones informales a ejecución conjunta.
- Mayor presencia del GTAA en espacios públicos de decisión relacionados con salud y emergencias.

4.3. A nivel de gobernanza indígena

- Desarrollo técnico-operativo de la Dirección de Salud Intercultural y Bienestar del GTAA.
- Fortalecimiento de la legitimidad del GTAA como autoridad sanitaria indígena.
- Mejoras en la capacidad del GTAA para demandar servicios culturalmente pertinentes y para incidir ante instancias públicas.





VIII. LECCIONES APRENDIDAS

Las principales lecciones aprendidas son:

- La comunicación intercultural es un componente técnico clave que requiere planificación, personal bilingüe y procesos continuos de formación.
- La articulación intersectorial es efectiva solo cuando se institucionaliza y se vincula a acciones concretas con corresponsabilidad presupuestal.
- La incorporación del enfoque intercultural es imprescindible para lograr una atención integral en salud.
- La gestión interna y el liderazgo operativo determinan la capacidad de respuesta.
- La transparencia administrativa y la devolución de resultados fortalecen la confianza institucional.
- La logística en la Amazonía exige autonomía territorial, anticipación y gestión flexible de recursos.
- El fortalecimiento del GTAA debe entenderse como un proceso político y técnico que incrementa la sostenibilidad de los resultados.
- La salud mental y la protección deben incorporarse transversalmente en intervenciones en territorios indígenas.

IX. RECOMENDACIONES

Se propone recomendaciones estratégicas en tres niveles:

Para el GTAA y las comunidades

- Formalizar y consolidar Comités de Salud y de Emergencia.
- Implementar el Plan de Salud GTAA 2026–2030, integrando los aprendizajes del RRI.
- Fortalecer la vigilancia comunitaria de salud y agua.

Para ACH y otros actores humanitarios

- Institucionalizar la figura del relacionista comunitario intercultural.
- Establecer proyectos plurianuales que garanticen continuidad y sostenibilidad.
- Sistematizar y empaquetar metodologías bilingües validadas.

Para el Estado

- Asignar presupuestos para cerrar brechas de equipamiento e infraestructura de primer nivel.
- Institucionalizar IAL y mesas multisectoriales con participación vinculante del GTAA.
- Financiar planes de salud con pertinencia intercultural en cumplimiento de la Sentencia de Chiriaco y marcos normativos vigentes.

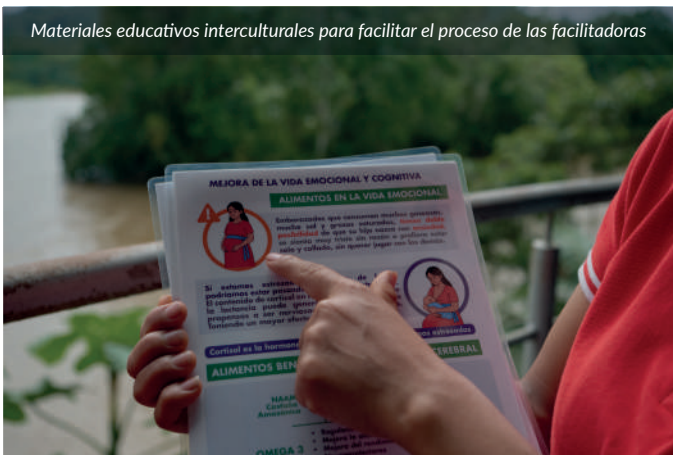


PANEL FOTOGRÁFICO

Talleres de salud mental con facilitadoras del Programa Cuna Más - Imaza



Materiales educativos interculturales para facilitar el proceso de las facilitadoras



Talleres de vigilancia epidemiológica con personal de salud Condorcanqui



MicroRed Nieva, Putuyakat, Galilea, GTAA, DIRESA y ACH



Desarrollo de la campaña médica integral en comunidad Kagkas



Entrega de equipos médicos y mobiliario al puesto de salud Kagkas



Taller participativo para el diagnóstico de protección e inseguridad alimentaria



Desarrollo de árbol de problemas, soluciones y mapas en el sector Shawit





**Financiado por
la Unión Europea
Ayuda Humanitaria**



**ACCIÓN
CONTRA EL
HAMBRE**