

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Medicina

## Perfil sociodemográfico y barreras percibidas en el acceso a los servicios de salud en una comunidad indígena avá-guaraní de Minga Porã, Paraguay

Fábio Luís Perpétuo<sup>1</sup>, Gustavo Grando Ribeiro<sup>1</sup>, Liziene Vieira da Silva<sup>1</sup>, Angel Manuel Giménez Enciso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay.

**Enviado:** 30 de septiembre de 2025

**Aceptado:** 18 de diciembre de 2025

**Publicado:** 28 de diciembre de 2025

**DOI:** [10.5281/zenodo.22149712](https://doi.org/10.5281/zenodo.22149712)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0  
Internacional (CC-BY)

### RESUMEN

**Introducción:** Las comunidades indígenas de América Latina presentan peores indicadores de salud que la población general y enfrentan barreras profundas de acceso a los servicios de salud; en el Paraguay la información local es escasa. El objetivo fue describir el perfil sociodemográfico y las barreras percibidas en el acceso a los servicios de salud de personas de una comunidad indígena avá-guaraní de Minga Porã, departamento de Alto Paraná. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal, con componente cualitativo. Mediante un cuestionario aplicado durante jornadas de atención se recogieron datos sociodemográficos, la frecuencia de uso de los servicios y, con preguntas abiertas analizadas por contenido temático, las barreras percibidas y las estrategias de cuidado. **Resultados:** Se entrevistó a 40 personas de 13 a 77 años; el 62,5 % eran mujeres y el 82,5 % no refirió enfermedades crónicas. El 15 % acudía a los servicios siempre que podía y el 85 %, solo cuando estaba muy enfermo. Las barreras identificadas fueron geográficas (distancia, caminos y comunicaciones), económicas (transporte y medicamentos, trabajo rural ineludible), estructurales (sin puesto de salud permanente, atención esporádica) y culturales o lingüísticas (atención en español, escaso reconocimiento de la medicina tradicional, discriminación). Ante la falta de acceso se recurría a plantas medicinales, oraciones y al consejo de familiares y curanderos. **Conclusiones:** En esta comunidad avá-guaraní el acceso a los servicios de salud se percibió como muy limitado por barreras simultáneas. Los hallazgos son descriptivos, provienen de una sola comunidad y de una

**Autor correspondiente:** Angel Manuel Giménez Enciso. Universidad Central del Paraguay, Ciudad del Este, Paraguay

**Financiación:** Esta investigación no recibió financiación específica de organismos públicos, comerciales ni de entidades sin ánimo de lucro.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

muestra por conveniencia, y no permiten estimar la magnitud poblacional del problema.

*Palabras clave:* pueblos indígenas, accesibilidad a los servicios de salud, disparidades en atención de salud, medicina tradicional, atención primaria de salud, Paraguay

## INTRODUCCIÓN

El acceso a los servicios de salud es un componente del derecho a la salud, pero millones de personas de comunidades indígenas siguen enfrentando barreras profundas para ejercerlo. En América Latina, las poblaciones indígenas presentan de forma sistemática peores indicadores de salud que la población general: mayor mortalidad infantil y materna, mayor carga de enfermedades infecciosas y un acceso desigual a la atención, en un contexto de pobreza, discriminación y marginación (1). Esta situación tiene raíces históricas: desde el contacto con las sociedades coloniales, los pueblos indígenas de la Amazonía y del continente sufrieron epidemias devastadoras, y aunque la mortalidad por estos eventos ha disminuido con el tiempo y con la atención sanitaria oportuna, la vulnerabilidad epidemiológica persiste (2). En la Amazonía peruana, por ejemplo, la desnutrición crónica y la anemia en menores de cinco años son mucho más frecuentes entre los niños indígenas que entre los no indígenas, con brechas paralelas en las condiciones de vida y en el acceso a la atención (3).

Entre los determinantes de estas desigualdades, la discriminación en el ámbito asistencial ha sido señalada como una barrera de primer orden: el sesgo hacia las poblaciones étnicas, las mujeres y las personas pobres se traduce en desatención, maltrato verbal o físico, desprecio de las creencias tradicionales y falta de comunicación en las lenguas indígenas (4). Los indicadores de salud autopercebida confirman que las personas que pertenecen a un grupo étnico minoritario son más vulnerables a reportar mala salud y problemas de salud mental (5). La pobreza persistente, el aislamiento geográfico y las barreras lingüísticas se combinan para agravar estas disparidades, como quedó en evidencia durante la pandemia de COVID-19, cuando las poblaciones indígenas rurales de la región sostuvieron las barreras más pronunciadas de acceso a los servicios (6).

En el Paraguay, según el censo de 2022, la población indígena asciende a alrededor de 140 000 personas, agrupadas en 19 pueblos y cinco familias lingüísticas,

con predominio de la familia guaraní (7). Esta población soporta una carga de enfermedad desproporcionada. El riesgo relativo de tuberculosis entre las personas indígenas fue de 6,4 respecto de las no indígenas en 2022, y los casos se concentran en regiones específicas del país (8). Algunas comunidades indígenas paraguayas registran prevalencias elevadas de sífilis activa (9), y en comunidades del Chaco y de la triple frontera se han descrito seroprevalencias altas de enfermedad de Chagas (10), de toxocariasis (11) y de otras infecciones de transmisión ambiental asociadas a condiciones de saneamiento deficientes (12).

Las barreras de acceso a la salud de las comunidades rurales y dispersas, y en particular de las indígenas, son multidimensionales: la accesibilidad geográfica, la disponibilidad de personal con competencias interculturales, la confianza en el sistema, la capacidad económica, el uso de la medicina tradicional y las dinámicas de género interactúan entre sí, de modo que la relación entre las barreras puede ser tan determinante como cada factor por separado (13). La evidencia sobre intervenciones eficaces para mejorar este acceso proviene casi exclusivamente de Canadá y los Estados Unidos, y existe una brecha importante de investigación en América Latina y el Caribe (14). Los enfoques que han mostrado resultados favorables incorporan la interculturalidad y la participación comunitaria en el diseño y la ejecución de los servicios (15,16). El Paraguay cuenta desde 2009 con una Política Nacional de Salud Indígena de enfoque intercultural y basada en derechos (17), pero su implementación efectiva sigue limitada por la escasez de recursos, de infraestructura y de formación culturalmente sensible.

A escala nacional, un análisis de 789 comunidades indígenas del país documentó disparidades marcadas en el acceso a los servicios materno-infantiles según la región y la familia lingüística, con un peso importante del parto domiciliario y de la partera indígena y con casi tres cuartas partes de las comunidades practicando la medicina tradicional (18). Sin embargo, la información local sobre las barreras de acceso en las comunidades del

departamento de Alto Paraná es escasa. El objetivo general fue describir el perfil sociodemográfico y las barreras percibidas en el acceso a los servicios de salud de personas de la comunidad indígena avá-guaraní de Arroyo Guasu, Minga Porã, departamento de Alto Paraná, Paraguay, durante 2024 y 2025. Como objetivos específicos, se buscó caracterizar a las personas participantes según edad, sexo, escolaridad, ocupación y enfermedades crónicas autorreportadas; describir la frecuencia con la que utilizan los servicios de salud; e identificar las barreras de acceso percibidas y las estrategias de cuidado a las que recurren ante la falta de acceso.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, con un componente cualitativo consistente en el análisis de contenido temático de respuestas a preguntas abiertas. El estudio se llevó a cabo en la comunidad indígena de Arroyo Guasu, del pueblo avá-guaraní, situada en el distrito de Minga Porã, departamento de Alto Paraná, Paraguay. La comunidad está integrada por cuatro asentamientos —Arroyo Guasu, Caaguazú, Huguat'i y Azul—, ubicados a distancias de 30 a 59 km de la ciudad de Minga Porã, con una población de referencia de aproximadamente 950 a 990 personas.

La población de estudio fueron las personas residentes en la comunidad. El tamaño mínimo de muestra se estimó en 42 personas, con un nivel de confianza del 90 %, un error del 10 % y una población de referencia cercana a 990. El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia: se invitó a participar a las personas presentes en la comunidad durante las jornadas de atención sanitaria, realizadas dos días por semana. Se preveía entrevistar a personas de 18 años o más con al menos un año de residencia en la comunidad y capaces de responder el cuestionario; finalmente participaron 40 personas, dos menos de lo previsto por dificultades de acceso a la comunidad.

La información se recogió mediante un cuestionario diseñado por los investigadores, que incluía datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, ocupación y enfermedades crónicas autorreportadas), una pregunta sobre la frecuencia de uso de los servicios de salud con respuesta en escala ordinal, y cuatro preguntas abiertas sobre las barreras de acceso percibidas, las dificultades encontradas, las propuestas de mejora y las estrategias de cuidado ante la imposibilidad de acceder a la atención. El cuestionario se aplicó de forma presencial en la

comunidad. Se complementó la descripción con datos agregados de actividad asistencial proporcionados por el equipo de salud que visita la comunidad.

Las variables cuantitativas se analizaron mediante frecuencias absolutas y relativas. Las respuestas a las preguntas abiertas se analizaron por contenido temático, agrupándolas en categorías de barreras y de estrategias de cuidado. No se aplicaron pruebas de contraste de hipótesis ni análisis de asociación.

El estudio contó con el aval del comité de bioética de la Filial Ciudad del Este y de la coordinación de investigación de la Universidad Central del Paraguay, y con la autorización de la dirección del establecimiento de salud responsable de Minga Porã. Todas las personas participantes otorgaron su consentimiento informado; la información se manejó de forma anonimizada mediante seudónimos y se utilizó únicamente con fines de investigación, conforme a la Declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

La comunidad no cuenta con un puesto de salud permanente; la atención se presta mediante visitas del equipo de salud, con un promedio de dos por mes. Durante 2024 se registraron 956 atenciones, con un máximo de 181 en octubre y de 148 en junio, y 153 atenciones hasta febrero de 2025. En 2024 se registraron 11 embarazos, con seguimiento prenatal de alrededor de 15 mujeres, 5 nacimientos y aproximadamente 4 defunciones, algunas de ellas notificadas por la Policía Nacional o la Fiscalía y no por el puesto de salud. El acceso del equipo a la comunidad se ve dificultado por los caminos de tierra, intransitables durante las lluvias, y por la falta de señal telefónica.

Se entrevistó a 40 personas. La edad osciló entre 13 y 77 años, con una media aproximada de 30 años; 25 participantes (62,5 %) eran mujeres y 15 (37,5 %), varones. Por grupo de edad, 10 (25,0 %) tenían menos de 20 años, 19 (47,5 %) de 20 a 39 años, 8 (20,0 %) de 40 a 59 años y 3 (7,5 %) 60 años o más. En cuanto a la escolaridad, 16 (40,0 %) tenían educación primaria completa o incompleta, 22 (55,0 %) secundaria completa o incompleta y 2 (5,0 %) estudios superiores. Respecto de la ocupación, 18 (45,0 %) eran amas de casa, 15 (37,5 %) trabajadores rurales o agricultores y 7 (17,5 %) estudiantes. Treinta y tres personas (82,5 %) no refirieron enfermedades crónicas; entre las 7 restantes, 6 (15,0 %) refirieron

hipertensión arterial y 2 (5,0 %), diabetes (una de ellas con ambas condiciones).

Seis personas (15 %) refirieron que acudían a los servicios de salud siempre que podían. Las 34 restantes (85 %) señalaron que acudir era muy difícil —por la lejanía, el mal estado del camino y la falta de transporte— y que solo lo hacían cuando estaban muy enfermas.

Del análisis temático de las respuestas abiertas surgieron cuatro grupos de barreras. Las barreras geográficas fueron las más mencionadas: la distancia de 30 a 59 km hasta la ciudad, los caminos de tierra que se vuelven intransitables con la lluvia y la ausencia de señal telefónica, que dificulta la coordinación ante una emergencia. Las barreras económicas incluyeron la falta de dinero para el transporte, el combustible y los medicamentos, y la imposibilidad de los trabajadores rurales de ausentarse de sus tareas sin perder el sustento. Las barreras estructurales fueron la ausencia de un puesto de salud permanente, la atención limitada a visitas esporádicas, la escasez de profesionales y las esperas prolongadas. Las barreras culturales y lingüísticas comprendieron la prestación de la atención en español mientras muchas personas hablan principalmente guaraní o una lengua indígena, el escaso reconocimiento de la medicina tradicional y los relatos de trato discriminatorio.

Los relatos también reflejaron una desigualdad interna: las mujeres, responsables mayoritarias del cuidado de la familia, y los trabajadores rurales varones describieron dificultades adicionales para ausentarse en busca de atención; las personas mayores y con enfermedades crónicas expresaron una mayor dependencia de la atención esporádica.

Ante la imposibilidad de acceder a la atención médica, las personas recurrían a plantas medicinales, tés, oraciones y descanso, al consejo de familiares y vecinos y a la consulta de líderes espirituales o curanderos de la comunidad.

## DISCUSIÓN

En esta encuesta transversal a 40 personas de una comunidad avá-guaraní de Minga Porã, la mayoría refirió que llegar a los servicios de salud es muy difícil y que solo acude cuando está muy enferma; las barreras identificadas fueron geográficas, económicas, estructurales y culturales o lingüísticas, y operaban de forma simultánea. Estos hallazgos describen la percepción de las personas efectivamente entrevistadas: proceden de una sola

comunidad y de una muestra por conveniencia, y las cifras de actividad asistencial corresponden a un equipo que no reside de forma permanente en el lugar, por lo que no representan una medida poblacional.

El perfil de la muestra —población joven, con predominio de mujeres, escolaridad de nivel primario o secundario, ocupaciones de subsistencia y baja frecuencia de enfermedades crónicas autorreportadas— es coherente con la estructura demográfica de la población indígena del Paraguay, mayoritariamente joven y de la familia lingüística guaraní (7). La baja proporción de enfermedades crónicas debe interpretarse con cautela, ya que el autorreporte tiende a subestimar la carga real, sobre todo en un contexto de acceso limitado a la evaluación clínica y de alta exposición a enfermedades infecciosas y ambientales como el descrito en comunidades indígenas del país (10-12).

El hallazgo de que la mayoría de las personas acude a la atención solo cuando está muy enferma coincide con el patrón de acceso selectivo y esporádico descrito en las comunidades indígenas de la región (13). En el análisis nacional de comunidades indígenas paraguayas, una proporción elevada de los partos era domiciliaria, la partera indígena era la principal responsable de la atención del parto en cerca de la mitad de las comunidades y siete de cada diez comunidades practicaban la medicina tradicional (18); ese mismo predominio de los sistemas propios de cuidado se observó en las respuestas de esta comunidad.

Las barreras geográficas y estructurales fueron las dominantes. La distancia, los caminos intransitables y la ausencia de un puesto de salud permanente, con una atención reducida a unas dos visitas mensuales, configuran una deficiencia del sistema y no una elección de las personas. En evaluaciones de barreras de acceso en comunidades rurales y dispersas de América Latina, la accesibilidad geográfica y la escasez de recursos humanos e insumos aparecen de forma recurrente, y su interacción con las barreras económicas —el costo indirecto del transporte y la pérdida de jornales— multiplica el efecto (13). Las brechas de acceso y de condiciones de vida documentadas en la Amazonía peruana ilustran cómo estas carencias se traducen en peores desenlaces de salud (3).

Las barreras culturales y lingüísticas remiten a un problema estructural de la relación entre el sistema y estas poblaciones. La atención ofrecida principalmente en español, frente a comunidades donde se habla sobre todo

guaraní, dificulta la comunicación y puede derivar en diagnósticos y tratamientos inadecuados. La discriminación en el ámbito asistencial se ha identificado como una barrera de primer orden para la atención equitativa de las personas indígenas en América Latina, y la falta de uso de las lenguas indígenas es una de sus expresiones (4,5). Los abordajes que incorporan la interculturalidad, la competencia lingüística y la participación de los líderes comunitarios mejoran la aceptación y la efectividad de los servicios (15,16), y el diálogo con las comunidades sobre su propia manera de entender la salud es una demanda explícita en experiencias comparables (16).

El recurso a las plantas medicinales, las oraciones y el consejo de curanderos y vecinos ante la falta de acceso no debe leerse como un signo de atraso, sino como una estrategia de cuidado y una expresión de la resiliencia comunitaria frente a un modelo biomédico centralizado y poco disponible. La medicina tradicional es un componente central de la salud de estas poblaciones y un recurso que conviene integrar, no ignorar (15,18).

La carga de enfermedad de la población indígena paraguaya es alta: el riesgo de tuberculosis multiplica varias veces al de la población no indígena (8), y en distintas comunidades se han descrito prevalencias elevadas de sífilis, enfermedad de Chagas y otras infecciones asociadas a la pobreza y al saneamiento deficiente (9,10,12). Las barreras descritas convierten esa carga en diagnósticos tardíos y peores desenlaces. La escasez de datos desagregados por pertenencia étnica es, en sí misma, un obstáculo para planificar y evaluar la respuesta, y la evidencia sobre intervenciones eficaces en la región sigue siendo limitada (14).

El estudio tiene limitaciones importantes. Se basa en una sola comunidad y en una muestra por conveniencia de tamaño reducido, reclutada durante jornadas de atención, lo que puede sobrerrepresentar a quienes buscan los servicios; la información es autorreferida y no se contrastó con registros clínicos; no hubo grupo de comparación, por lo que el estudio no identifica factores asociados. El criterio de inclusión previsto —personas de 18 años o más— no se cumplió, ya que la muestra incluyó a varios adolescentes, y las cifras de población de referencia de la comunidad no fueron consistentes entre las fuentes consultadas. Las cifras de actividad asistencial provienen de un equipo que visita la comunidad de forma intermitente. Como fortaleza, el trabajo aporta una primera descripción local, con datos primarios, de las barreras de acceso percibidas en una comunidad avá-guaraní del

departamento de Alto Paraná, un ámbito sobre el que casi no existe información publicada.

En conclusión, en esta comunidad indígena el acceso a los servicios de salud se percibió como muy limitado por barreras geográficas, económicas, estructurales y culturales que actuaban de forma simultánea, y las personas suplían la falta de atención con recursos propios de cuidado; estos hallazgos, descriptivos y basados en pocos casos, respaldan el fortalecimiento de la atención permanente y del transporte sanitario en el territorio, la incorporación de personal con competencias en lengua y cultura guaraní, el reconocimiento de la medicina tradicional y la mejora del registro sanitario con desagregación étnica, pero no permiten estimar la magnitud poblacional del problema ni atribuir relaciones causales.

## REFERENCIAS

1. Valeggia CR. The global and the local: health in Latin American indigenous women. *Health Care Women Int.* 2016;37(4):463-77. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.954704>
2. Walker RS, Sattenspiel L, Hill KR. Mortality from contact-related epidemics among indigenous populations in Greater Amazonia. *Sci Rep.* 2015;5:14032. <https://doi.org/10.1038/srep14032>
3. Díaz A, Arana A, Vargas-Machuca R, Antiporta D. Salud y nutrición de niños indígenas y no indígenas de la Amazonía peruana. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;38(1):49-56.
4. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;38(2):96-109.
5. Agudelo-Suárez AA, Martínez-Herrera E, Posada-López A, Rocha-Buelvas A. Ethnicity and health in Colombia: what do self-perceived health indicators tell us? *Ethn Dis.* 2016;26(2):147-56. <https://doi.org/10.18865/ed.26.2.147>
6. Flores-Ramírez R, Berumen-Rodríguez AA, Martínez-Castillo MA, Alcántara-Quintana LE, Díaz-Barriga F, Díaz de León-Martínez L. A review of environmental risks and vulnerability factors of indigenous populations from Latin America and the Caribbean in the face of the COVID-19. *Glob Public Health.* 2021;16(7):975-99. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1923777>
7. Instituto Nacional de Estadística. IV Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas 2022. Resultados finales. Fernando de la Mora: INE; 2023.
8. Medina A, Sussman J, Sosa N, Valdez M, Andrews JR, Croda J, et al. The concentration of tuberculosis within Paraguay's Indigenous population, 2018-2022: a retrospective population-based study. *Lancet Reg*

- Health Am. 2025;47:101140.  
<https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101140>
9. Russell NK, Nazar K, Del Pino S, Alonso Gonzalez 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 Publica*. 2019;43:e17.  
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.17>
  10. Ardiles-Ruesjas S, Lesmo V, González-Romero V, Cubilla Z, Chena L, Huber C, et al. Prevalence and diagnostic accuracy of different diagnostic tests for Chagas disease in an indigenous community of the Paraguayan Chaco. *PLoS Negl Trop Dis*. 2025;19(2):e0012861.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0012861>
  11. Ferreira IB, de Souza Filho RT, Lescano SAZ, Giuffrida R, Rodrigues D, de Faria Resende ST, et al. High toxocariasis seroprevalence in a tri-border indigenous community (Brazil, Paraguay and Argentina): a One Health perspective. *One Health*. 2025;21:101106.  
<https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2025.101106>
  12. Galeano P, Huber C, Ortiz V, Araya S, Pérez VT, Sequera G, et al. Integrated serological surveillance of communicable diseases in the Paraguayan Chaco, 2019. *Rev Panam Salud Publica*. 2025;49:e25.  
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.25>
  13. Houghton N, Bascolo E, Cohen RR, Cruz Vilcarromero NL, Rodriguez Gonzalez H, Albrecht D, et al. Identifying access barriers faced by rural and dispersed communities to better address their needs: implications and lessons learned for rural proofing for health in the Americas and beyond. *Rural Remote Health*. 2023;23(1):7822. <https://doi.org/10.22605/RRH7822>
  14. Araujo M, Moraga C, Chapman E, Barreto J, Illanes E. Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud en pueblos indígenas de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(5):371-81.
  15. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):368-76.  
<https://doi.org/10.1590/s1020-49892009001000013>
  16. Patiño Suaza AE, Sandín Vásquez M. Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colect*. 2014;10(3):379-96.  
<https://doi.org/10.18294/sc.2014.400>
  17. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política Nacional de Salud Indígena. Asunción: MSPBS; 2009.
  18. Rios-González CM. Disparidades en el acceso a servicios de salud materno-infantil entre comunidades indígenas del Paraguay. *Rev Cient Cienc Salud*. 2025;7:e7109.  
<https://doi.org/10.53732/rccsalud/2025.e7109>