



Grupo de Estudios Sociales sobre  
Paraguay  
IEALC-FSOC  
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Universidad Nacional de Pilar  
Ñeembucú  
Paraguay

---

Ponencia presentada en el

## XI Taller: “Paraguay desde las Ciencias Sociales”

Pilar. 7, 8 y 9 de junio de 2018

Universidad Nacional de Pilar

### **Estimación de las potenciales demandas en salud a partir de los cambios en la dinámica demográfica en el Paraguay**

Claudina Zavattiero(\*); María Alejandra Fantin (\*\*) y Georgina Zavattiero Tornatore (\*\*\*)

(\* ) Instituto de Ciencias Sociales del Paraguay e Instituto de Investigaciones Geohistóricas – CONICET. Email: claudinaz@hotmail.com

(\*\*) Instituto de Investigaciones Geohistóricas - CONICET. Email: afantin@bib.unne.edu.ar

(\*\*\*) Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Email: chochiz4@hotmail.com

# **Estimación de las potenciales demandas en salud a partir de los cambios en la dinámica demográfica en el Paraguay<sup>1</sup>**

**Palabras clave:** estimación, demandas, salud, dinámica demográfica, Paraguay

## **RESUMEN**

Los cambios en la estructura por edades de la población, que resultan en un aumento del volumen de personas mayores, traen consigo cambios en los patrones epidemiológicos e incrementos de las demandas en salud. La investigación se encarga de relacionar los cambios demográficos con el estado de salud de la población en el Paraguay a fin de realizar estimaciones de las potenciales demandas de atención de la salud a partir de un enfoque cuantitativo, con metodología descriptiva e inferencial utilizando extrapolación con una función logarítmica según demanda total, efectiva e insatisfecha. Se utilizan indicadores de salud provenientes de las encuestas de hogares y datos de las proyecciones nacionales de población hasta el año 2025. Como resultado se ha obtenido que la demanda, estimada en 2.250.000 personas en promedio en el período de 2020 a 2025, se concentrará mayormente en zonas urbanas, en mujeres y en personas mayores.

## **Introducción**

Los cambios en la estructura por edades de la población, como efecto de la transición demográfica que ocurre a partir de las modificaciones de los niveles de mortalidad y fecundidad, tienen consecuencias económicas y sociales diversas, entre las que se encuentran los desafíos para los sistemas de salud (Miró, 2015) dado que las necesidades de atención se transforman a partir de los cambios de la población (Cecchini & Martínez, 2011).

Los sistemas de salud afrontan, además, un cambio de paradigma desde el siglo XX al pasar a considerar a la salud como estado de bienestar (Fantín, 2008) y a constituir parte elemental de los derechos humanos (Cecchini & Martínez, 2011). En este sentido, las metas de las políticas en el área de la salud son prácticamente las mismas en todo el mundo: mejorar la salud y extender el tiempo de vida (OMS, 1978). El acceso universal a la salud<sup>2</sup> y la cobertura universal de salud son necesarios para mejorar los resultados de salud (OPS/OMS, 2014).

En el Paraguay el derecho a la salud de toda la población está contenido en la Constitución de 1992 (art. n° 4, 68 y 69), en el Código Sanitario (Ley N° 836/80) y en la Ley N° 1.032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud (SNS). Desde 2008 el Ministerio de Salud

---

<sup>1</sup> Estos resultados forman parte del proyecto de investigación “Estimación de las potenciales demandas en salud y cuidados a partir de los cambios en la dinámica demográfica” financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) a través del programa PROCENCIA y ejecutado por el Instituto de Ciencias Sociales ICSO Paraguay.

<sup>2</sup> El acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan (OPS/ OMS, 2014).

y Bienestar Social (MSPBS) propuso un nuevo enfoque del sistema de salud inspirado en los principios de universalidad, gratuidad, inclusividad, atención integral de la salud, educación en salud y calidad de vida y participación ciudadana, plasmado en el documento “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad” (MSPBS, 2009). La implementación de dicha estrategia supone pasar de un modo asistencial y curativo a un modo promocional de la salud y de la calidad de vida.

A pesar de lo expuesto, Dullak y otros (2011) afirman que el sistema de salud en Paraguay esta segmentado y fragmentado<sup>3</sup>, existiendo discrepancias entre el derecho de todas las personas a una vida larga y saludable y las condiciones reales de la sociedad en cuanto al goce efectivo del derecho a la salud. Las barreras geográficas, económicas, socioculturales y normativas configuran un entramado de desigualdades e impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud. Además de ello, vivir más años no siempre implica vivir mejor puesto que las enfermedades son más crónicas durante la vejez (Ibarrarán, 2017).

En este contexto, es importante notar que durante las próximas décadas la población del Paraguay continuará creciendo y este escenario se dará conjuntamente con disminuciones relativas en el grupo de menores de 15 años, incremento sostenido de la proporción de personas de 60 años y más y una marcada tendencia a vivir en las ciudades (CELADE, 2015), procesos que se irán intensificando en los próximos años y tendrán importantes implicancias en el ámbito de la salud. En otras palabras, la situación demográfica ejercerá gran presión sobre el Estado, el cual deberá generar los recursos suficientes para proveer calidad de vida a los habitantes, considerando que en todos los grupos de edad, y en especial a partir de los 60 años, aumenta el porcentaje de la población con necesidades de cuidado de la salud.

En el marco que se viene presentando, el presente trabajo tiene la finalidad de cuantificar el tamaño potencial de la demanda de atención de salud en el Paraguay, desagregándola según las condiciones de acceso de la población: población con necesidad de salud (demanda total), con necesidad de salud atendidas (demanda efectiva) y con necesidades de salud insatisfechas (demanda encubierta)<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> La segmentación (sector público, seguro social y sector privado con y sin fines de lucro) impone condiciones de acceso para la provisión y el aseguramiento que restringe el ejercicio del derecho a la salud y el logro de mejores resultados de salud. Por su parte, la fragmentación, que se da cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica, impide una estandarización adecuada de la calidad, contenido, costo y aplicación de las intervenciones de salud, y promueve un uso poco eficiente de los recursos al interior del sistema en su conjunto (Acuña, 2005).

<sup>4</sup> Se considera que cualquier enfermedad o accidente, aunque sea leve, requiere de una atención médica para evitar la automedicación, y de este modo incide en el cómputo de demanda potencial.

## **Materiales y métodos**

El presente estudio se encarga de relacionar los cambios demográficos con el estado de salud de la población, con el objetivo de estimar el tamaño potencial de la demanda de atención de salud en el Paraguay a partir de las proyecciones de la población previsible hasta el año 2025. Lo mencionado se lleva a cabo a partir de un enfoque cuantitativo, con metodología descriptiva e inferencial utilizando extrapolación a partir de una función logarítmica<sup>5</sup>, asumiendo el supuesto de continuidad de la tendencia, la cual podría variar de mediar alguna intervención. La población en estudio está constituida por las personas residentes en el Paraguay entre 2000 y 2025.

Las fuentes de información utilizadas son las Encuestas Permanente de Hogares (EPH) para los indicadores de salud y las proyecciones nacionales de población para la estimación a futuro, ambas fuentes de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) del Paraguay. Se desagrega la información por área de residencia, sexo y grupos de edad (niñez, adolescencia y juventud, personas adultas y personas mayores) a modo de señalar los grupos que presentan mayores situaciones de vulnerabilidad en el ámbito de la salud.

Para la estimación de las demandas de salud se considera la información proveniente de las EPH de los años 2000 a 2015 que da cuenta de la tendencia de la proporción de personas enfermas o accidentadas por auto reporte (población con necesidad de salud o demanda total) y de ellas, la proporción que decide acudir a una consulta para atenderse (población con necesidad de salud atendidas o demanda efectiva) y la población con necesidades de salud insatisfechas (demanda encubierta) que resulta de la diferencia entre las dos anteriores. A partir de la tendencia de las demandas se calcula, por medio de una función logarítmica, una estimación futura en años quinquenales de la morbilidad y se aplica a las proyecciones de población para considerar los efectos del crecimiento poblacional hasta 2025.

---

<sup>5</sup> Una función logarítmica es aquella que genéricamente se expresa como  $f(x) = \log x$ . Se utiliza con asiduidad en los cálculos y desarrollos de las matemáticas, las ciencias naturales y las ciencias sociales.

## Resultados y Discusión

### Cambios sociodemográficos y determinantes sociales del estado de salud de la población en el Paraguay

Este apartado examina los cambios ocurridos en la dinámica demográfica del Paraguay en las últimas décadas y las tendencias futuras, así como el acceso a ciertos bienes y servicios que determinan las condiciones de salud de la población paraguaya.

La población actual de Paraguay, en torno a 6,8 millones de habitantes, ha cambiado su estructura por edades a partir, principalmente, de la reducción de los niveles de fecundidad<sup>6</sup> y de mortalidad<sup>7</sup>. Lo anterior se traduce en el paso de una estructura con características de población joven, producto de las altas tasas de fecundidad prevalecientes hasta mediados del siglo pasado, a otra con incipiente envejecimiento, caracterizado por un mayor peso relativo del grupo de personas mayores en la población total, siendo este el cambio más significativo de la última década<sup>8</sup> (DGEEC, 2015a).

Estos fenómenos tienen impactos en el ritmo de crecimiento, tamaño, estructura y composición por sexo y edad de la población. Al descender la natalidad, la principal causa del aumento poblacional fue la disminución de la mortalidad, en especial la infantil y la de personas mayores. Esta disminución constituye un importante logro que refleja mejoras en los sistemas sanitarios, educativos, económicos y sociales, al tiempo que representa un incremento de la esperanza de vida de las personas. En este sentido, se tiene que además del aumento del número de personas mayores, éstas son cada vez más longevas, hecho que ocasiona que cada vez sean más las personas que llegan a edades más avanzadas.

Actualmente la estructura por edades de la población está conformada por un 58,8% de población menor a 30 años de edad, 32,4% entre 30 y 59 años y 8,8% de la población con 60 años y más (DGEEC, 2015a). De acuerdo con las proyecciones de población, en las próximas décadas la población continuará creciendo, producto de la inercia o potencial de crecimiento implícito en la propia estructura por edades, hasta llegar a 8,7 millones de habitantes en torno al 2065 y luego comenzará a disminuir (CELADE, 2015). En 2025 poco más de la mitad de la

---

<sup>6</sup> La tasa global de fecundidad (TGF) se redujo de 3,5 en 2001 a 2,5 hijos en promedio por mujer en la actualidad (DGEEC, 2015), provocando una reducción en la proporción de niños.

<sup>7</sup> La tasa bruta de mortalidad de Paraguay en 2001 era de 6,2 defunciones por mil habitantes, la cual desciende sostenidamente hasta la actualidad (2015-2020), llegando a 5,65 por mil. Posteriormente comenzará a ascender como consecuencia del proceso de envejecimiento de la población (DGEEC, 2015).

<sup>8</sup> Se prevé que en las próximas tres décadas el volumen de personas de 60 años y más se triplique (una de cada cinco personas va a tener 60 años o más en 2050) (CELADE, 2015).

población tendrá menos de 30 años (53,1%), el 35,9% entre 30 y 59 años y el 11% será adulta mayor (DGEEC, 2015a).

Estos cambios en la estructura de la población coinciden con los observados en el perfil epidemiológico que refleja que los padecimientos crónicos han desplazado de forma acelerada a las enfermedades infecciosas y complicaciones materno-infantiles como principales causas de muerte en las últimas décadas (MSPBS, 2015). Ello ocurre en un contexto en el que el país muestra, durante la última década, avances en muchos de sus indicadores sociales y una mayor presencia del Estado con políticas públicas de mayor cobertura y amplitud. Lo expuesto es acompañado, en los últimos quince años (a excepción de 2009 y 2012), por niveles positivos de crecimiento económico (BCP, 2015), y niveles de pobreza (extrema y moderada) en descenso en la última década (DGEEC, 2015c). A pesar de lo mencionado, la trayectoria positiva es lenta<sup>9</sup> y aún persisten algunos desafíos que inciden en el estado de salud de la población.

Según Wagstaff (2002), la pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres. Este autor afirma que los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. En el Paraguay, la pobreza afecta a casi 1.800.000 personas (26,6% de la población, incluido un 5,4% en condiciones de extrema pobreza o indigencia) (DGEEC, 2015c). Ello implica que las personas en situación de extrema pobreza no tienen la capacidad de adquirir una canasta básica de alimentos, generando como resultado poblaciones mal nutridas o alimentadas, el 5,9% de los niños menores de 5 años padecen desnutrición crónica (MSPBS/DGEEC/UNICEF, 2017), indicando, en la mayoría de los casos, procesos acumulativos de privación y pobreza (MSPBS, 2010).

Otro aspecto que incide en el estado de salud de la población es el acceso a servicios básicos. El acceso a agua corriente dista de ser universal en el país, el 18,5% de los hogares no accede a esta prestación, el 19,2% de los hogares no posee desagüe cloacal adecuado y casi la mitad de los hogares continúan utilizando la quema y el desecho en sitios no apropiados como medio de eliminación de residuos sólidos (Anexo, Tabla 1). En estos indicadores existen

---

<sup>9</sup> El último Informe sobre Desarrollo Humano (PNUD, 2016) ubicó al país en la posición 110, que corresponde a desarrollo medio y es uno de los más bajos de América del Sur.

grandes diferencias entre el medio urbano y el rural, en detrimento de este último (DGEEC, 2015b).

Por otro lado, saber leer y escribir permite adquirir los conocimientos necesarios para rechazar prácticas tradicionales que acarrearán riesgos para la salud. En este sentido, el porcentaje de población de 15 años y más que carece de dichas habilidades asciende al 4,4% (Anexo, Tabla 1). Las mujeres tienen mayor porcentaje de analfabetismo que los hombres, y aumenta según se trate de mujeres urbanas o rurales (2,8%, y 9,5% respectivamente) (DGEEC, 2015b).

### Acceso al sistema de salud

Un indicador que garantiza una cobertura ante cualquier enfermedad o accidente es la tenencia de seguro médico. En el país, la cobertura de seguro médico sigue siendo baja a pesar de haber aumentado a razón de 0,7 puntos porcentuales por año entre 2005 y 2015 (DGEEC, 2015b). En 2015 el 28% de la población cuenta con algún tipo de seguro, concentrándose mayormente en las zonas urbanas (37,9%) y en las personas de 30 años y más, lo que tiene relación con el acceso al seguro social a través de la relación de dependencia laboral (Tabla 1).

**Tabla 1. Evolución de la cobertura de seguro médico en salud<sup>1/</sup> por área de residencia, sexo y grupos de edad, según años seleccionados (%)**

Características	2005			2010			2015		
	IPS	Otr o tipo de seguro <sup>2/</sup>	No tiene o no responde	IPS	Otr o tipo de seguro <sup>2/</sup>	No tiene o no responde	IPS	Otr o tipo de seguro <sup>2/</sup>	No tiene o no responde
Total	12,3	9,2	78,5	15,9	6,7	77,3	20,4	7,7	72,0
<b>Área de residencia</b>									
Urbana	17,2	13,7	69,1	23,1	10,0	66,8	26,9	11,0	62,1
Rural	6,1	3,3	90,5	5,8	2,1	92,1	10,3	2,5	87,2
<b>Sexo</b>									
Hombres	11,4	8,8	79,9	15,5	6,3	78,2	19,9	7,2	72,9
Mujeres	13,3	9,6	77,1	16,4	7,1	76,5	20,8	8,2	71,0
<b>Grupos de edad</b>									
De 0 a 4 años	13,5	8,6	77,9	14,5	6,9	78,6	17,8	8,1	74,1
De 5 a 14 años	11,5	7,6	80,9	13,9	5,3	80,7	20,4	5,5	74,1
De 15 a 29 años	9,0	8,0	83,0	11,8	6,0	82,1	14,3	7,2	78,4
De 30 a 59 años	13,5	11,2	75,3	18,6	8,0	73,4	23,6	9,4	67,0
De 60 a 79 años	19,5	11,3	69,2	27,8	8,3	63,9	30,6	7,5	61,9
De 80 años y más	27,4	*	62,4	28,6	*	63,0	32,7	6,4	60,9

Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2005, 2010 y 2015.

1/ Incluye seguro médico que el encuestado consideró principal.

2/ Incluye: seguro individual, laboral, familiar, militar y policial y local.

\* Número insuficiente de casos para mostrar el resultado (menos de 30)

Todas las personas a lo largo del ciclo de vida demandan servicios de salud, no obstante, existe un grupo con necesidad innegable de utilización de servicios de salud (población enferma o accidentada) y otro sin necesidades aparentes (personas sanas). En este sentido, se destaca que en 2015 el 31,7% de la población declaró haber estado enferma o accidentada durante los últimos 90 días previos a la consulta, cifra que se acrecienta en la población de menores ingresos (35,5% del quintil más pobre), en zonas rurales (32,1%), entre las mujeres (33,3%) y, particularmente, en los primeros y últimos años de vida (49,1% en personas de 0 a 4 años y 54,1% en personas de 80 y más años) (Tabla 2).

A pesar de la necesidad de servicios de salud por parte de las personas enfermas o accidentadas, en 2015, casi una quinta parte de la población enferma o accidentada no recibió atención (18,7%) debido a barreras geográficas, económicas o culturales. Los hombres, las personas del área rural y adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años presentan mayor exclusión (21%, 20,8% y 27,9% respectivamente) (Tabla 2).

Conviene señalar que en la última década se registran avances en la disminución de la exclusión en salud, probablemente explicado por la expansión de los servicios de salud y de la cobertura de seguridad social, así como la declaración de gratuidad de las consultas<sup>10</sup>. La proporción de personas que habiéndose enfermado o accidentado acudieron a consultar aumentó del 58,9% en 2005 a 81,3% en 2015, no obstante, se mantienen los mismos grupos que presentan mayor exclusión (personas del área rural, hombres y adolescentes y jóvenes) (Tabla 2).

La exclusión en salud, cuantificada mediante la población enferma o accidentada que no consulta cuando tenían la necesidad de hacerlo, está dada mayormente por cuestiones no atribuibles directamente al sistema de salud, es decir, es mayormente originada por la autoexclusión (automedicación y percepción de dolencia no grave), de todos modos, esto debería llamar la atención del sistema competente en la materia. La automedicación puede representar una alternativa a la falta de acceso a la atención médica, pero también puede significar un desconocimiento de prácticas personales de buena salud, lo cual señala una doble

---

<sup>10</sup> Desde 2008 se implementa la gratuidad universal de la atención sanitaria (Resolución S.G. N° 140/08, S.G. N° 363/08 y S.G. N° 1.074/09). A finales del 2009 se logra la exoneración de pago de aranceles para todas las prestaciones médicas y odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del MSPBS.



falla del sistema de salud dada por la falta de garantía de acceso y la carencia de educación mediante campañas o acciones de salud pública.

Para el 2005, la autoexclusión representó la principal razón de no consulta (81,3% de la población enferma o accidentada) y para el 2015 asciende al 93,6%, siendo su principal causa la automedicación, con niveles promedio del 70% en los últimos 10 años. No debe perderse de vista que en 2015 el 86,7% de niños y niñas de 5 a 14 años no asistieron a una consulta médica por haber sido automedicados (Tabla 2).

Los problemas atribuibles al sistema de salud como mala atención, carencia de asistencia cercana o costo de la consulta perdieron relevancia con el tiempo, llegando en la actualidad a representar solo el 3,5% de las razones, luego de significar casi una quinta parte una década atrás (Tabla 2).

**Tabla 2. Población según condición de enfermedad y exclusión de los servicios, por características y años seleccionados (%)**

Características	Total	Área de residencia		Sexo		Grupos de edad						
		Urbana	Rural	Hombres	Mujeres	De 0 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 29 años	De 30 a 59 años	De 60 a 79 años	De 80 años y más	
<b>2005</b>												
Condición de salud	Enfermo o accidentado	<b>39,1</b>	38,9	39,3	36,7	41,5	78,5	36,4	26,5	35,7	48,5	61,7
Consulta médica	Se enfermó y consultó	<b>58,9</b>	67,7	47,7	55,4	62,0	70,9	54,4	49,1	54,3	72,3	82,1
	Se enfermó y no consultó	<b>41,1</b>	32,3	52,3	44,6	38,0	29,1	45,6	50,9	45,7	27,7	17,9
Razones de no consulta	Dolencia no grave	<b>22,6</b>	29,0	17,6	23,6	21,6	17,3	20,6	24,0	26,2	21,1	*
	Se automedicó	<b>58,7</b>	59,9	57,7	58,2	59,3	63,0	61,4	60,2	54,6	50,3	*
	Problemas de atención o costo <sup>1/</sup>	<b>17,0</b>	9,2	23,0	16,5	17,4	19,3	17,1	13,7	16,4	26,7	*
	Otra razón <sup>2/</sup>	<b>1,7</b>	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0,0
<b>2010</b>												
Condición de salud	Enfermo o accidentado	<b>37,2</b>	36,8	37,8	35,6	38,9	49,2	37,0	29,0	37,2	48,6	58,5
Consulta médica	Se enfermó y consultó	<b>71,9</b>	76,2	66,2	67,4	76,2	85,4	74,5	59,8	69,5	80,5	78,6
	Se enfermó y no consultó	<b>28,1</b>	23,8	33,8	32,6	23,8	14,6	25,5	40,2	30,5	19,5	21,4
Razones de no consulta	Dolencia no grave	<b>18,1</b>	18,8	17,5	19,0	17,0	*	14,8	20,0	19,6	*	*
	Se automedicó	<b>70,2</b>	71,3	69,1	68,8	71,9	72,6	74,4	70,9	67,4	64,8	*
	Problemas de atención o costo <sup>1/</sup>	<b>7,0</b>	*	11,4	7,7	6,2	*	*	*	7,6	*	*
	Otra razón <sup>2/</sup>	<b>4,7</b>	7,3	*	4,5	4,9	*	*	*	5,4	*	0,0
<b>2015</b>												
Condición de salud	Enfermo o accidentado	<b>31,7</b>	31,4	32,1	30,1	33,3	49,1	35,7	22,5	28,4	43,5	54,1

Consulta médica	Se enfermó y consultó	<b>81,3</b>	82,6	79,2	79,0	83,4	91,1	84,3	72,1	78,3	85,0	86,0
	Se enfermó y no consultó	<b>18,7</b>	17,4	20,8	21,0	16,6	8,9	15,7	27,9	21,7	15,0	14,0
Razones de no consulta	Dolencia no grave	<b>13,0</b>	14,6	11,0	13,2	12,8	*	8,9	15,0	14,4	*	*
	Se automedicó	<b>80,5</b>	79,0	82,5	80,5	80,6	85,0	86,7	79,5	77,5	79,3	*
	Problemas de atención o costo <sup>1/</sup>	<b>3,5</b>	3,2	3,9	3,6	3,4	*	*	*	*	*	*
	Otra razón <sup>2/</sup>	<b>2,9</b>	3,2	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Fuente: procesamiento propio a partir de la Encuesta Permanente de Hogares, 2005, 2010 y 2015.

1/ Incluye: no hay atención cercana, la atención es mala y las consultas son caras.

2/ Incluye: no tuvo tiempo y otra razón.

\* Número insuficiente de casos para mostrar el resultado (menos de 30)

## Estimación de la demanda de servicios de salud

Teniendo en cuenta lo presentado, se realiza una estimación de la demanda de servicios de salud en años quinquenales hasta 2025, en base a las necesidades de atención de salud para prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud de las personas<sup>11</sup> entre 2000 y 2015. Para ello, se obtiene la demanda efectiva declarada por las personas y la demanda encubierta que tiene en cuenta la población que no utilizó los servicios a pesar de haber declarado estar enfermos o accidentados.

Entre 2000 y 2015, en promedio un tercio de la población ha declarado haber estado enferma o accidentada. Pero, el porcentaje de esta población que asistió a una consulta médica varió considerablemente de 48,6% en 2000 a 81,3% en 2015, por lo tanto, la que no consultó disminuyó de 51,6% en 2000 a 18,7% en 2015 (Tabla 3).

La demanda efectiva de salud en el 2015 en Paraguay representa el 81,3% de la demanda total (Figura 1). Al calcularse la proporción estimada por medio de una función logarítmica se obtiene una demanda probable de más de 2.250.000 personas en promedio en el período de 2020 a 2025 (en términos relativos ronda el 30%), de los cuales aproximadamente 1.950.000 se consideran como casos probablemente efectivos (aumento a 86,5% de la demanda total). La diferencia entre la demanda total y la efectiva representa el esfuerzo que el sistema de salud debe realizar para mejorar la cobertura de atención: se estima que en 2020 será del 15,7% de la población enferma o accidentada y en 2025 del 11,4% (Tabla 3).

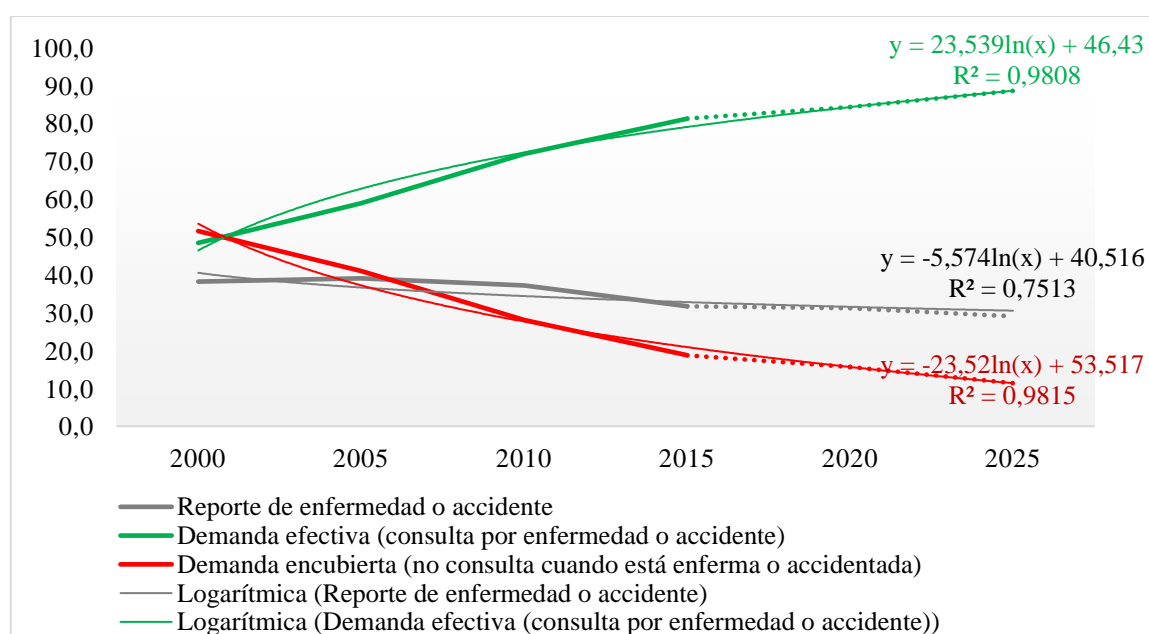
<sup>11</sup> Esta necesidad responde a factores físicos, es decir, demanda de salud por accidente, enfermedad, embarazo, discapacidad o factores ligados al ciclo de vida. La demanda de servicios (si se busca o no servicios de salud) está asociada a una decisión por parte de las personas, lo cual está condicionado a que se perciba un síntoma de enfermedad, se sufra un accidente, o se requiera de controles preventivos.

**Tabla 3. Porcentaje de la población con alguna enfermedad o accidente reportada (2000 a 2015) según demanda efectiva y encubierta, y estimación para 2020-2025**

Año	Población según proyección	Reporte de enfermedad o accidente		Demanda efectiva (consulta por enfermedad o accidente)		Demanda encubierta (no consulta cuando está enferma o accidentada)	
		Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
<b>Total</b>							
2000	5.284.480	2.020.046	38,2	978.275	48,4	1.041.531	51,6
2005	5.779.769	2.258.473	39,1	1.330.084	58,9	925.545	41,0
2010	6.265.877	2.331.214	37,2	1.677.161	71,9	653.665	28,0
2015	6.755.756	2.141.212	31,7	1.740.021	81,3	401.191	18,7
2020	7.252.672	2.261.679	31,2	1.906.925	84,3	354.292	15,7
2025	7.758.263	2.252.814	29,0	1.996.133	88,6	256.299	11,4

Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000 a 2015 y Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025.

**Figura 1. Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según demanda efectiva y encubierta**



Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000 a 2015 y Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025.

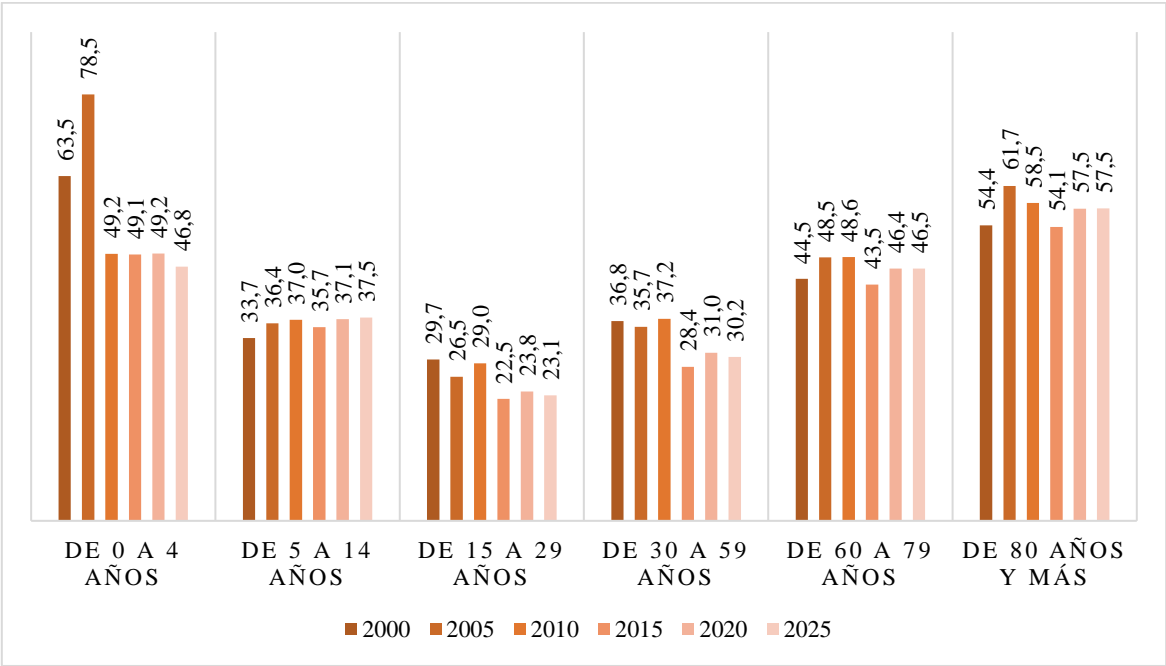
Además de lo anterior deben tenerse en cuenta los desafíos que los cambios demográficos ocasionarán en el sistema de salud, lo cual se expresa en características individuales (sexo y grupos de edad) y factores socioeconómicos y culturales (se utiliza como proxy el área de residencia) que influyen en la decisión de solicitar o no asistencia.

La Figura 2 muestra que en las edades extremas de la vida se requiere mayor atención de salud (menores a 5 años y de 80 años y más) al reportar mayores niveles de enfermedades o accidentes. Sin embargo, con el paso del tiempo el primer grupo disminuye considerablemente

la presencia de enfermedades y accidentes (de 63,5% en 2000 a 49,1% en 2015 y se estima en 46,5% para el 2025), posiblemente asociado a las intervenciones materno infantiles que se han dado en el país. En el otro extremo, las personas mayores seguirán reportando altos niveles de enfermedades o accidentes y se espera un aumento entre 2020 y 2025, estimado en 46,5% en el grupo de 60 a 79 años y de 57,5% en personas de 80 años y más.

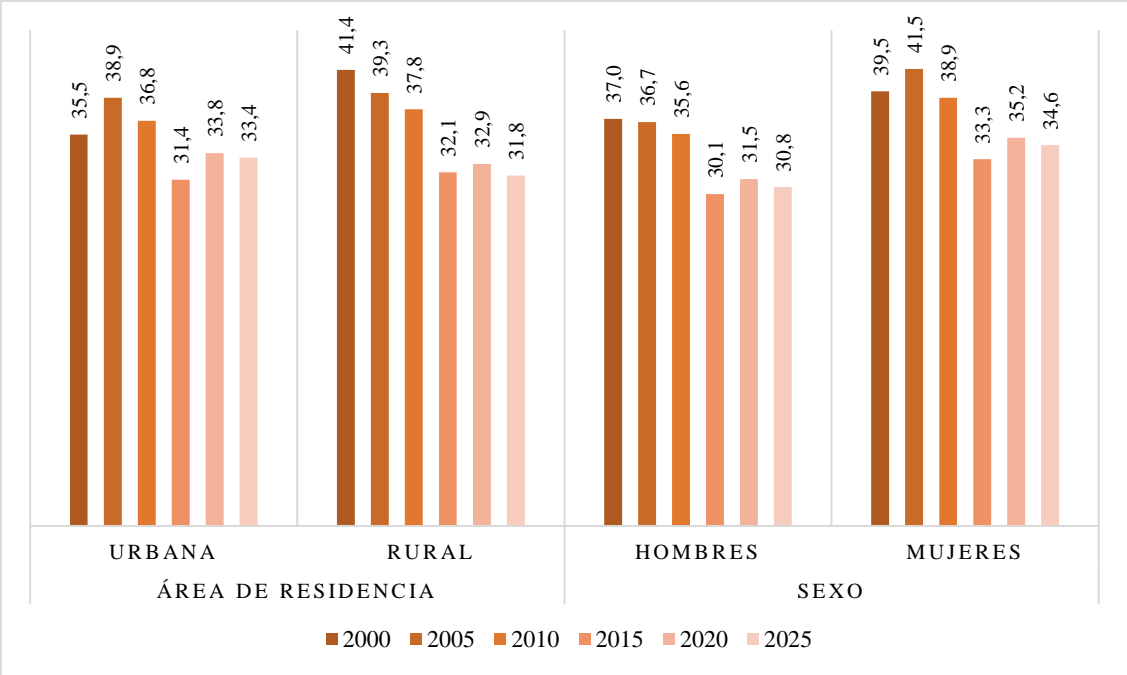
En toda la serie de tiempo analizada las mujeres presentan mayores reportes de enfermedad o accidente que los hombres. Por área de residencia si bien las zonas rurales presentaban mayores casos de enfermedad o accidente entre 2000 y 2015, se espera un cambio de tendencia entre 2020 y 2025, posiblemente asociado al paso de la población de lo rural a lo urbano o al efecto de mayor presencia del sistema de salud en zonas rurales (Figura 3).

**Figura 2. Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según grupos de edad**



Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000 a 2015 y Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025.

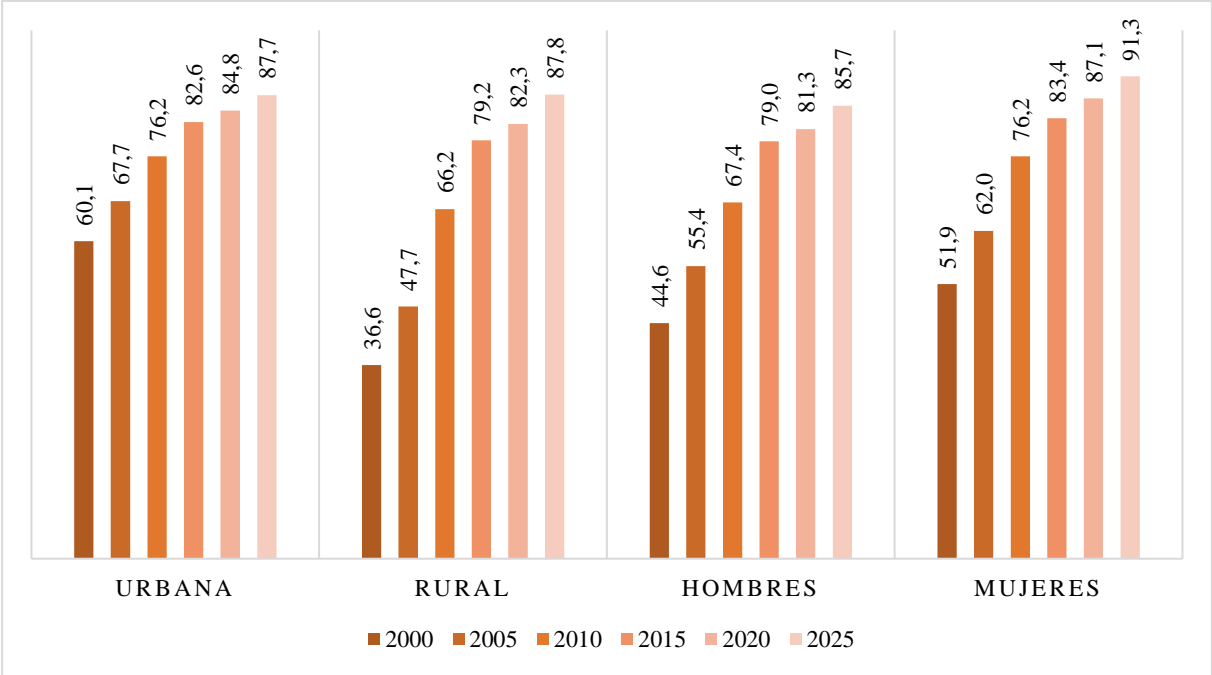
**Figura 3. Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según área de residencia y sexo**



Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000 a 2015 y Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025.

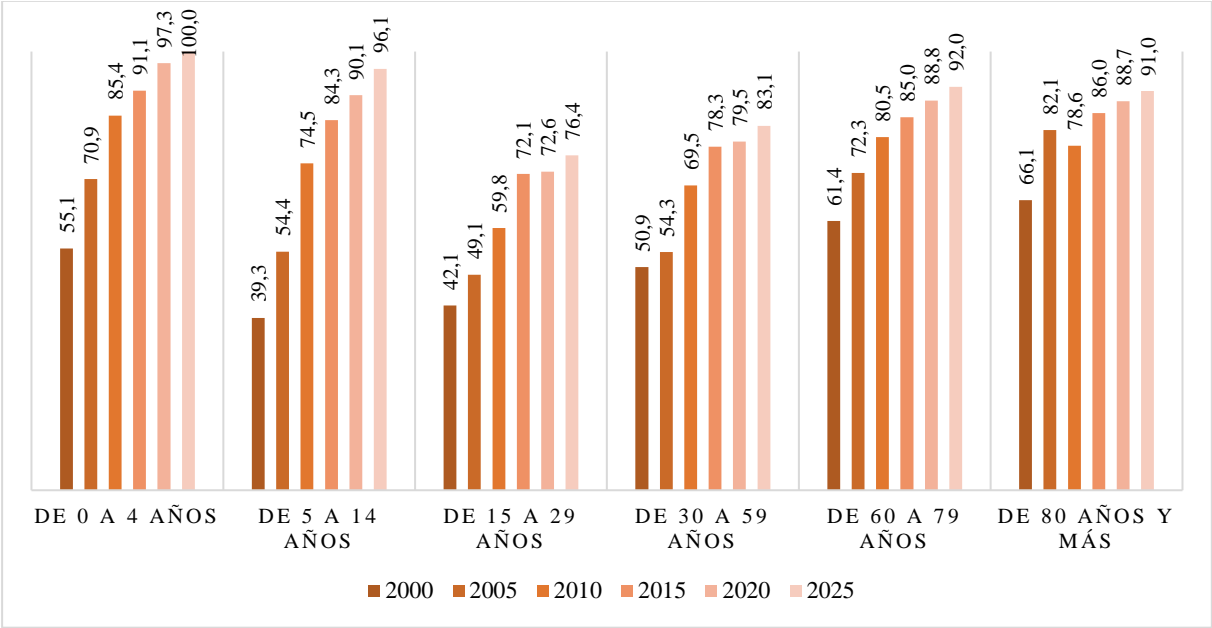
La demanda efectiva de salud tendrá un incremento sostenido en el tiempo alcanzando en promedio niveles de 86,5% del total de casos reportados de enfermedad o accidente entre 2020 y 2025. El aumento relativo más importante se dará en personas del área rural, siendo este grupo el que presentaba mayor exclusión, sin embargo en términos absolutos representa la mitad de los casos del área urbana (Anexo, Tabla 2). Se espera que las mujeres, los niños, niñas y adolescente, y las personas mayores alcancen niveles por encima del 90% de acceso a consultas médicas, lo cual será auspicioso para elevar el nivel de calidad de vida de la población, pero generará un gran desafío para el Estado que deberá responder con planificación estratégica tanto en infraestructura, recursos humanos y presupuestarios (Figura 4 y 5).

**Figura 4. Porcentaje de demanda efectiva de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según área de residencia y sexo**



Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000 a 2015 y Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025.

**Figura 5. Porcentaje de demanda efectiva de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según grupos de edad**



Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000 a 2015 y Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025.

## Conclusiones

Los cambios demográficos, socioeconómicos y el proceso de transición epidemiológica traen consigo una mayor carga de morbilidad y mortalidad asociada a poblaciones más envejecidas. En la próxima década se irán intensificando los cambios en la estructura de población del país, caracterizados por disminuciones relativas en el grupo de menores de 15 años, aumento temporal en el grupo en edades de trabajar y sostenido incremento de personas mayores de 60 años.

El advenimiento de un importante volumen de población adulta mayor debe alertar acerca de los cambios en los patrones epidemiológicos, el aumento de las enfermedades crónico – degenerativas y las mayores demandas en salud. Deben tenerse en cuenta los desafíos que los cambios demográficos ocasionarán en el sistema de salud, las diversas características individuales y factores socioeconómicos que influyen en la decisión de solicitar asistencia, en un contexto en el que el país mantiene considerables niveles de pobreza. En este sentido, es necesaria una intervención activa que aborde los obstáculos sociales, culturales y económicos que dificultan a la población acceder al sistema de salud.

Los esfuerzos de inversión deben planificarse focalizando zonas rurales del país de manera a reducir la exclusión, puesto que se ha mostrado que en dicha zona las personas tienen menor acceso a seguros de salud, reportan en mayor medida haber estado enfermas o accidentadas, pero acuden a una consulta médica en menor proporción que las personas de zonas urbanas. Asimismo, es importante contemplar a la población por ciclo de vida, ya que las personas menores de 30 años tienen escaso acceso a los seguros de salud, en particular el grupo de menor a 5 años que presenta mayores niveles de enfermedades o accidentes y el grupo de juventud que no accede a consultas.

Además resulta imperante vincular el sistema de salud con el acceso a otros derechos como el de educación, agua potable, saneamiento y eliminación de desechos, integrados a un sistema de protección social que contribuya a reducir la autoexclusión, en particular la que obedece a razones de automedicación, y por esta vía se incremente la calidad y equidad de la salud, la calidad de vida de los habitantes y el desarrollo del país.

De mantenerse la tendencia actual, el sistema de salud deberá dar respuesta a un importante contingente de personas que solicitarán atención, las cuales se concentrarán en

mayor volumen en zonas urbanas, en mayor proporción las mujeres, las personas menores a 15 años y las adultas mayores.

## **Bibliografía**

- Acuña, M. C. (2005). Exclusión, protección social y el derecho a la salud. OPS/OMS.
- Cecchini, S.; Martínez, R. (2011). Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos N° 111. CEPAL. Santiago de Chile.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (2015). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2015 Paraguay. CEPAL. Santiago de Chile.
- Dullak, R.; Rodríguez-Riveros, M. I.; Bursztyn, I.; Cabral-Bejarano, M. S.; Ruoti, M.; Paredes, M. E.; Wildberger, C.; Molinas, F.; (2011). Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Junio-Sin mes, 2865-2875.
- Fantin, M. A. (2008). Población, Sociedad y Salud en la frontera argentino-paraguaya. Serie Investigaciones de la Asociación Paraguaya de Estudios de Población (ADEPO), con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Asunción
- Ibarrarán, P. (2017). Vivimos más pero somos menos saludables, ¿cómo lo enfrentamos?. En <https://blogs.iadb.org/salud/2017/08/14/vivimos-mas-pero-somos-menos-saludables/>. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Miró, C. A. (2015). América Latina, población y desarrollo / Carmen A. Miró; antología y presentación, Brígida García, Dídimo Castillo. — México, D. F.: Siglo XXI Editores; Buenos Aires: CLACSO, 383 p.
- Naciones Unidas (NNUU) (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A/RES/70/1). Disponible en [http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1\\_es.pdf](http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). Declaración de Alma Ata, Conferencia sobre la Atención Primaria de la Salud (icphc/ala/78.10), Alma Ata, URSS.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 53.o CONSEJO DIRECTIVO. 66.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS. Washington. Disponible en <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2016). Panorama general Informe sobre Desarrollo Humano 2016 Desarrollo humano para todos. PNUD. Nueva York.
- República del Paraguay, Banco Central del Paraguay. Anexo Estadístico - Informe Económico 2015. Asunción
- República del Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (2015). Indicadores de Mortalidad – INDIMOR. MSPBS. Asunción.
- República del Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2009). Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. MSPBS. Asunción.



República del Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2010). Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez 2010-2015. MSPBS. Asunción.

República del Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (MSPBS/DGEEC/UNICEF) (2017). Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados MICS Paraguay 2016, Resultados principales.

República del Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social - Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2015a). Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015. DGEEC. Fernando de la Mora.

República del Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2015b). Base de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 1999 a 2015. Disponible en [http://www.dgeec.gov.py/microdatos\\_EPH/](http://www.dgeec.gov.py/microdatos_EPH/)

República del Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social - Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2015c). Principales resultados de pobreza y distribución del ingreso, Encuesta Permanente de Hogares 2015. DGEEC. Fernando de la Mora.

Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Revista panamericana de salud pública, 11(5-6), 316-326.

## ANEXO

**Tabla 1. Indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud, Paraguay**

Indicador	Valor	Fuente y año
<b>Indicadores demográficos</b>		
Población total	6.755.756	DGEEC 2015
Población menor a 5 años (%)	10,4	DGEEC 2015
Población menor a 15 años (%)	30,7	DGEEC 2015
Población de 60 años y más (%)	8,8	DGEEC 2015
Población indígena (%)	1,8	CNPV 2012
Edad mediana (años)	25	DGEEC 2015
Población en áreas urbanas (%)	60,5	DGEEC 2015
Tasa Global de Fecundidad	2,6	DGEEC 2015
Nacimientos anuales (en miles)	144,4	DGEEC 2015
Tasa bruta de mortalidad (por 1000)	5,7	DGEEC 2015
Muertes anuales (en miles)	38,3	DGEEC 2015
Esperanza de vida al nacer	73,62	DGEEC 2015
<b>Indicadores de salud</b>		
Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos	81,8	MSPBS 2015
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	14,2	MSPBS 2015
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	16,4	MSPBS 2015
Defunciones registradas de menores de 5 años por enfermedades infecciosas Intestinales (EDA) por 1.000 nacidos vivos	2,3	MSPBS 2015
Defunciones registradas de menores de 5 años por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) por 1.000 nacidos vivos	8,3	MSPBS 2015
Defunciones registradas sin asistencia médica (%)	27,3	IBS 2016
Recién nacidos con bajo peso al nacer (<2500 gramos) (%)	6	IBS 2016
Incidencia de Tuberculosis, todas las formas, por 100.000 habitantes	34,9	IBS 2016

Embarazadas con 4 o más controles prenatales (%)	79,7	IBS 2016
Partos institucionales (%)	97	IBS 2016
Partos por cesárea (%)	48,7	IBS 2016
Población que cuenta con algún tipo de seguro médico (%)	28,0	EPH 2015
Población accede a servicios de salud cuando lo requiere (enfermedad o accidente) (%)	81,3	EPH 2015
Población con discapacidad (%)	10,7	CNPV 2012

**Factores externos que inciden en la salud de la población**

Población en situación de pobreza monetaria (%)	26,6	EPH 2015
Población en situación de pobreza extrema monetaria (%)	5,4	EPH 2015
Hogares con servicio de recolección de basura (público o privado) (%)	51,7	EPH 2015
Hogares con desagüe cloacal (desagüe por red pública, pozo ciego con y sin cámara séptica) (%)	80,8	EPH 2015
Hogares con servicio de corriente eléctrica (%)	99,4	EPH 2015
Hogares con acceso a agua corriente (ESSAP, SENASA, red comunitaria y red privada) (%)	81,5	EPH 2015
Nivel de instrucción de la población de 15 años y más (promedio de años)	9,2	EPH 2015
Población de 15 años y más analfabeta (%)	4,4	EPH 2015
Población de 6 a 17 años que no asiste a una institución de enseñanza formal (%)	7,2	EPH 2015

Fuente: elaboración propia a partir de

DGEEC, Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015

DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2015

DGEEC, Censo Nacional de Población y Viviendas 2012

MSPBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV). Indicadores de mortalidad 2015

MSPBS, Indicadores Básicos de Salud (IBS) 2016

**Tabla 2. Porcentaje de la población con alguna enfermedad o accidente reportada (2000 a 2015) según demanda efectiva y encubierta, y estimación para 2020-2025**

Año	Población según proyección	Reporte de enfermedad o accidente		Demanda efectiva (consulta por enfermedad o accidente)		Demanda encubierta (no consulta cuando está enferma o accidentada)	
		Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
<b>Urbana</b>							
<b>2000</b>	2.835.331	1.007.793	35,5	605.339	60,1	402.354	39,9
<b>2005</b>	3.237.475	1.258.938	38,9	851.966	67,7	406.522	32,3
<b>2010</b>	3.652.713	1.343.252	36,8	1.023.071	76,2	319.794	23,8
<b>2015</b>	4.085.396	1.283.777	31,4	1.060.950	82,6	222.826	17,4
<b>2020</b>	4.534.458	1.534.908	33,8	1.301.271	84,8	233.488	15,2
<b>2025</b>	4.998.670	1.671.839	33,4	1.466.515	87,7	205.182	12,3
<b>Rural</b>							
<b>2000</b>	2.449.149	1.013.867	41,4	371.228	36,6	642.498	63,4
<b>2005</b>	2.542.294	999.584	39,3	477.259	47,7	519.922	52,0
<b>2010</b>	2.613.163	988.110	37,8	653.666	66,2	334.443	33,8
<b>2015</b>	2.670.360	857.551	32,1	678.980	79,2	178.571	20,8
<b>2020</b>	2.718.214	893.469	32,9	734.947	82,3	158.231	17,7
<b>2025</b>	2.759.592	877.496	31,8	770.563	87,8	106.702	12,2
<b>Hombres</b>							
<b>2000</b>	2.671.656	987.553	37,0	440.372	44,6	547.181	55,4
<b>2005</b>	2.921.813	1.071.528	36,7	593.465	55,4	476.883	44,5
<b>2010</b>	3.165.316	1.126.266	35,6	759.522	67,4	366.744	32,6
<b>2015</b>	3.408.566	1.026.883	30,1	811.172	79,0	215.711	21,0
<b>2020</b>	3.653.156	1.150.765	31,5	935.597	81,3	214.847	18,7

<b>2025</b>	3.899.638	1.199.308	30,8	1.027.924	85,7	171.059	14,3
<b>Mujeres</b>							
<b>2000</b>	2.612.824	1.031.046	39,5	535.576	51,9	495.234	48,0
<b>2005</b>	2.857.956	1.185.743	41,5	735.268	62,0	448.816	37,9
<b>2010</b>	3.100.561	1.204.903	38,9	917.562	76,2	286.953	23,8
<b>2015</b>	3.347.190	1.114.284	33,3	928.793	83,4	185.491	16,6
<b>2020</b>	3.599.516	1.268.442	35,2	1.104.828	87,1	163.226	12,9
<b>2025</b>	3.858.624	1.333.537	34,6	1.217.428	91,3	115.755	8,7
<b>De 0 a 4 años</b>							
<b>2000</b>	685.373	435.194	63,5	239.850	55,1	195.098	44,8
<b>2005</b>	684.678	537.710	78,5	381.389	70,9	153.122	28,5
<b>2010</b>	691.770	340.304	49,2	290.483	85,4	49.821	14,6
<b>2015</b>	700.638	343.726	49,1	313.130	91,1	30.597	8,9
<b>2020</b>	706.285	347.714	49,2	338.462	97,3	8.955	2,6
<b>2025</b>	709.837	332.251	46,8	332.251	100,0	-	0,0
<b>De 5 a 14 años</b>							
<b>2000</b>	1.319.733	444.489	33,7	174.656	39,3	269.833	60,7
<b>2005</b>	1.354.494	492.490	36,4	267.723	54,4	224.767	45,6
<b>2010</b>	1.364.874	504.889	37,0	376.118	74,5	128.771	25,5
<b>2015</b>	1.372.401	489.838	35,7	413.122	84,3	76.716	15,7
<b>2020</b>	1.390.180	516.160	37,1	464.836	90,1	51.332	9,9
<b>2025</b>	1.407.255	527.057	37,5	506.410	96,1	20.657	3,9
<b>De 15 a 29 años</b>							
<b>2000</b>	1.428.791	424.208	29,7	178.639	42,1	245.569	57,9
<b>2005</b>	1.621.927	429.979	26,5	211.114	49,1	218.865	50,9
<b>2010</b>	1.796.773	521.507	29,0	311.808	59,8	209.699	40,2
<b>2015</b>	1.900.701	426.784	22,5	307.639	72,1	119.145	27,9
<b>2020</b>	1.954.150	464.919	23,8	337.580	72,6	127.369	27,4
<b>2025</b>	1.999.471	461.707	23,1	352.642	76,4	109.098	23,6
<b>De 30 a 59 años</b>							
<b>2000</b>	1.482.077	545.022	36,8	277.199	50,9	267.823	49,1
<b>2005</b>	1.695.949	605.630	35,7	328.912	54,3	276.718	45,7
<b>2010</b>	1.919.309	714.309	37,2	496.545	69,5	217.375	30,4
<b>2015</b>	2.185.973	620.436	28,4	485.921	78,3	134.515	21,7
<b>2020</b>	2.481.847	768.620	31,0	610.784	79,5	157.668	20,5
<b>2025</b>	2.785.973	840.676	30,2	698.540	83,1	141.932	16,9
<b>De 60 a 79 años</b>							
<b>2000</b>	315.614	140.594	44,5	86.314	61,4	54.280	38,6
<b>2005</b>	359.117	174.163	48,5	126.003	72,3	48.160	27,7
<b>2010</b>	420.359	204.106	48,6	164.252	80,5	39.855	19,5
<b>2015</b>	512.655	223.056	43,5	189.591	85,0	33.465	15,0
<b>2020</b>	623.229	289.376	46,4	257.052	88,8	32.334	11,2
<b>2025</b>	740.058	343.878	46,5	316.257	92,0	27.633	8,0
<b>De 80 años y más</b>							
<b>2000</b>	52.892	28.777	54,4	19.028	66,1	9.750	33,9
<b>2005</b>	63.605	39.233	61,7	32.208	82,1	7.025	17,9
<b>2010</b>	72.792	42.605	58,5	33.469	78,6	9.136	21,4
<b>2015</b>	83.389	45.148	54,1	38.828	86,0	6.320	14,0
<b>2020</b>	96.982	55.725	57,5	49.407	88,7	6.315	11,3
<b>2025</b>	115.668	66.532	57,5	60.547	91,0	5.981	9,0

Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000 a 2015 y Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025.