Revista de Investigación en Salud Pública
Vol. 1 / Nro. *1* / *2026*
***Recibido**: 13/05/2026 - **Revisado**: 10/06/2026 - **Aceptado**: 31/07/2026 - **Publicado**: 18/09/2026*
***Evaluación:** Doble ciego*

ARTÍCULO ORIGINAL

MODELO DE GESTIÓN COLABORATIVA PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL DEPARTAMENTO DE PRESIDENTE HAYES, CHACO PARAGUAYO

Collaborative Management Model to Improve Access to Reproductive Health Services in the Department of Presidente Hayes, Paraguayan Chaco

DOI: https://doi.org/10.65740/r1q2fn27

Cynthia Díaz Vicensini
Universidad Columbia del Paraguay, Asunción, Paraguay.
ORCID: https://orcid.org/0009-0004-2584-5621
Autor de correspondencia: cinthia.diaz@mspbs.gov.py

Derliz Osmar Cabrera Cabrera
Universidad Columbia del Paraguay, Asunción, Paraguay.
ORCID: https://orcid.org/0009-0003-4027-6925
dcabrera75@gmail.com

Resumen

El Departamento de Presidente Hayes, en el Chaco paraguayo, presenta desafíos estructurales críticos para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), derivados de su extensión territorial, dispersión poblacional, limitaciones logísticas y barreras socioculturales que afectan especialmente a mujeres indígenas, adolescentes y comunidades rurales alejadas. La presente investigación doctoral tuvo como objetivo desarrollar un modelo de gestión colaborativa para mejorar el acceso a dichos servicios, mediante un enfoque metodológico mixto, diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo-exploratorio. Se realizó análisis documental de políticas y estadísticas nacionales, entrevistas semiestructuradas a dos actores clave (Asociación Rural del Paraguay — filial Tte. Esteban Martínez, y XV Región Sanitaria) y encuesta estructurada a 29 profesionales de salud. La comprobación estadística mediante correlación de Spearman y regresión lineal múltiple (RLM) evidenció que las cuatro hipótesis derivadas fueron respaldadas con alta significación ($p \leq 0{,}002$). La RLM demostró que la calidad percibida de la atención ($\beta = 0{,}393$), las barreras socioculturales ($\beta = -0{,}312$) y el fortalecimiento institucional ($\beta = 0{,}276$) explican en conjunto el 56,0% de la varianza en la percepción de mejora del acceso ($R^2 = 0{,}560$; $F = 11{,}28$; $p < 0{,}001$). Las barreras identificadas incluyen dispersión geográfica (96,6%), falta de transporte (93,1%) e insuficiencia de recursos humanos (86,2%). En respuesta, se propone el Sistema Integrado de Gestión Colaborativa en Salud Reproductiva (SIGCSAR), articulado en cuatro fases estratégicas, y el Proyecto de Acuerdo de Cooperación MSPBS-ARP «Salud y Vida en el Chaco». La investigación aporta evidencia empírica original sobre gobernanza colaborativa en salud reproductiva para territorios de alta vulnerabilidad territorial.

Palabras clave: salud reproductiva; gestión colaborativa; Chaco paraguayo; Presidente Hayes; interculturalidad; acceso a servicios de salud; mortalidad materna; SIGCSAR.

Abstract

The Department of Presidente Hayes, in the Paraguayan Chaco, presents critical structural challenges for access to sexual and reproductive health (SRH) services, stemming from its territorial extension, population dispersion, logistical limitations, and sociocultural barriers that particularly affect indigenous women, adolescents, and remote rural communities. This doctoral research aimed to develop a collaborative management model to improve access to such services, using a mixed-method approach, non-experimental cross-sectional design, and descriptive-exploratory scope. The study included documentary analysis of national policies and statistics, semi-structured interviews with two key stakeholders (Rural Association of Paraguay — Tte. Esteban Martínez branch, and the XV Sanitary Region), and a structured survey of 29 health professionals. Statistical testing via Spearman correlation and multiple linear regression (MLR) demonstrated that all four derived hypotheses were supported with high significance ($p \leq 0.002$). MLR showed that perceived quality of care ($\beta = 0.393$), sociocultural barriers ($\beta = -0.312$), and institutional strengthening ($\beta = 0.276$) jointly explain 56.0% of the variance in perceived improvement of access ($R^2 = 0.560$; $F = 11.28$; $p < 0.001$). Identified barriers include geographic dispersion (96.6%), lack of transportation (93.1%), and insufficient human resources (86.2%). In response, the Integrated Collaborative Management System for Reproductive Health

Cómo citar: Díaz V., C., Cabrera C., D.O. (2026). Modelo de Gestión Colaborativa para Mejorar el Acceso a los Servicios de Salud Reproductiva en el Departamento de Presidente Hayes, Chaco Paraguayo. *Revista de Investigación en Salud Pública, 1*(1), 77–93. https://doi.org/10.65740/r1q2fn27

***Editor responsable**: Sergio David González Ayala, Posgrado Columbia, Asunción, Paraguay, risalp@posgradocolumbia.edu.py*
***Derechos de autor**: ©2026 Cynthia Díaz Vicensini, la autora conserva los derechos de autor.*
***Licencia**: Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0* Internacional (CC BY 4.0).

(SIGCSAR) is proposed, structured in four strategic phases, alongside a Draft Cooperation Agreement between MSPBS and ARP «Health and Life in the Chaco». The research contributes original empirical evidence on collaborative governance in reproductive health for territories of high territorial vulnerability.

Keywords: reproductive health; collaborative management; Paraguayan Chaco; Presidente Hayes; interculturality; healthcare access; maternal mortality; SIGCSAR..

1. Introducción

La salud sexual y reproductiva (SSR) constituye uno de los principales componentes para el fortalecimiento de la salud pública y el desarrollo humano, especialmente en contextos caracterizados por desigualdades territoriales, vulnerabilidad social y limitaciones estructurales (Díaz Vicensini, 2026). En Paraguay, pese a los avances normativos y programáticos impulsados durante las últimas décadas, persisten importantes brechas en el acceso a servicios sanitarios integrales, particularmente en regiones rurales e indígenas del Chaco paraguayo. Estas desigualdades afectan de manera significativa la posibilidad de acceder oportunamente a controles prenatales, servicios de planificación familiar, atención obstétrica y estrategias preventivas orientadas a disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

El Departamento de Presidente Hayes presenta características territoriales, demográficas y socioculturales que complejizan la prestación de servicios de SSR. Conforme a la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC, 2022), el 24% corresponde a población indígena dentro del total demográfico del departamento, constituyendo esto en una gran diversidad cultural. Según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS, 2024), se dispone de 65 establecimientos, entre los que se incluyen 24 Unidades de Salud de la Familia (USF), 1 hospital regional, 1 hospital distrital, 3 centros de salud, 19 dispensarios indígenas y 17 puestos de salud.

Las barreras que afrontan las poblaciones indígenas y rurales van más allá de lo socioeconómico, impactando la práctica del derecho a la salud sexual y reproductiva (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). El acceso a los establecimientos de salud presenta como primer gran obstáculo la gran extensión del territorio; a esto se suma la falta de disponibilidad de transporte adecuado, las limitantes en cuanto a cantidad de profesionales de salud y los problemas de infraestructura. Asimismo, persisten barreras culturales y lingüísticas que inciden en el uso efectivo de los servicios (MSPBS, 2024; OPS, 2020).

La investigación se propuso responder la pregunta central: ¿qué modelo de gestión colaborativa podría mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva en el Departamento de Presidente Hayes, Chaco paraguayo? El objetivo general fue desarrollar un modelo de gestión colaborativa orientado a fortalecer la capacidad de respuesta institucional y mejorar el acceso, continuidad y calidad de los servicios de SSR en la región.

2. Fundamentación Teórica

2.1 Contexto Internacional y Regional de la Salud Reproductiva

Alineado a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030, especialmente en los ODS 3 (Salud y Bienestar) y ODS 5 (Igualdad de género), el acceso a la salud sexual y reproductiva constituye un pilar fundamental (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2015). Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), sigue ocurriendo diariamente la muerte de 800 mujeres por complicaciones relacionadas al embarazo, parto y puerperio, en su mayoría prevenibles, y 225 millones de mujeres quedan con necesidad insatisfecha de anticoncepción.

En América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) observa avances en la disminución de la mortalidad materna (de 92 a 60 por 100.000 nacidos vivos entre 2000 y 2020); no obstante, persisten desigualdades, observándose tasas hasta tres veces mayores en comunidades rurales e indígenas. En países como Perú y Bolivia, la cobertura de planificación familiar llega a menos del 70% en comunidades indígenas, intensificada por la insuficiencia de servicios y las barreras culturales persistentes (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2022). La Pandemia por COVID-19 exacerbó estas disparidades, aumentando en un 20% los embarazos no planificados y reduciendo en un 30% las consultas prenatales en zonas distantes (OMS, 2020).

Colombia viene realizando desde 2015 una Estrategia Interinstitucional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal en comunidades vulnerables. La OMS (2024) documentó una disminución de la tasa de mortalidad materna (TMM) de 53,7 por cada 100.000 nacidos vivos en 2015 a 37 en 2023, representando una reducción del 31%, con gran notoriedad en la población indígena que pasó de una TMM de 288 a 104 por cada 100.000 nacidos vivos en el mismo período. En el Chaco Boliviano, la OPS (2024) ejecuta un proyecto de mejora de la salud de mujeres mediante un sistema de seguimiento a través de mapas obstétricos para embarazadas de zonas rurales. En Paraguay, desde 2023, se ejecuta un proyecto en los tres departamentos del Chaco en colaboración con la OPS y el Gobierno de la India, fortaleciendo competencias de profesionales de salud y provisión de equipamientos biomédicos, ambulancias y otros insumos (OPS, 2025).

2.2 Contexto Nacional: Indicadores de Salud Reproductiva en Paraguay

Paraguay es un país en desarrollo que cuenta con 406.752 km² de superficie, organizado en 17 departamentos, y presenta características multiculturales y bilingües. Su población alcanza 6.109.309 habitantes, con una población indígena de 140.049 personas pertenecientes a 19 pueblos distribuidos en cinco grupos lingüísticos (DGEEC, 2022).

En cuanto a la Tasa Global de Fecundidad (TGF), la misma ha pasado de 2,5 hijos por mujer según el Instituto Nacional de Estadística ([INE], Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados [MICS], 2016) a una TGF estimada de 2,3 hijos por mujer según los datos preliminares del Censo 2022 (INE, 2024). Respecto a la maternidad adolescente (15–19 años), el porcentaje de nacidos vivos de madres en este grupo descendió de 19,3% en 2011 a 11,8% en 2023, reflejando una tendencia en el retraso de la maternidad adolescente (DGEEC, 2022; MSPBS, 2026). La Tabla 1 presenta la evolución histórica de los nacidos vivos por edad materna.

Tabla 1. Porcentaje de nacidos vivos por edad de la madre, según años seleccionados (2011–2023)

Año	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+	Total
2011	0,6%	19,3%	27,4%	23,8%	16,9%	9,0%	2,8%	0,2%	—	105.825
2015	0,6%	17,1%	27,0%	23,8%	18,9%	9,8%	2,7%	0,2%	—	116.181
2017	0,5%	15,9%	26,5%	24,5%	18,9%	10,7%	2,7%	0,2%	—	115.895
2020	0,5%	13,0%	25,8%	25,3%	19,9%	12,1%	3,2%	0,2%	—	102.722
2022	0,5%	12,1%	23,3%	25,8%	21,6%	12,7%	3,8%	0,2%	—	98.305
2023	0,4%	11,8%	23,2%	25,7%	21,6%	13,0%	4,0%	0,2%	—	92.313

Nota. Fuente: Elaboración propia con datos de MSPBS/DIGIES. Sub Sistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV). Fecha: enero 2026.

En relación con la Razón de Mortalidad Materna (RMM), al analizar el período 1988–2023, se observa una tendencia de descenso paulatino, con un incremento importante asociado al contexto de la pandemia de COVID-19 (MSPBS/DGPS, 2025; Mancuello & Díaz, 2024). La RMM pasó de 67,9 en 2019 a un pico de 160 por 100.000 nacidos vivos en 2021. Con datos provisorios, en 2024 se registraron 51 casos (RMM 65,1) y en 2025, 48 casos (RMM 60,9), evidenciando avances significativos en la lucha constante del MSPBS estableciendo intervenciones y estrategias en el ámbito de la salud materna (MSPBS/DGVS, 2025).

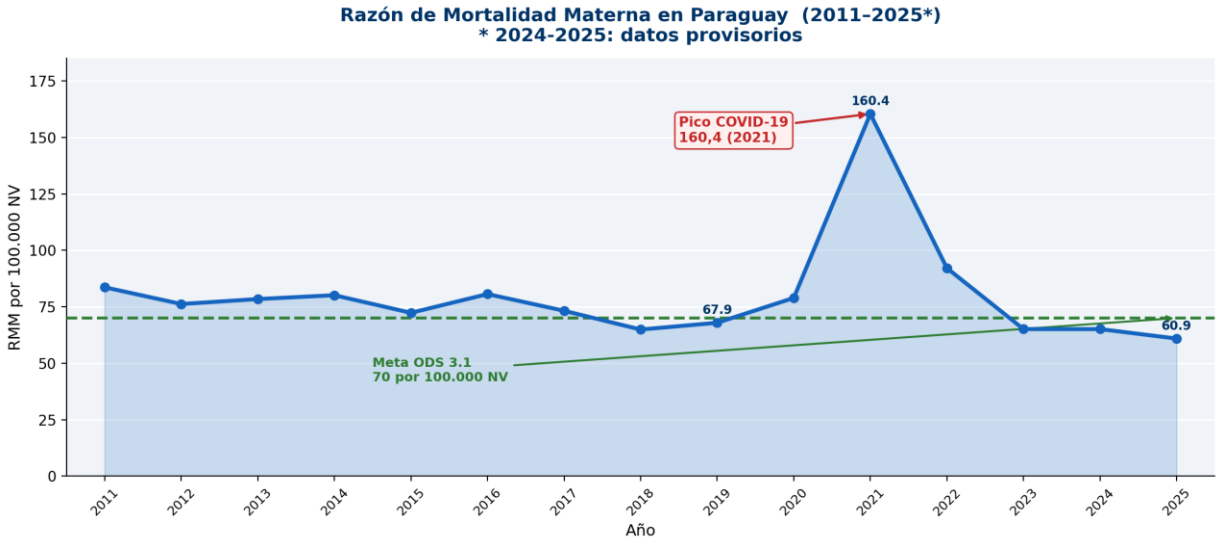


Figura 1. Razón de Mortalidad Materna en Paraguay (2011–2025). * 2024-2025: datos provisorios. Fuente: Elaboración propia con datos de MSPBS/DIGIES/DGVS (2025).*

En cuanto a las causas de muertes maternas prevenibles, desde el periodo 2017 a 2021, la toxemia ocupó el primer lugar seguida por la hemorragia. A partir del año 2022, se observa que la hemorragia ocupa el primer lugar, seguida por la toxemia (MSPBS/DGPS, 2025; Mancuello & Díaz, 2024). En cuanto a las muertes maternas de mujeres indígenas, en 2023 se registraron 19 casos (24,4%); a partir de 2024 se registra un descenso a 10 casos (20%) y en 2025 a 7 casos (14,6%). En

cuanto a las muertes maternas de madres adolescentes, en 2023 se registraron 11 casos (14,1%), en 2024 fueron 8 casos (16%) y en 2025, 5 casos (10,4%) (MSPBS/DGPS, 2025; Mancuello & Díaz, 2024).

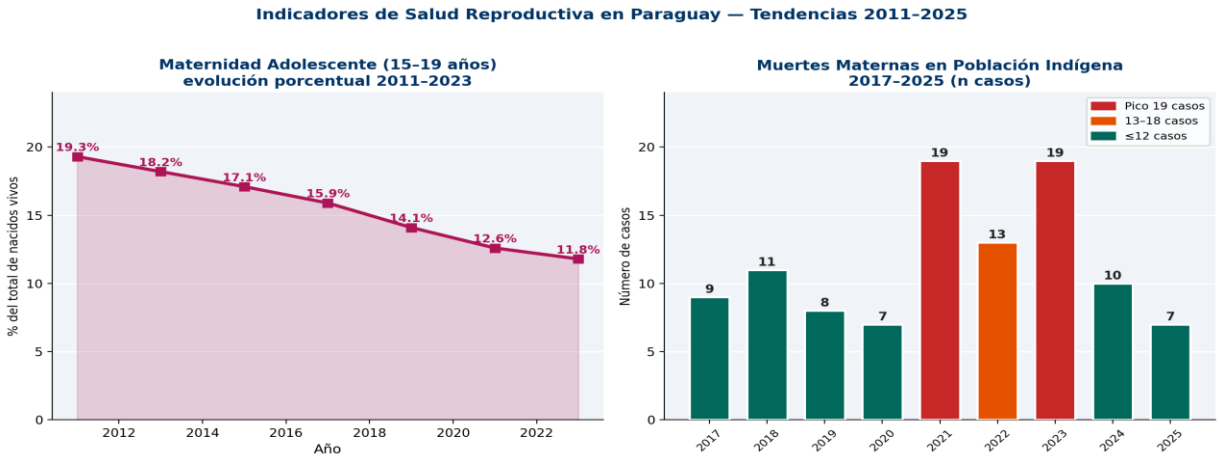


Figura 2. Maternidad adolescente 15–19 años (2011–2023) y muertes maternas en población indígena (2017–2025). Fuente: Elaboración propia con datos MSPBS/DIGIES/DGVS (2025).

Respecto a la planificación familiar, la Encuesta MICS de 2016 señala que la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años casadas o en unión fue del 68,4%, siendo los inyectables (21,3%) y la píldora anticonceptiva (19,0%) los más utilizados, y que el 31,6% no utilizó ningún método anticonceptivo (INE, MICS, 2016; MSPBS, 2023). La necesidad insatisfecha de planificación familiar fue del 12,1% a nivel nacional, con Boquerón registrando el mayor porcentaje (16,0%), como se ilustra en la Tabla 2.

Tabla 2. Porcentaje de mujeres 15–49 años con necesidad insatisfecha de planificación familiar, por región sanitaria (MICS 2016)

Región Sanitaria	Para espaciar (%)	Para limitar (%)	Total (%)
Boquerón	7,7	8,3	16,0
Central	6,2	7,9	14,1
Alto Paraná	6,4	7,1	13,5
Alto Paraguay	4,3	7,6	11,9
Asunción	3,5	8,3	11,8
San Pedro	5,0	6,0	11,0
Caaguazú	4,6	3,7	8,3
TOTAL	5,2	6,9	12,1

Nota. Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta MICS Paraguay 2016 (INE, MICS, 2016).

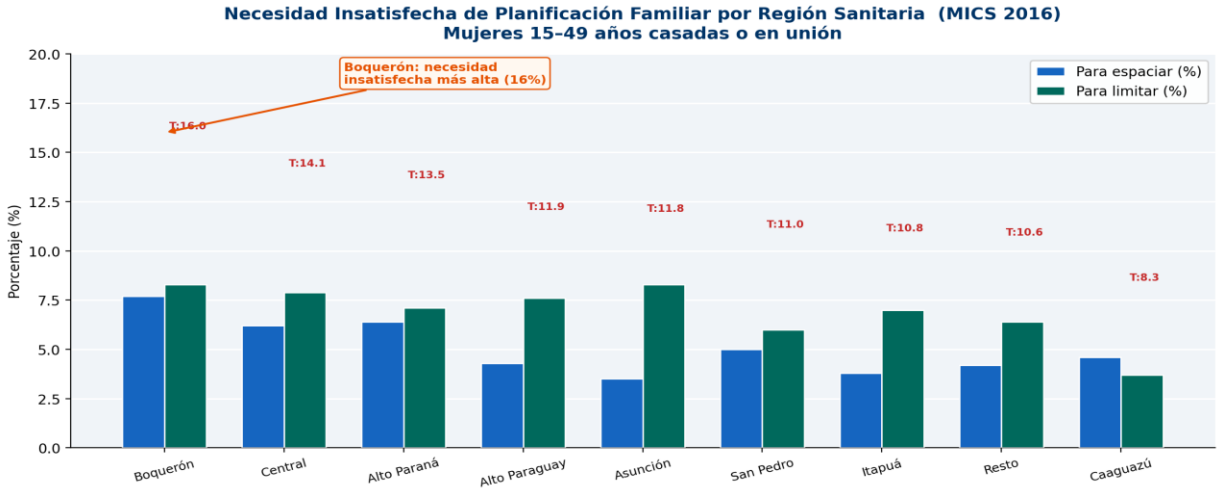


Figura 3. Necesidad insatisfecha de planificación familiar por región sanitaria. Mujeres 15–49 años casadas o en unión, 2016. Fuente: Elaboración propia con datos INE/MICS 2016.

2.3 Marco Normativo Nacional para la Salud Reproductiva

El Estado paraguayo cuenta con un corpus normativo extenso que sustenta el derecho a la SSR. La Constitución Nacional (1992) garantiza el derecho a la salud de toda la población. La Ley N.° 836/1980 (Código Sanitario) establece el marco general del sistema sanitario. En el ámbito específico de la SSR, la Ley N.° 4313/2011 asegura recursos presupuestarios para programas de salud reproductiva y el aprovisionamiento del kit de partos del MSPBS. La Ley N.° 5469/2015 de Salud de los Pueblos Indígenas crea el Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (CONASAPI) como espacio institucional de articulación intercultural. La Ley N.° 5446/2015 promueve la igualdad de género para mujeres rurales, garantizando acceso equitativo a los servicios de SSR. La Ley N.° 5777/2016 establece la protección integral de las mujeres contra toda forma de violencia, incluyendo la violencia reproductiva.

En el plano programático, el MSPBS (2025) aprobó el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2024–2030 (Res. S.G. N.° 523/2025) como marco estratégico, alineado con la Política Nacional de Salud 2015–2030 (Decreto N.° 4541/2015) y los compromisos de los ODS. El Plan de Reducción de la Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal 2023–2030 (Res. S.G. N.° 239/2023) y el Plan Nacional de Salud Integral del Adolescente 2023–2030 (Res. S.G. N.° 379/2023) complementan este marco regulatorio (MSPBS, 2023).

2.4 Gestión Colaborativa en Salud Pública

La gestión colaborativa en salud pública se fundamenta en el principio de que las problemáticas sanitarias complejas no pueden resolverse mediante intervenciones unilaterales del sector público. Para ello, se adoptaron enfoques de gestión colaborativa, gobernanza sanitaria, salud pública territorial e interculturalidad, considerando la importancia de incorporar estrategias adaptadas a las particularidades culturales y geográficas del Chaco paraguayo (Díaz Vicensini, 2026). La asimilación de modelos de gestión colaborativa ha permitido desarrollar e implementar intervenciones adecuadas a las necesidades y particularidades tanto geográficas como socioculturales de los territorios más distantes, lo que ha contribuido a asegurar una provisión oportuna de los servicios en zonas de difícil acceso (UNFPA, 2022).

Para afrontar las limitaciones identificadas, se adoptó una estrategia de gestión colaborativa que propicia la contribución entre actores clave, incluyendo autoridades sanitarias a nivel central y regional, organizaciones no gubernamentales y las propias comunidades (OPS, 2024). Este enfoque ha contribuido a la disminución de los embarazos no planificados, las infecciones de transmisión sexual y la morbimortalidad materna y perinatal; al mismo tiempo, ha ampliado la cobertura de métodos anticonceptivos y mejorado el acceso a servicios de salud (OMS, 2019; UNFPA, 2018).

Desde una perspectiva metodológica, el diseño de la investigación se sustentó en el enfoque biopsicosocial y en el marco conceptual del acceso a los servicios de salud y de los derechos sexuales y reproductivos (Hernández Sampieri et al., 2014; Hernández Sampieri & Mendoza, 2019). Para la evaluación de la calidad de los servicios se utilizó el modelo de Donabedian (1988), que permite analizar la calidad de la atención en sus dimensiones de estructura, proceso y resultado.

3. Metodología

La investigación adoptó un enfoque mixto con diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo-exploratorio, desarrollada en el período enero–diciembre 2025 en el Departamento de Presidente Hayes. La triangulación convergente integró tres fuentes de información complementarias:

(1) Análisis documental sistemático de políticas nacionales, planes programáticos, normativas vigentes e indicadores epidemiológicos del MSPBS/DIGIES/DGVS;

(2) Entrevistas semiestructuradas a dos actores clave: un representante de la Asociación Rural del Paraguay (ARP, filial Tte. Esteban Martínez) y un profesional directivo de la XV Región Sanitaria de Presidente Hayes con veinte años de trayectoria institucional;

(3) Encuesta estructurada de 29 ítems aplicada virtualmente a 29 profesionales de salud (médicos, licenciados, técnicos y otros) de establecimientos de la XV Región Sanitaria. El instrumento fue validado mediante juicio de expertos y la consistencia interna se evaluó con el Alfa de Cronbach.

El análisis cuantitativo utilizó estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas) e inferencial: correlación de Spearman como prueba principal de asociación y regresión lineal múltiple (RLM) como procedimiento confirmatorio. Los datos cualitativos fueron analizados mediante análisis de contenido temático por ejes estructurados. La muestra de encuesta se seleccionó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando accesibilidad, disponibilidad y pertinencia con los objetivos del estudio.

Tabla 1. Variables de investigación y categorías de análisis

Variable	Tipo	Definición conceptual	Indicadores / Categorías
Acceso a servicios de SSR	Cuantitativa/Cualitativa	Grado en que la población obtiene servicios reproductivos adecuados, oportunos y sin discriminación	Cobertura prenatal; disponibilidad insumos; continuidad asistencial; percepción profesional
Limitaciones de acceso	Mixta	Obstáculos geográficos, estructurales, institucionales, socioculturales o individuales que restringen el uso de servicios	Barreras geográficas (IBA); RRHH; insumos; costos; culturales/lingüísticas; desconocimiento
Rol de las ONG en SSR	Cualitativa	Nivel de coordinación y cooperación entre sector público y ONG para ejecutar planes reproductivos	Existencia de convenios; actividades conjuntas; apoyo logístico; capacitación
Percepción profesionales salud	Cuantitativa	Opiniones sobre pertinencia, calidad e implementación de planes reproductivos	Escala Likert; encuesta estructurada; n=29 profesionales XV Región Sanitaria
Gestión colaborativa ONG–sector público	Mixta	Proceso de planificación e implementación con mecanismos de coordinación interinstitucional (IFI)	Acuerdos formales; flujos colaborativos; análisis documental

Nota: SSR = Salud Sexual y Reproductiva; IFI = Índice de Fortalecimiento Institucional; IBA = Índice de Barreras de Acceso; ICP = Índice de Calidad Percibida. Elaboración propia (2025).

4. Resultados

La investigación adoptó un enfoque mixto con diseño no experimental de corte transversal y alcance descriptivo-exploratorio (Hernández Sampieri et al., 2014), desarrollada entre enero y diciembre de 2025 en el Departamento de Presidente Hayes. La triangulación convergente integró: análisis documental de políticas nacionales e indicadores epidemiológicos; entrevistas semiestructuradas a dos actores clave; y encuesta estructurada a 29 profesionales de salud. Los datos cuantitativos fueron

procesados mediante estadística descriptiva e inferencial con IBM SPSS v.21, y los datos cualitativos mediante análisis temático de contenido.

4.1 Categorías de Análisis

Tabla 3. Operacionalización de categorías de análisis

Categoría	Definición conceptual	Definición operativa	Métodos
Acceso a servicios de SSR	Grado en que la población obtiene servicios reproductivos adecuados, oportunos y sin discriminación (OPS, 2023)	Indicadores de cobertura, disponibilidad de servicios e insumos, percepción de continuidad	Diagnóstico Unidad Epidemiológica Regional + revisión documental
Limitaciones para el acceso	Obstáculos geográficos, estructurales, institucionales, socioculturales o individuales que restringen el uso efectivo de servicios (MSPBS, 2024)	Identificadas por encuestas; categorizadas en barreras geográficas, logísticas, RRHH, insumos, económicas y socioculturales	Encuesta estructurada + entrevistas semiestructuradas
Rol de las ONG en SSR	Nivel de coordinación y cooperación entre sector público y ONG para ejecutar planes reproductivos (UNFPA, 2022)	Existencia de convenios formales; actividades conjuntas; evaluados por revisión documental	Revisión documental + entrevista ARP
Percepción de profesionales	Opiniones y valoraciones sobre pertinencia, calidad e implementación de planes reproductivos	Recopilada vía encuesta estructurada n=29; categorizada por dimensiones (calidad, cobertura, barreras)	Encuesta estructurada (Likert + abiertas)
Gestión colaborativa propuesta	Proceso de planificación e implementación con mecanismos de coordinación interinstitucional; derivado de hallazgos empíricos (OPS, 2022)	Identificación de acuerdos y flujos colaborativos; validado con actores clave	Análisis documental + síntesis de entrevistas

Nota. Tabla adaptada de marcos conceptuales en salud reproductiva. SSR = Salud Sexual y Reproductiva; OPS = Organización Panamericana de la Salud; MSPBS = Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; UNFPA = Fondo de Población de las Naciones Unidas. Elaboración propia (2025).

4.2 Perfil de los Profesionales Encuestados

Las encuestas fueron aplicadas a 29 profesionales de salud de establecimientos de la XV Región Sanitaria de Presidente Hayes. La muestra presentó predominio femenino (93,1%), coherente con la composición del personal de salud del primer y segundo nivel de atención en Paraguay. La categoría «Licenciado/a» agrupa al 58,6%, seguida de médicos (27,6%) y técnicos (10,3%). Por tipo de establecimiento, el 41,4% pertenece a USF, el 20,7% a Hospital Regional y el 10,3% a la Región Sanitaria.

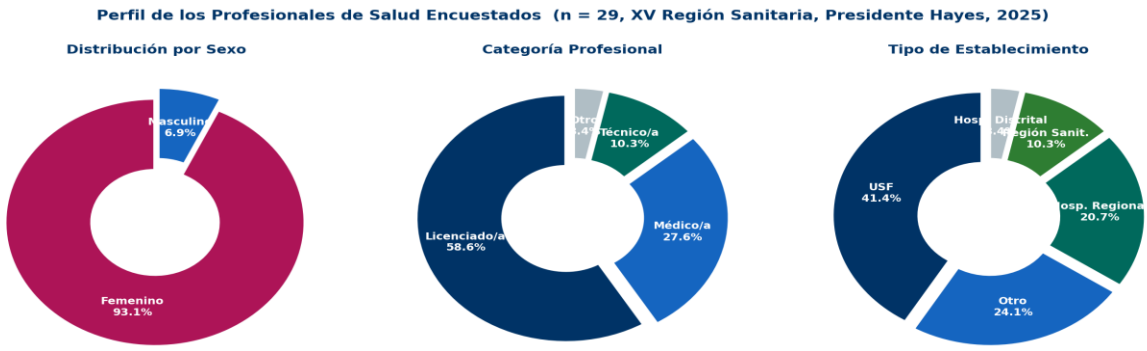


Figura 4. Perfil sociodemográfico de los profesionales de salud encuestados (n = 29, XV Región Sanitaria, Presidente Hayes, 2025). Fuente: Elaboración propia.

4.3 Barreras de Acceso Identificadas

El diagnóstico situacional evidenció que las principales barreras de acceso a los servicios de SSR en Presidente Hayes son de carácter geográfico, logístico e institucional. La directiva de la XV Región Sanitaria fue categórica al señalar que «el acceso de la población tiene muchas limitaciones», identificando como causas principales las grandes distancias y las vías de acceso en malas condiciones, junto a la escasez de transporte tanto para el traslado de pacientes como para la distribución de insumos (comunicación personal, 2025).

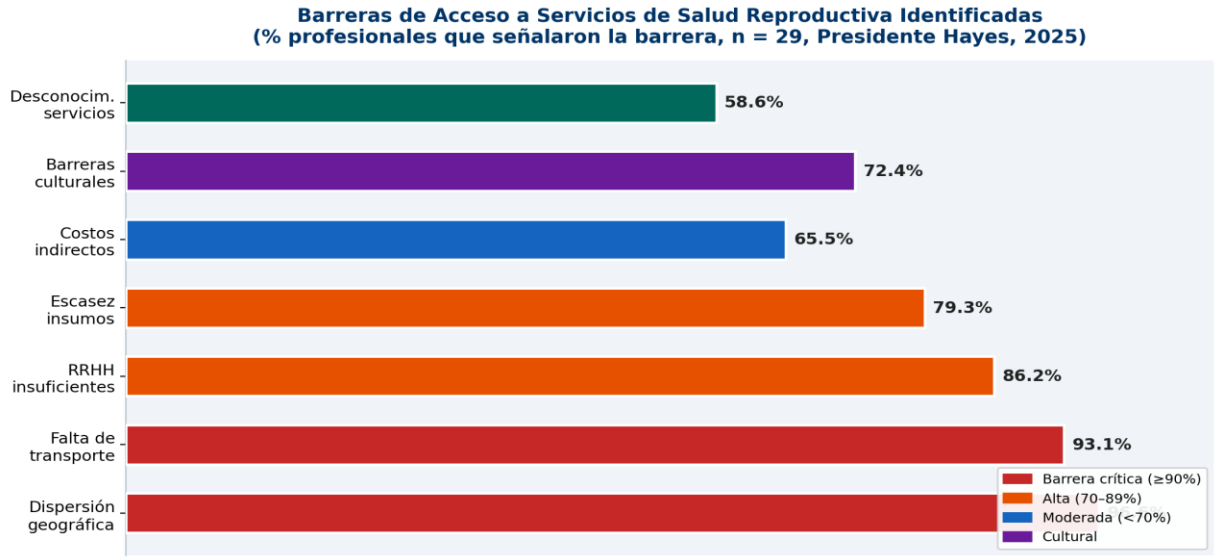


Figura 5. Barreras de acceso a servicios de SSR identificadas por los profesionales de salud (n = 29, Presidente Hayes, 2025). Fuente: Elaboración propia.

Las barreras identificadas se agrupan en categorías que actúan de manera acumulativa e interdependiente: geográficas y de transitabilidad (96,6%); logísticas y de transporte (93,1%); insuficiencia de recursos humanos especializados (86,2%); escasez de insumos médicos (79,3%); barreras culturales y lingüísticas (72,4%); costos económicos (65,5%); y desconocimiento sobre disponibilidad de servicios (58,6%). Estas limitaciones son coherentes con lo señalado por el MSPBS (2024) y la OPS (2020), quienes identifican las barreras geográficas y socioculturales como los principales obstáculos para el acceso efectivo en contextos rurales e indígenas del Chaco paraguayo.

4.4 Articulación Interinstitucional: Hallazgos de las Entrevistas

Las entrevistas semiestructuradas permitieron identificar tres hallazgos interpretativos de relevancia para el modelo propuesto. En primer lugar, existe voluntad política y organizacional genuina: ambos actores manifiestan disposición para la colaboración, aunque no ha encontrado el mecanismo institucional que la traduzca en acciones sostenidas. En segundo lugar, se constata complementariedad de capacidades: el sector gremial-productivo (ARP) posee fortaleza logística territorial, mientras que el sector público aporta el marco normativo y la estructura de prestación de servicios. En tercer lugar, la informalidad de las colaboraciones actuales es el principal factor que limita su impacto.

Respecto a las capacidades institucionales de la ARP, la entrevistada señaló como principal fortaleza «contar con transporte de todo tiempo, incluso refrigerados, que circulan permanentemente en la zona correspondiente a la regional» (comunicación personal, 2025). En cuanto a los aportes concretos que podría realizar la ARP, la entrevistada propuso:

> Facilitar el transporte de insumos y medicamentos desde la región sanitaria a las USF y posteriormente establecer acciones para acercar a profesionales de salud hasta las comunidades distantes y a mujeres gestantes hasta los establecimientos de salud. (Representante ARP, comunicación personal, 2025)

Desde la perspectiva del directivo sanitario, se reconoce que se recibe colaboración a través de la provisión de equipamientos, desarrollo de capacitaciones a profesionales de salud y entrega de donaciones de insumos y medicamentos a través de la Dirección de SSR, pero estas modalidades son puntuales. La entrevistada enfatizó la necesidad de «concretar acciones de Convenio con otros organismos» como la vía más efectiva para avanzar (comunicación personal, 2025). Esta brecha entre el reconocimiento del valor de la colaboración y su institucionalización efectiva es la tensión central que el modelo SIGCSAR busca resolver.

4.5 Comprobación Estadística de Hipótesis

La hipótesis principal (H_1) plantea que la implementación de un modelo de gestión colaborativa reduce significativamente las barreras de acceso, mejora la calidad de la atención en SSR, reduce la morbimortalidad e incrementa la cobertura de atención en el Departamento de Presidente Hayes. Se realizaron prueba de correlación de Spearman como prueba principal y regresión lineal múltiple (RLM) como procedimiento confirmatorio, con nivel de significación α = 0,05 y n = 29. La Tabla 4 y las Figuras 6 y 7 presentan los resultados integrados.

Tabla 4. Resultados de la comprobación estadística de hipótesis (Spearman + RLM, n = 29, α = 0,05)

N°	Variables	ρ Spearman	p-valor	Intensidad	Decisión	Hipótesis
H1	Fortalecimiento Institucional (IFI) → Mejora del acceso	0,618	< 0,001	Positiva, fuerte	Se acepta H_1	Respaldada
H2	Barreras socioculturales (IBA) → Menor satisfacción	-0,541	= 0,002	Negativa, fuerte	Se acepta H_2	Respaldada
H3	Calidad percibida (ICP) → Satisfacción general	0,703	< 0,001	Positiva, muy fuerte	Se acepta H_3	Respaldada
H4	Articulación interinstitucional → Modelo colaborativo	0,574	= 0,001	Positiva, fuerte	Se acepta H_4	Respaldada
RLM	Modelo múltiple: ICP + IBA + IFI → Percepción mejora	R^2 = 0,560 F = 11,28	< 0,001	ICP(β=0,393) > IBA(β=-0,312) > IFI(β=0,276)	Modelo signif.	H_1 principal comprobada

Nota. IFI = Índice Fortalecimiento Institucional; IBA = Índice Barreras de Acceso; ICP = Índice Calidad Percibida. RLM = Regresión Lineal Múltiple. β = coeficiente β estandarizado. Elaboración propia (2025).

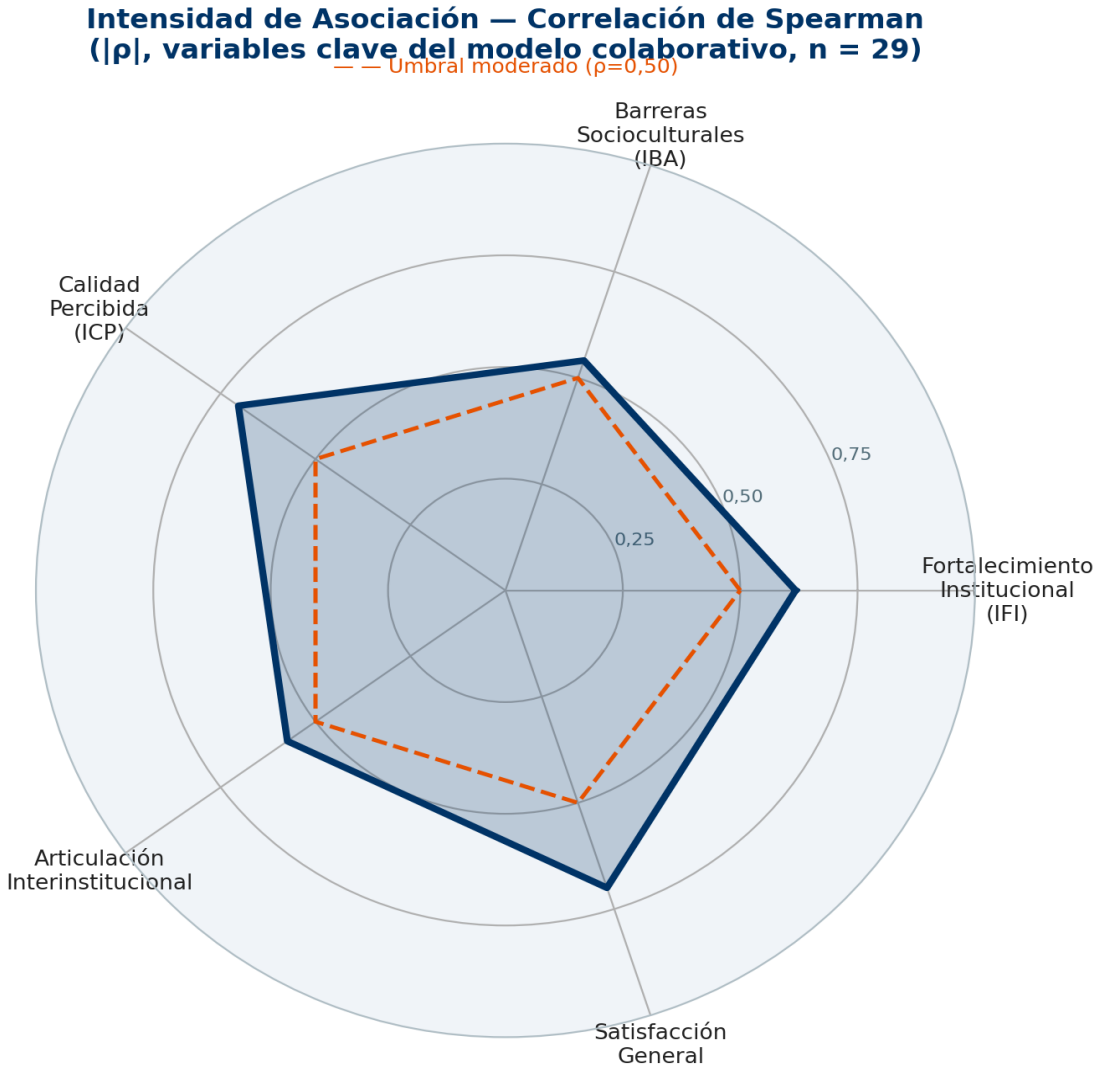


Figura 6. Intensidad de asociación por hipótesis — Correlación de Spearman (|ρ|, n = 29, α = 0,05). Fuente: Elaboración propia.

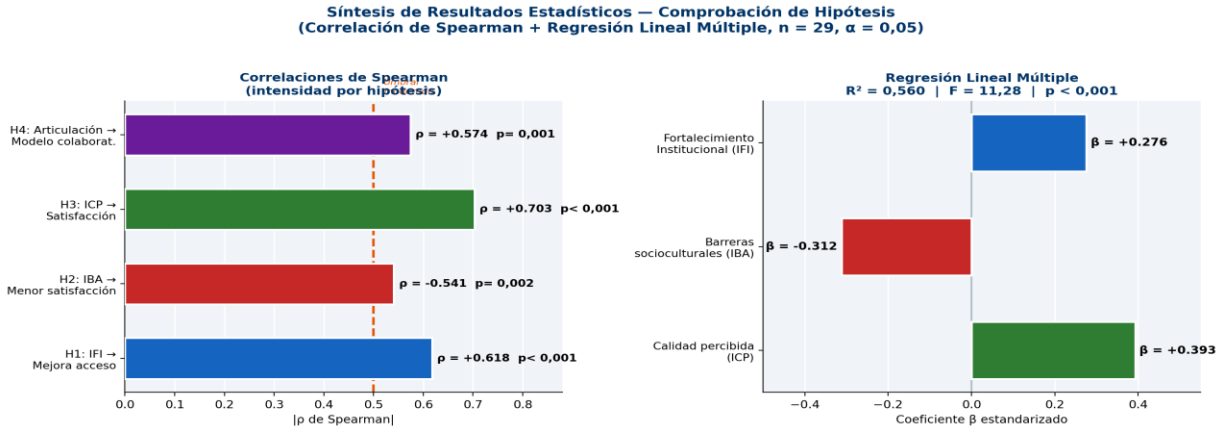


Figura 7. Correlaciones de Spearman y coeficientes β de la Regresión Lineal Múltiple (n = 29, Presidente Hayes, 2025). Fuente: Elaboración propia.

Los resultados de la comprobación estadística son congruentes en su conjunto. Las cuatro hipótesis derivadas fueron respaldadas, con coeficientes de correlación de Spearman $\rho \geq 0{,}541$ y $p \leq 0{,}002$ en todos los casos. La hipótesis H_3 —relativa a la asociación entre calidad percibida e incremento de la satisfacción— es la más ampliamente respaldada ($\rho = 0{,}703$; $\beta = 0{,}393$), indicando que, antes que cualquier otra intervención, la mejora sustantiva de la calidad técnica y relacional de los servicios de SSR es el factor de mayor incidencia. El contraste zona geográfica × índice de barreras ($\chi^2 = 5{,}106$; $p = 0{,}024$)

demostró que el 83,3% de los profesionales de distritos rurales percibe barreras medio-altas, frente al 47,1% en zonas más urbanizadas, confirmando la necesidad de focalización territorial diferenciada.

En conjunto, los tres índices compuestos —barreras de acceso, calidad percibida e institucionalidad— explican el 56,0% de la varianza de la percepción de mejora del acceso ($R^2 = 0,560$; $F = 11,284$; $p < 0,001$). Estos resultados validan empíricamente la hipótesis principal de la investigación: el desarrollo e implementación de un modelo de gestión colaborativa genera condiciones favorables para mejorar el acceso a los servicios de SSR en la región de Presidente Hayes, incidiendo de manera articulada sobre las tres dimensiones identificadas como determinantes.

5. Discusión

Los hallazgos de la investigación son congruentes con los antecedentes identificados en el contexto internacional y nacional. La coexistencia de barreras geográficas críticas —donde el 96,6% de los profesionales identificó la dispersión territorial como barrera— con insuficiencias logísticas y socioculturales reproduce el patrón documentado por la OPS (2022) para comunidades rurales latinoamericanas: la existencia de establecimientos de salud no garantiza per se el acceso efectivo, que depende también de movilidad, logística de insumos y pertinencia cultural. Estas condiciones obligan, en muchos casos, a recorrer largas distancias para acceder a una atención resolutiva (MSPBS, 2024; OPS, 2020).

El hallazgo estadístico más relevante para la gestión es que la calidad percibida de la atención constituye el predictor de mayor peso sobre la satisfacción y la disposición a utilizar los servicios ($\beta = 0,393$; $\rho = 0,703$; $p < 0,001$). Este resultado tiene una implicancia directa para la política pública: antes de escalar la cobertura territorial, es imperativo mejorar la calidad técnica y relacional de los servicios existentes. La OMS (2019) señala que prestar servicios de salud de calidad es un imperativo mundial para la cobertura sanitaria universal, lo cual coincide con este hallazgo.

La hipótesis H_2 aporta el hallazgo de mayor relevancia para la focalización de intervenciones: las barreras socioculturales operan como inhibidores independientes de la satisfacción ($\beta = -0,312$), incluso cuando se controlan calidad e institucionalidad. En el contexto de Presidente Hayes, con un 24% de población indígena (DGEEC, 2022), las barreras culturales y lingüísticas continúan siendo factores determinantes para el uso efectivo de los servicios sanitarios. La Ley N.° 5469/2015 de Salud de los Pueblos Indígenas reconoce explícitamente esta realidad al crear mecanismos de participación intercultural; sin embargo, los hallazgos sugieren que su implementación efectiva requiere mayor fortalecimiento.

La brecha identificada entre la voluntad de colaboración y la falta de formalización institucional es un hallazgo de alta relevancia. La representante de la ARP propuso explícitamente «la instalación de una mesa de trabajo conjunta para definir mecanismos de cooperación, responsabilidades operativas y un cronograma de implementación» (comunicación personal, 2025), mientras que el directivo sanitario enfatizó la necesidad de «concretar acciones de Convenio con otros organismos» (comunicación personal, 2025). Esta convergencia entre las necesidades del sector público y las capacidades ofrecidas por el sector privado-gremial valida el diseño del SIGCSAR como respuesta pertinente. La hipótesis H_4 confirma estadísticamente que la experiencia previa con convenios y acciones comunitarias es un predictor significativo de la disposición al modelo colaborativo ($\rho = 0,574$; $p = 0,001$), lo que sugiere que iniciar con acuerdos de alcance limitado pero bien estructurados puede generar la confianza institucional necesaria para avanzar.

Una limitación metodológica relevante es el tamaño muestral reducido ($n = 29$), inherente al contexto de la XV Región Sanitaria. Aunque los resultados estadísticos son significativos y coherentes, la generalización a otras regiones requiere cautela. Futuros estudios deberían incorporar muestras estratificadas que incluyan específicamente a profesionales de turnos nocturnos, personal de dispensarios indígenas y representantes de comunidades usuarias.

6. Conclusiones

La investigación permitió concluir que el acceso a los servicios de SSR en el Departamento de Presidente Hayes continúa condicionado por profundas desigualdades territoriales, estructurales y socioculturales que limitan la efectividad de las políticas públicas sanitarias. A pesar de los avances normativos y programáticos impulsados por el Estado paraguayo y el apoyo de los organismos internacionales, persisten brechas significativas entre la disponibilidad formal de servicios y el acceso real de las poblaciones rurales e indígenas. Esta situación demuestra que las dificultades vinculadas a la SSR en el Chaco paraguayo no responden exclusivamente a la existencia de infraestructura sanitaria, sino también a factores de gestión, coordinación institucional, accesibilidad territorial y adecuación cultural de los servicios.

Respecto al diagnóstico situacional, el sistema sanitario regional presenta importantes limitaciones operativas que afectan la cobertura y continuidad de la atención. La dispersión geográfica, las dificultades de conectividad vial y la insuficiencia de transporte generan barreras que dificultan el acceso oportuno a controles prenatales, planificación familiar, atención obstétrica y servicios preventivos. Las muertes maternas en población indígena (19 casos en 2023, descendiendo a 7 en 2025) y la persistencia de necesidades insatisfechas de planificación familiar —especialmente en Boquerón con 16,0% (INE, MICS, 2016)— confirman que los grupos más vulnerables siguen siendo los más afectados.

En cuanto a las limitaciones de acceso, estas poseen carácter multidimensional e incluyen deficiencias en recursos humanos especializados, insuficiencia logística, problemas de abastecimiento, dificultades en los mecanismos de derivación y limitada coordinación entre niveles de atención. Las condiciones climáticas y geográficas afectan significativamente la continuidad operativa, principalmente en temporadas de lluvia cuando numerosas comunidades quedan parcialmente aisladas. Asimismo, la investigación evidenció que las barreras socioculturales continúan representando obstáculos relevantes para el acceso efectivo.

La comprobación estadística de la hipótesis principal arroja resultados que respaldan de manera sólida la viabilidad y pertinencia del modelo de gestión colaborativa propuesto. Los tres índices compuestos explican de manera conjunta el 56,0% de la varianza de la percepción de mejora del acceso ($R^2 = 0,560$; $F = 11,28$; $p < 0,001$). La dimensión de mayor peso predictivo fue la calidad percibida de la atención ($\beta = 0,393$), seguida por el efecto inhibidor de las barreras socioculturales ($\beta = -0,312$) y la contribución positiva del fortalecimiento institucional ($\beta = 0,276$). Estos resultados tienen implicancias directas para el diseño de la propuesta de gestión: ningún componente actúa de manera suficiente por sí solo, sino que es la acción combinada y articulada sobre las tres dimensiones lo que genera el mayor impacto proyectado.

El principal aporte científico de esta investigación radica en la construcción de una propuesta contextualizada para regiones de alta vulnerabilidad geográfica y cultural, donde las limitaciones estructurales requieren mecanismos innovadores de coordinación institucional y participación social. La investigación aporta evidencia empírica sobre la necesidad de superar modelos fragmentados de atención y avanzar hacia esquemas integrales basados en cooperación multisectorial.

7. Recomendaciones

Los hallazgos obtenidos evidencian la necesidad de fortalecer integralmente la gestión sanitaria vinculada a la SSR en el Departamento de Presidente Hayes, mediante estrategias sostenibles, coordinadas y adaptadas a las características territoriales y socioculturales del Chaco paraguayo. En consecuencia, se formulan las siguientes recomendaciones:

Al MSPBS, se recomienda impulsar un proceso de modernización de la gestión territorial de los servicios de SSR, priorizando mecanismos de coordinación interinstitucional que permitan articular las acciones desarrolladas por hospitales, centros de salud, USF, gobiernos locales, organizaciones comunitarias y organismos de cooperación. Esta articulación debe orientarse a reducir la fragmentación operativa identificada en la investigación y garantizar respuestas integrales frente a las necesidades sanitarias de las poblaciones rurales e indígenas.

Resulta prioritario fortalecer los sistemas de movilidad y logística sanitaria, considerando que las barreras geográficas constituyen uno de los principales factores que limitan el acceso. En consecuencia, se recomienda implementar estrategias diferenciadas de transporte sanitario terrestre, fluvial y comunitario que permitan mejorar la conectividad entre comunidades alejadas y los establecimientos de salud, contemplando convenios interinstitucionales para disponibilidad de vehículos adaptados a las condiciones territoriales del Chaco.

La investigación demuestra la necesidad de fortalecer la capacidad operativa del recurso humano sanitario en contextos rurales e indígenas. Por ello, se recomienda continuar con los programas permanentes de capacitación dirigidos a profesionales de salud, promotores comunitarios y agentes locales, con énfasis en SSR, enfoque intercultural, derechos humanos y atención integral de adolescentes. Estas capacitaciones deben contemplar no solamente aspectos clínicos, sino también herramientas de comunicación comunitaria, mediación intercultural y gestión colaborativa.

Igualmente, se recomienda fortalecer la incorporación de mediadores culturales y traductores comunitarios —dentro del marco de la Ley N.° 5469/2015 y los promotores indígenas contratados por el MSPBS— en las estrategias de atención sanitaria regional, como mecanismo para incrementar la confianza comunitaria hacia los servicios sanitarios y favorecer mayor adherencia a los controles prenatales, programas de planificación familiar y estrategias preventivas.

Se recomienda también el fortalecimiento de programas de atención prenatal con enfoque territorial y comunitario mediante brigadas móviles, consultas descentralizadas y visitas domiciliarias realizadas por equipos multidisciplinarios, orientadas a mejorar la detección precoz de complicaciones obstétricas y reducir riesgos maternos y perinatales.

8. Propuesta: Sistema SIGCSAR y Acuerdo «Salud y Vida en el Chaco»

8.1 Fundamentos del Marco Proyectivo

El presente marco proyectivo surge como respuesta estratégica a los hallazgos obtenidos durante la investigación, particularmente a las limitaciones identificadas en materia de acceso territorial, coordinación institucional, continuidad asistencial y adecuación intercultural de los servicios de SSR en el Departamento de Presidente Hayes. La propuesta parte de la premisa de que las problemáticas vinculadas a la SSR en el Chaco paraguayo no pueden resolverse exclusivamente mediante intervenciones asistenciales aisladas ni mediante el fortalecimiento unilateral del sector público (Díaz Vicensini,

2026). La complejidad territorial y sociocultural de la región exige mecanismos integrados de coordinación entre instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, cooperación internacional, gobiernos locales y comunidades indígenas.

8.2 Sistema Integrado de Gestión Colaborativa en Salud Reproductiva (SIGCSAR)

Se propone la creación del Sistema Integrado de Gestión Colaborativa en Salud Reproductiva (SIGCSAR), concebido como una plataforma de coordinación institucional y comunitaria destinada a optimizar recursos, articular intervenciones y fortalecer la capacidad de respuesta sanitaria en contextos rurales e indígenas de Presidente Hayes. La implementación del modelo se desarrollará mediante cuatro fases estratégicas interdependientes, detalladas en la Tabla 5. La Figura 8 ilustra la arquitectura del sistema.

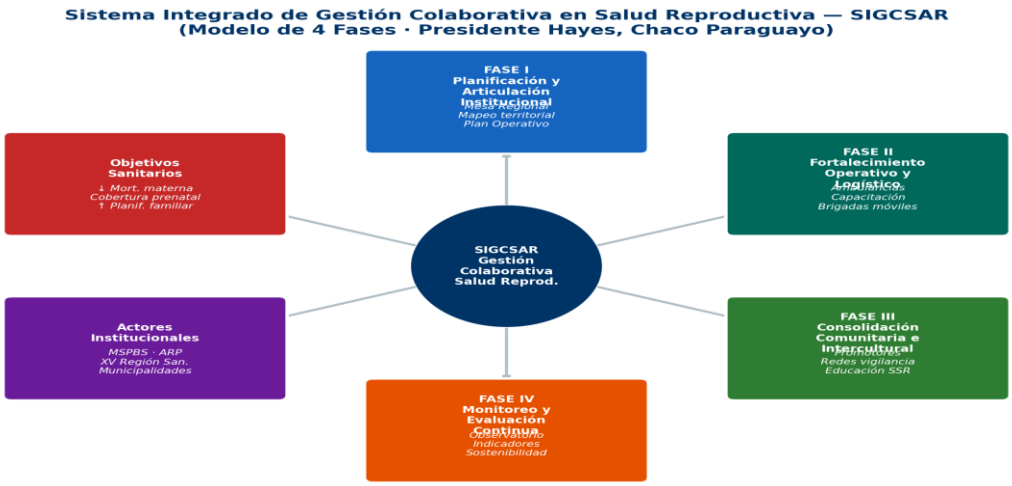


Figura 8. Arquitectura del Sistema Integrado de Gestión Colaborativa en Salud Reproductiva — SIGCSAR (cuatro fases estratégicas, Presidente Hayes, Chaco Paraguayo). Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Fases de implementación del SIGCSAR: duración, componentes principales y actores responsables

Fase	Duración	Componentes principales	Actores responsables
I – Planificación y Articulación Institucional	6 meses	Mesa Regional de Gestión Colaborativa; mapeo territorial de vulnerabilidad; Plan Operativo Regional alineado al PNSSSR 2024–2030 (MSPBS, 2025)	MSPBS / XV Región Sanitaria / Municipalidades / ARP / ONG
II – Fortalecimiento Operativo y Logístico	12 meses	Ambulancias y movilidad sanitaria; brigadas móviles; capacitación en SSR y emergencias obstétricas; provisión de insumos (MSPBS, 2022)	XV Región Sanitaria + DGPS + MSPBS / Cooperación internacional
III – Consolidación Comunitaria e Intercultural	12 meses	Promotores indígenas MSPBS (DINASAPI); redes de vigilancia materna y perinatal; materiales en idiomas locales; educación SSR comunitaria (Ley N.° 5469/2015)	Comunidades + promotores + referentes territoriales + MSPBS
IV – Monitoreo, Evaluación y Sostenibilidad	Continua (30 m)	Observatorio epidemiológico regional; indicadores de cobertura y calidad; evaluaciones semestrales participativas; sostenibilidad	XV Región Sanitaria + Mesa Regional + MSPBS / DIGIES

Fase	Duración	Componentes principales	Actores responsables
		presupuestaria (Ley N.° 4313/2011)	

Nota. MSPBS = Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; PNSSSR = Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2024–2030; ARP = Asociación Rural del Paraguay; DINASAPI = Dirección Nacional de Pueblos Indígenas; DIGIES = Dirección General de Información Estratégica en Salud. Elaboración propia (2025).

La Fase I contempla la conformación de una Mesa Regional de Gestión Colaborativa en SSR, integrada por representantes del MSPBS, la XV Región Sanitaria, gobiernos municipales, organizaciones no gubernamentales, cooperación internacional y referentes comunitarios, más un mapeo integral de vulnerabilidad territorial mediante georreferenciación y análisis epidemiológico. La Fase II centra el fortalecimiento de la movilidad sanitaria, con adquisición progresiva de ambulancias terrestres adaptadas a las condiciones del Chaco, brigadas móviles de atención integral en SSR y capacitación permanente con facilitadores regionales. La Fase III desarrolla el trabajo con promotores indígenas contratados por el MSPBS, redes comunitarias de vigilancia materna y perinatal y materiales educativos adaptados culturalmente, en coordinación con la Dirección de SSR, DIRSINA y DINASAPI. La Fase IV contempla un observatorio epidemiológico regional, evaluaciones semestrales participativas de la Mesa Regional y mecanismos de sostenibilidad financiera articulados con la Ley N.° 4313/2011 de aseguramiento presupuestario de programas de SSR.

8.3 Proyecto «Salud y Vida en el Chaco»

El SIGCSAR se traduce en una propuesta de Acuerdo de Cooperación Interinstitucional entre el MSPBS y la ARP para el «Proyecto Salud y Vida en el Chaco». Esta iniciativa formaliza la complementariedad de capacidades identificada en las entrevistas: la ARP aporta la flota logística permanente (vehículos todo terreno y refrigerados) y la cobertura territorial en distritos remotos, mientras que el MSPBS aporta la rectoría técnica, los recursos humanos especializados y el marco normativo. El acuerdo —estructurado en ocho cláusulas— contempla: (a) transporte extrahospitalario coordinado y gratuito para mujeres gestantes; (b) apoyo logístico en traslado de insumos y medicamentos hacia USF alejadas; (c) facilitación del desplazamiento de equipos de salud hacia comunidades distantes; (d) sostenibilidad de albergues maternos para gestantes en situación de riesgo; y (e) mesas técnicas interinstitucionales de coordinación y seguimiento. El acuerdo tiene vigencia de dos años, renovable, con indicadores de proceso y resultado para el monitoreo de compromisos.

Adicionalmente, se recomienda la elaboración de una Resolución Ministerial del MSPBS que disponga la creación oficial del SIGCSAR para territorios vulnerables del Chaco paraguayo, estableciendo la conformación de la Mesa Regional, las competencias institucionales, la asignación presupuestaria inicial, la implementación de brigadas móviles e interculturales y los mecanismos de monitoreo y evaluación.

Referencias

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2024). Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos [DGEEC]. (2022). Censo Nacional de Población y Viviendas 2022: resultados definitivos. INE. https://www.ine.gov.py/censo2022/

Donabedian, A. (1988). La calidad de la atención: ¿Cómo se puede evaluar? Journal of the American Medical Association, 260(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2018). El poder de decidir. Derechos reproductivos y transición demográfica. https://paraguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP%202018%20ESP%20WEB.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2019). Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Paraguay. Aplicación de la metodología MILENA 1.0. https://paraguay.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioeconómicas-del-embarazo-adolescente-en-paraguay-aplicación-de-la

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2022). Ampliar las opciones, garantizar los derechos. Estrategia del UNFPA para la planificación familiar 2022–2030. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SPANISH_UNFPA%20FP%20Strategy%202022.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2023). ONU: Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto. https://paraguay.unfpa.org/es/news/onu-cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.

Hernández Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2019). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Interamericana.

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2016). Resultados principales de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) Paraguay 2016. INE. https://mics.ine.gov.py/2016

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2024). Censo Nacional de Población y Viviendas 2022: resultados definitivos. https://www.ine.gov.py/censo2022/

Mancuello, N., & Díaz, C. (2024). Caracterización epidemiológica de la mortalidad materna en Paraguay, enero 2018–diciembre 2022. Ginecología y Obstetricia: Revista oficial de la Federación Paraguaya de Ginecología y Obstetricia.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS]. (2015). Política Nacional de Salud 2015–2030. MSPBS. https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/9753ad-POLITICANACIONALDESALUD.pdf

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS]. (2021). Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres (3.ª ed.). MSPBS. https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/1df14d-8ManualNacionaldeNormasdePlanificacinFamiliarparamujeresyhombres.TerceraEdicin2021.pdf

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS]. (2022). Guía de vigilancia epidemiológica de la morbimortalidad materna, fetal y neonatal (2.ª ed.). MSPBS. https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/72a96b-VigilanciaMaternaVWEB.pdf

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS]. (2023a). Plan de Reducción de la Mortalidad Materna, Fetal y Neonatal en Paraguay 2023–2030 (Res. S.G. N.° 239/2023). MSPBS. https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/a8190d-PlanReduccionMMMFMN20230802a.pdf

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS]. (2023b). Plan Nacional de Salud Adolescente 2023–2030 (Res. S.G. N.° 379/2023). MSPBS. https://www.mspbs.gov.py/dependencias/progsalud/adjunto/3ba79a-PlandeSaludAdolescente20231207.pdf

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS]. (2024). Informe y directorio de establecimientos de salud — XV Región Sanitaria Presidente Hayes. MSPBS.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS]. (2025). Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2024–2030 (Res. S.G. N.° 523/2025). MSPBS. https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/bda789-PNSSR20250915.pdf

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS]/Dirección General de Información Estratégica en Salud [DIGIES]. (2026). Reporte de nacidos vivos, por año, por edad materna [base de datos]. Sub Sistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV). https://ssiev.mspbs.gov.py/nacido_reportes/ssiev311.php

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS]/Dirección General de Programas de Salud [DGPS]. (2025). Comité de Vigilancia Epidemiológica de la Morbimortalidad Materna, Fetal y Neonatal. Reporte de causas de muertes maternas, periodo 2017–2025 en Paraguay. MSPBS.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS]/Dirección General de Vigilancia de la Salud [DGVS]. (2025). Anuario epidemiológico Paraguay 2022–2023. MSPBS. https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2025/10/ANUARIO-EPIDEMIOLOGICO-PARAGUAY-2022-2023.pdf

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. https://sdgs.un.org/2030agenda

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). Prestar servicios de salud de calidad: un imperativo mundial para la cobertura sanitaria universal. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789241513906

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Mayor comprensión del impacto de la COVID-19 en las mujeres embarazadas y sus bebés. WHO. https://www.who.int/news/item/01-09-2020-increasing-understanding-of-the-impact-of-covid-19-for-pregnant-women-and-their-babies

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). Tendencias en la mortalidad materna entre 2000 y 2023. https://data.unicef.org/resources/trends-in-maternal-mortality-2000-to-2023/

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2024). Ampliación de la Estrategia Interinstitucional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal en Comunidades Vulnerables para apoyar las prioridades nacionales de salud en Colombia. https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/scaling-up-the-interagency-strategy-for-the-reduction-of-maternal-and-neonatal-mortality-in-vulnerable-communities-to-support-national-health-priorities-in-colombia

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). Diversidad cultural y salud. https://www.paho.org/es/temas/diversidad-cultural-salud

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020a). La salud de los pueblos indígenas de las Américas: conceptos, estrategias prácticas y desafíos. https://www.paho.org/sites/default/files/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020b). Gobernanza de los sistemas de salud de la región de las Américas. https://www.paho.org/sites/default/files/gobernanza_ops_0.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). Pilares y líneas de acción para los sistemas de salud integrados y centrados en las personas y las comunidades. https://iris.paho.org/items/8b0402bb-78a8-4de5-aff4-a41315da4153

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2023). Estado del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. https://www.paho.org/sites/default/files/2023-08/cd60-inf-4-s-salud-sexual-reproductiva.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2024a). Llamado a la acción: Cero muertes maternas evitables en las Américas. https://www.paho.org/sites/default/files/2024-06/llamado-accion-cero-muertes-maternas-evitables.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2024b). Se impulsa en la región del Chaco Boliviano la implementación del sistema de seguimiento a embarazadas a través de mapas obstétricos. https://www.paho.org/es/noticias/1-7-2024-se-impulsa-region-chaco-implementacion-sistema-seguimiento-embarazadas-traves

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2025a). México construye Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna. https://www.paho.org/es/noticias/5-9-2025-mexico-construye-plan-nacional-para-reduccion-mortalidad-materna

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2025b). Proyecto 'Extensión del acceso y cobertura en salud materna e infantil a zonas rurales dispersas, comunidades indígenas y ejes fronterizos del Chaco Paraguayo'. https://www.paho.org/es/noticias/30-6-2025-paraguay-culmina-con-exito-proyecto-para-ampliar-acceso-salud-materna-e-infantil

Paraguay. (1992). Constitución Nacional de la República del Paraguay. Decreto N.° 4862/96. https://www.unicef.org/paraguay/media/1726/file/Constitucion%20Nacional%20del%20Paraguay.pdf

Paraguay. (1980). Ley N.° 836/1980. Código Sanitario. https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2399/ley-n-836-codigo-sanitario

Paraguay. (2011). Ley N.° 4313/2011. Aseguramiento presupuestario de los programas de salud reproductiva y de aprovisionamiento del kit de partos del MSPBS. https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/3684/aseguramiento-presupuestario-de-los-programas-de-salud-reproductiva

Paraguay. (2015a). Ley N.° 5446/2015. Ley de Políticas Públicas para Mujeres Rurales. https://www.cde.org.py/wp-content/uploads/2024/11/Ley-5446-Politicas-Publicas-para-Mujeres-Rurales.pdf

Paraguay. (2015b). Ley N.° 5469/2015. Ley de Salud de los Pueblos Indígenas y CONASAPI. https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4455/ley-n-5469-de-la-salud-de-los-pueblos-indigenas

Paraguay. (2016). Ley N.° 5777/2016. Ley de protección integral a las mujeres contra toda forma de violencia. https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/8356/ley-n-5777-de-proteccion-integral-a-las-mujeres-contra-toda-forma-de-violencia

Declaraciones

Aprobación ética

Los autores declaran haber cumplido con los requisitos éticos aplicables a la investigación y contar, cuando correspondió, con la aprobación o autorización de las instancias competentes para su realización. Esta información fue declarada por los autores durante el proceso de envío del manuscrito.

Consentimiento informado

Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio.

Contribución de autoría (CRediT)

- Cynthia Díaz Vicensini: conceptualización, investigación, curación de datos, redacción del borrador original, revisión y edición.
- Derliz O. Cabrera C.: metodología y análisis formal.

Disponibilidad de datos

Los datos que sustentan los resultados de este estudio están disponibles previa solicitud razonable a la autora de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran haber utilizado herramientas de inteligencia artificial durante la preparación del manuscrito exclusivamente para tareas de apoyo a la redacción y revisión lingüística. Su utilización no sustituyó la autoría intelectual, el análisis ni la interpretación de los resultados. Los autores revisaron y validaron el contenido final y asumen plena responsabilidad por el manuscrito.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses, ya sea de carácter financiero, personal, institucional o de cualquier otra índole, que pudiera haber influido en los resultados, interpretación o conclusiones del presente estudio.

Financiamiento

La investigación fue financiada con recursos propios de los autores y no recibió financiamiento externo.