

Estimación de las potenciales demandas en salud a partir de los cambios en la dinámica demográfica en el Paraguay¹

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

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

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

(**) Instituto de Investigaciones Geohistóricas – CONICET Argentina. afantin@bib.unne.edu.ar

(***) Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales – FLACSO México. chochiz4@hotmail.com

Resumen

Los cambios en la estructura por edades de la población, producto de la dinámica demográfica, resultan en un aumento del volumen de personas mayores, traen consigo cambios en los patrones epidemiológicos e incrementan las demandas en salud. En el Paraguay, el volumen de población continuará creciendo en las próximas décadas y este escenario se dará con un aumento sostenido de la cantidad y proporción de personas mayores, lo que tendrá importantes implicancias en el ámbito de la salud y ejercerá una gran presión sobre el Estado que deberá generar los recursos suficientes para proveer calidad de vida a los habitantes.

En este contexto, el objetivo del estudio es estimar el tamaño potencial de la demanda previsible de atención de salud en el Paraguay a partir de las proyecciones de la población hasta el año 2025, según las condiciones de acceso de: la población con necesidad de salud (demanda total), con necesidad de salud atendida (demanda efectiva) y con necesidad de salud insatisfecha (demanda encubierta). La investigación se lleva a cabo a partir de un enfoque cuantitativo, con metodología descriptiva e inferencial, utilizando extrapolación a partir de una función logarítmica. Las fuentes de información utilizadas son las encuestas de hogares para los indicadores de salud y las proyecciones nacionales de población para la estimación hasta el año 2025, ambas de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos del Paraguay.

Como resultado se ha obtenido que la demanda efectiva de salud en el Paraguay en 2015 representó el 81,3% de la demanda total. Al calcularse la proporción estimada se obtiene una demanda probable de más de 2.250.000 personas en promedio por año entre 2020 y 2025 (aproximadamente el 30% de la población), de las cuales, un poco más de 1.950.000 se consideran como casos probablemente efectivos (86,7% de la demanda total estimada). La demanda se concentrará mayormente en zonas urbanas, en mujeres y en personas mayores. La diferencia entre la demanda total y la efectiva representa el esfuerzo que el sistema debe realizar para mejorar la cobertura de atención.

¹ 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.

Introducción

Las modificaciones en el tamaño y estructura por edades de la población, como efecto de la transición demográfica provocada especialmente por los cambios en 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 dichos cambios (Cecchini & Martínez, 2011).

La perspectiva de interpretación y abordaje del derecho a la salud presenta gran relevancia en tanto la misma delimita el espectro de garantías que el mismo ofrecerá en función a dichas transformaciones. En este sentido, a partir del siglo XX se suscita un cambio de paradigma que considera a la salud desde un enfoque holístico y positivo, convirtiéndola en algo más que el hecho de no estar enfermo. La salud pasó a ser considerada por la OMS como un estado general de bienestar físico, mental y social (Fantin, 2008) y a constituir parte elemental de los derechos humanos (Cecchini & Martínez, 2011). Las metas de las políticas en el área de la salud son prácticamente las mismas en todo el mundo, siendo los objetivos universales: mejorar la salud y extender el tiempo de vida (OMS, 1978). Sin embargo, vivir más años no siempre implica vivir mejor puesto que las enfermedades se vuelven crónicas durante la vejez (Ibarrarán, 2017).

El bienestar de salud y el grado de protección del que gozan las personas resultan esenciales para que las mismas puedan contar con una vida próspera y, por ende, contribuir al desarrollo de social y económico de un país. Por tanto, el derecho a la salud es inalienable a todos los seres humanos, abarcando, por un lado, la posibilidad de acceder a atención y servicios oportunos y de calidad y, por otro lado, al desarrollo de la vida humana en condiciones y ambientes saludables (NNUU, 2000).

En este contexto, el acceso al sistema de salud considera las posibilidades genuinas que tienen las personas de acceder a bienes y servicios de calidad para satisfacer las necesidades que se les presentan en el transcurso de su vida, más allá de su capacidad adquisitiva, su género, su lugar de residencia, su edad, entre otros. Lograr mejoras objetivas en acceso y calidad de la salud de la población implica mejorar y hacer más eficaz el desempeño de los sistemas de salud.

En el Paraguay, el derecho a la salud de toda la población está consagrado 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. Desde 2008 el Ministerio de Salud y Bienestar Social (MSPBS) propuso un nuevo enfoque del sistema de salud inspirado en los principios de universalidad, gratuidad, inclusión, atención integral de la salud, educación en salud y calidad

de vida y participación ciudadana, plasmado en las “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 dicha transformación, Dullak y otros (2011) afirman que el sistema de salud en Paraguay está segmentado y fragmentado², 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 que dificultan a las personas el acceso efectivo a los servicios de salud.

Además, contemplando que las necesidades de atención se transforman a partir de los cambios de la población (Cecchini & Martínez, 2011), 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). Estos procesos 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 edades, y en especial a partir de los 60 años, aumenta el porcentaje de población con necesidades de cuidado de la salud.

En el marco que se viene presentando, el 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 atendida (demanda efectiva) y con necesidad de salud insatisfecha (demanda encubierta)³.

² 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).

³ 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 enfoque del estudio es cuantitativo, con metodología descriptiva e inferencial, utilizando extrapolación a partir de una función logarítmica⁴. Se asume 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 hasta el año 2025, 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 edades (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 atendida o demanda efectiva) y la población con necesidad de salud insatisfecha (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 el año 2025.

Resultados y Discusión

Cambios demográficos 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 del Paraguay, en torno a 6,8 millones de habitantes en 2015, ha cambiado su tamaño y estructura por edades a partir, principalmente, de la reducción de los niveles de

⁴ 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.

fecundidad y de mortalidad. La tasa global de fecundidad (TGF) se redujo de 3,5 en 2001 a 2,6 hijos en promedio por mujer en 2015 (DGEEC, 2015), provocando una reducción en la proporción de niños. 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. La tasa bruta de mortalidad del Paraguay en 2001 era de 6,2 defunciones por cada mil habitantes, la cual descendió sostenidamente hasta el quinquenio 2015-2020, llegando a 5,65 por cada mil habitantes (DGEEC, 2015). Posteriormente comenzará a ascender como consecuencia del proceso de envejecimiento de la población.

La disminución de la mortalidad constituye un importante logro que refleja mejoras en los sistemas sanitarios, educativos, económicos y sociales, al tiempo que representa un aumento de la longevidad de las personas. En este sentido, se tiene que además del aumento del número de personas mayores, éstas son cada vez más longevas.

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, caracterizada por un mayor peso relativo del grupo de personas mayores en la población total, siendo este el cambio más significativo de la última década (DGEEC, 2015a). 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).

Estos fenómenos tienen impactos en el ritmo de crecimiento, tamaño, estructura y composición por sexo y edad de la población. En 2015, la estructura por edades de la población estaba 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 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. En las últimas décadas se ha dado un desplazamiento de las enfermedades infecciosas y complicaciones materno-infantiles, como principales causas de muerte, hacia los padecimientos crónicos (MSPBS, 2015).

Todo esto viene ocurriendo en un contexto en el que el país muestra avances en muchos de sus indicadores sociales y una mayor presencia del Estado con políticas públicas de mayor cobertura y amplitud durante la última década. Esos avances van acompañados de niveles positivos de crecimiento económico desde 2003 -a excepción de 2009 y 2012- (BCP, 2015), y de niveles de pobreza (extrema y moderada) en descenso relativo en la última década (DGEEC, 2015c). No obstante, la trayectoria positiva es lenta⁵ y aún persisten algunas deficiencias que inciden en el estado de salud de la población, como se expondrá a continuación.

Según Wagstaff (2002), la pobreza genera mala salud y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres. En el Paraguay, la pobreza por ingresos afectó a casi 1.800.000 personas en 2015 (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. Según un estudio realizado en 2016, el 5,9% de los niños menores de 5 años padece 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; en 2015, el 18,5% de los hogares no accedía a esta prestación, el 19,2% de los hogares no poseía desagüe cloacal adecuado y casi la mitad de los hogares continuaban utilizando la quema y el desecho en sitios no apropiados como medio de eliminación de residuos sólidos (Anexo, Tabla 1). Existen grandes diferencias en lo que respecta a estos indicadores en el medio urbano y el rural, en detrimento de este último.

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

⁵ 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.

Acceso al sistema de salud

Un indicador que garantiza el acceso al sistema de salud 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 contaba con algún tipo de seguro, concentrándose mayormente en las zonas urbanas (37,9%) y en las personas de 30 años y más (Tabla 1), lo que guarda relación con el acceso al seguro social a través de la relación de dependencia laboral.

La expansión territorial de los servicios de salud en el país es altamente asimétrica. Asunción y el departamento Central aledaño concentran la mayor parte de la cobertura de los servicios del Instituto de Previsión Social (IPS) y de los seguros privados (OPS/ASDI, 2003). El IPS es la institución prestadora más importante del sector (cubre al 20,4% de la población), aun en el área rural donde la cobertura de seguros en general es baja (Tabla 1). La cobertura de este seguro está lejos de ser universal teniendo en cuenta que la población accede a través del empleo formal y por lo general asalariado.

Por otra parte, casi 3 de cada 4 personas carece de algún tipo de seguro médico (Tabla 1), por lo que dependen de los servicios de salud del MSPBS.

Tabla 1. Evolución de la cobertura de seguro médico en salud^{1/} por área de residencia, sexo y grupos de edades, según años seleccionados (%)

Características	2005			2010			2015		
	IPS	Otr o tipo de seguro ^{2/}	No tiene o no responde	IPS	Otr o tipo de seguro ^{2/}	No tiene o no responde	IPS	Otr o tipo de seguro ^{2/}	No tiene o no responde
Total	12,3	9,2	78,5	15,9	6,7	77,3	20,4	7,7	72,0
Área de residencia									
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
Sexo									
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
Grupos de edades									
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 en algún momento, 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 (la 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 entrevista, 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).

Hay que señalar que en la última década (2005-2015) se pudo disminuir la exclusión en salud, probablemente debido a la expansión de los servicios de salud y la cobertura de seguridad social, así como la declaración de gratuidad de las consultas⁶. Gracias a ello, la proporción de personas que habiéndose enfermado o accidentado acudieron a consultar aumentó del 58,9% en 2005 a 81,3% en 2015, aunque a pesar de ello se mantienen los mismos grupos de 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 consultaba cuando tenía la necesidad de hacerlo, está dada sobre todo por cuestiones no atribuibles directamente al sistema de salud, es decir, se debe en mayor medida a la autoexclusión (automedicación y percepción subjetiva de que la dolencia no es grave), de todos modos, esto debería llamar la atención del sistema competente en la materia. La automedicación representa una alternativa a la falta de acceso a la atención médica, pero también significa la exposición a riesgos debido al desconocimiento de las prácticas de buena salud, lo cual señala

⁶ 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.

una doble falla del sistema dado la falta de garantía de acceso y la carencia de educación mediante campañas o acciones de salud pública.

En 2005, la autoexclusión representó la principal razón de no consulta (81,3% de la población enferma o accidentada) y en 2015 dicho porcentaje ascendía al 93,6%, siendo su principal causa la automedicación, con niveles promedio del 70% en los últimos 10 años. En ese contexto, 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 2015 a representar solo el 3,5% de las razones, luego de que una década atrás significara casi una quinta parte (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 edades						
		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	
2005												
Condición de salud	Enfermo o accidentado	39,1	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	58,9	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	41,1	32,3	52,3	44,6	38,0	29,1	45,6	50,9	45,7	27,7	17,9
	Dolencia no grave	22,6	29,0	17,6	23,6	21,6	17,3	20,6	24,0	26,2	21,1	*
Razones de no consulta	Se automedicó	58,7	59,9	57,7	58,2	59,3	63,0	61,4	60,2	54,6	50,3	*
	Problemas de atención o costo ^{1/}	17,0	9,2	23,0	16,5	17,4	19,3	17,1	13,7	16,4	26,7	*
	Otra razón ^{2/}	1,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0,0
2010												
Condición de salud	Enfermo o accidentado	37,2	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	71,9	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	28,1	23,8	33,8	32,6	23,8	14,6	25,5	40,2	30,5	19,5	21,4
	Dolencia no grave	18,1	18,8	17,5	19,0	17,0	*	14,8	20,0	19,6	*	*
Razones de no consulta	Se automedicó	70,2	71,3	69,1	68,8	71,9	72,6	74,4	70,9	67,4	64,8	*
	Problemas de atención o costo ^{1/}	7,0	*	11,4	7,7	6,2	*	*	*	7,6	*	*
	Otra razón ^{2/}	4,7	7,3	*	4,5	4,9	*	*	*	5,4	*	0,0
2015												
Condición de salud	Enfermo o accidentado	31,7	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	81,3	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	18,7	17,4	20,8	21,0	16,6	8,9	15,7	27,9	21,7	15,0	14,0
	Dolencia no grave	13,0	14,6	11,0	13,2	12,8	*	8,9	15,0	14,4	*	*
Razones de no consulta	Se automedicó	80,5	79,0	82,5	80,5	80,6	85,0	86,7	79,5	77,5	79,3	*
	Problemas de atención o costo ^{1/}	3,5	3,2	3,9	3,6	3,4	*	*	*	*	*	*
	Otra razón ^{2/}	2,9	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

De acuerdo con todo lo expuesto hasta aquí, se realiza seguidamente una estimación de la demanda de servicios de salud en períodos quinquenales hasta el 2025, basada en las necesidades de atención de salud para prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud de las personas⁷ 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 haber estado enferma o accidentada.

Entre 2000 y 2015, un tercio de la población, en promedio, 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).

En el 2015, la demanda efectiva de salud en el Paraguay representó el 81,3% de la demanda total (Figura 1). Al calcular la proporción estimada se obtiene una demanda probable de más de 2.250.000 personas en promedio, por año, entre 2020 y 2025 (en términos relativos ronda el 30% de la población total), de las cuales un poco más de 1.950.000 se consideran como casos probablemente efectivos, es decir, esta demanda aumentaría a 86,5% de la demanda total. La diferencia entre la demanda total y la efectiva representará el esfuerzo que el sistema de salud deberá 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).

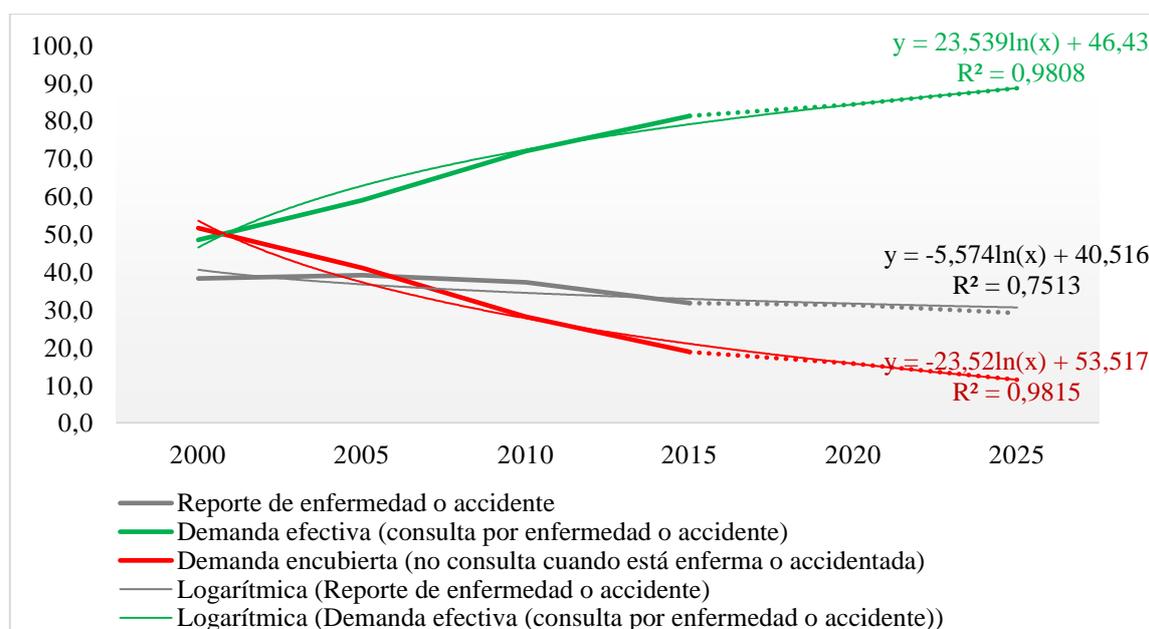
⁷ Esta necesidad responde a factores físicos, es decir, demanda de salud por accidente, enfermedad, embarazo, discapacidad o factores ligados al ciclo de vida. La demanda de servicios (si se busca o no servicios de salud) está asociada a una decisión por parte de las personas, lo cual está condicionado 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
		Total					
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



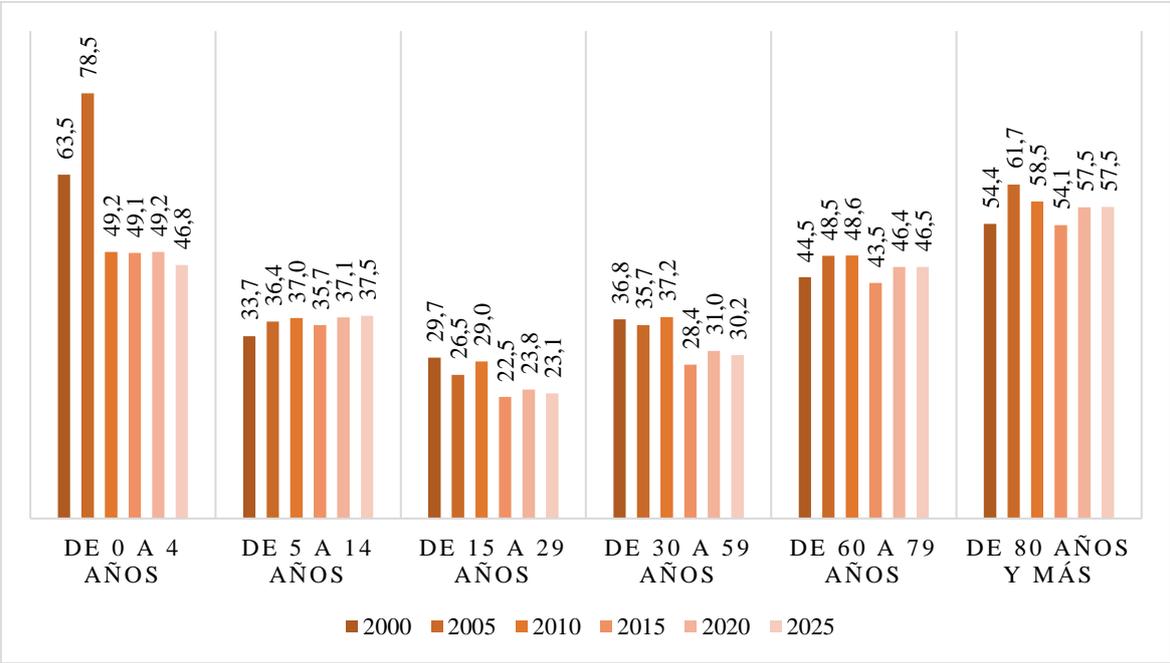
Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000 a 2015 y Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025.

Además de lo anterior, deberán tenerse en cuenta las exigencias que los cambios demográficos ocasionarán en el sistema de salud, con sus características individuales (sexo y grupos de edades) y los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la decisión de solicitar o no asistencia, para cuya estimación se utiliza como proxy el área de residencia.

La Figura 2 muestra que en las edades extremas de la vida, menores de 5 años y personas de 80 años y más, se requiere mayor atención de salud al concentrarse en esos tramos de la vida los

mayores niveles de enfermedades o accidentes. Y como se puede constatar, con el paso del tiempo, en el primer grupo disminuyó 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 gracias a las prestaciones materno infantiles que se han brindado en el país. En el otro extremo, las personas de edades más avanzadas seguirán reportando altos niveles de enfermedades o accidentes, esperándose un aumento estimado en 46,5% entre 2020 y 2025 en el grupo de 60 a 79 años y de 57,5% en personas de 80 años y más.

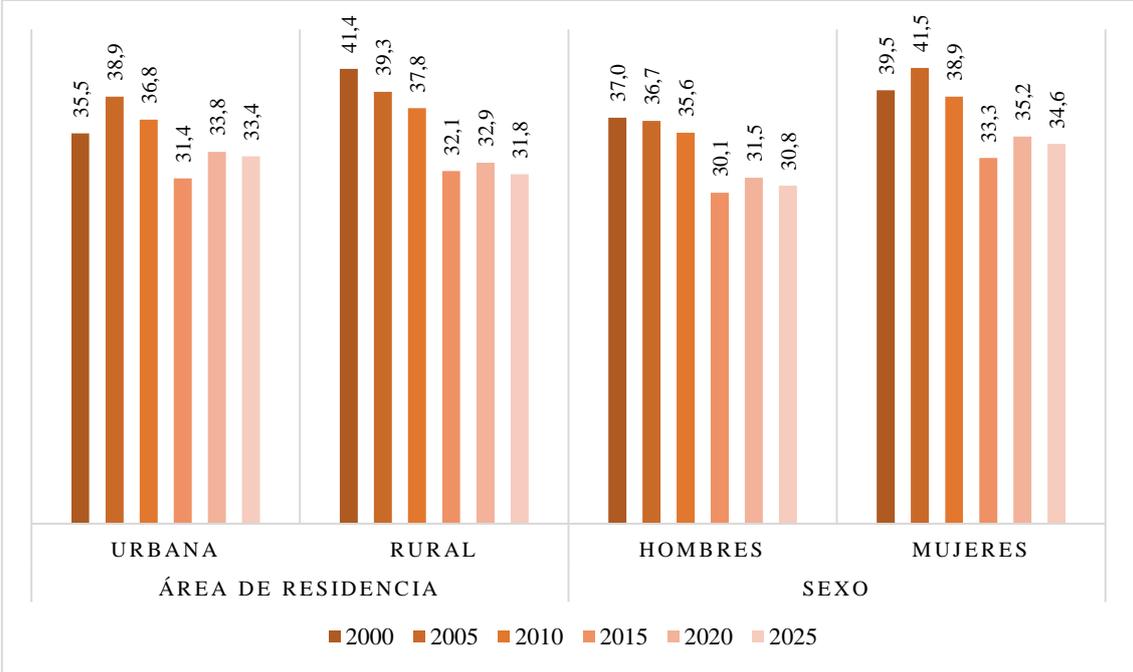
Figura 2. Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según grupos de edades



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.

En todo el período analizado, 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 puede esperar un cambio de tendencia entre 2020 y 2025, posiblemente asociado a una mayor presencia del sistema de salud en zonas rurales o al proceso de urbanización en curso que incrementará la población que vive en área urbana frente a la rural (Figura 3).

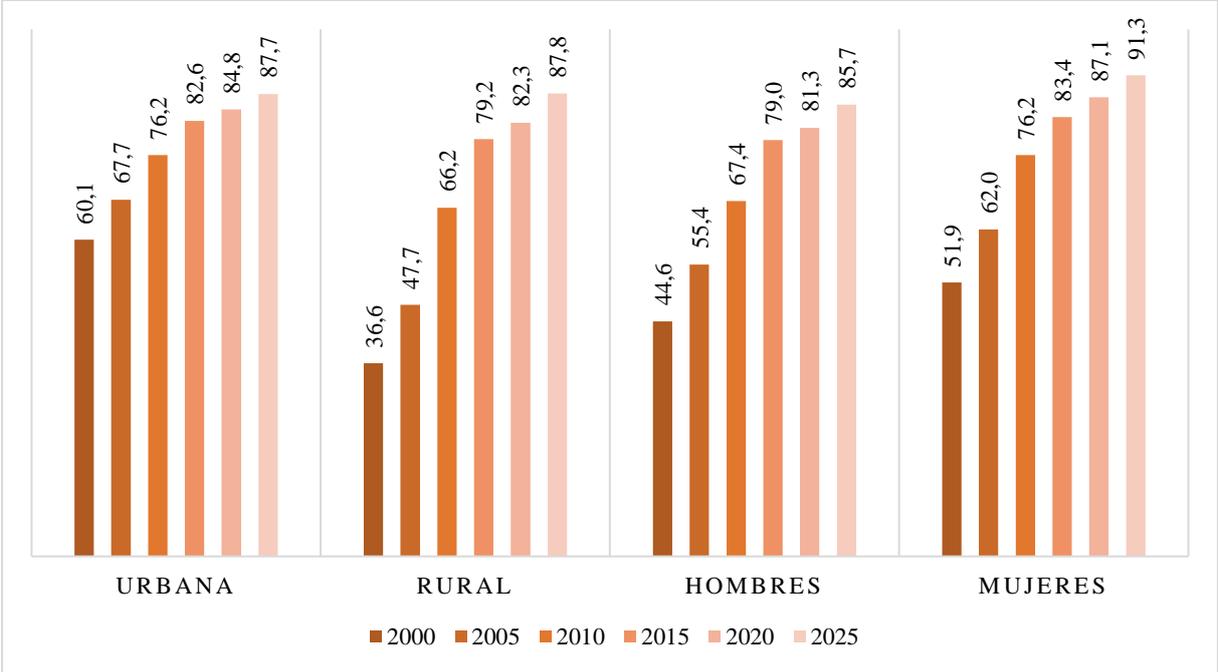
Figura 3. Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según área de residencia y sexo



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.

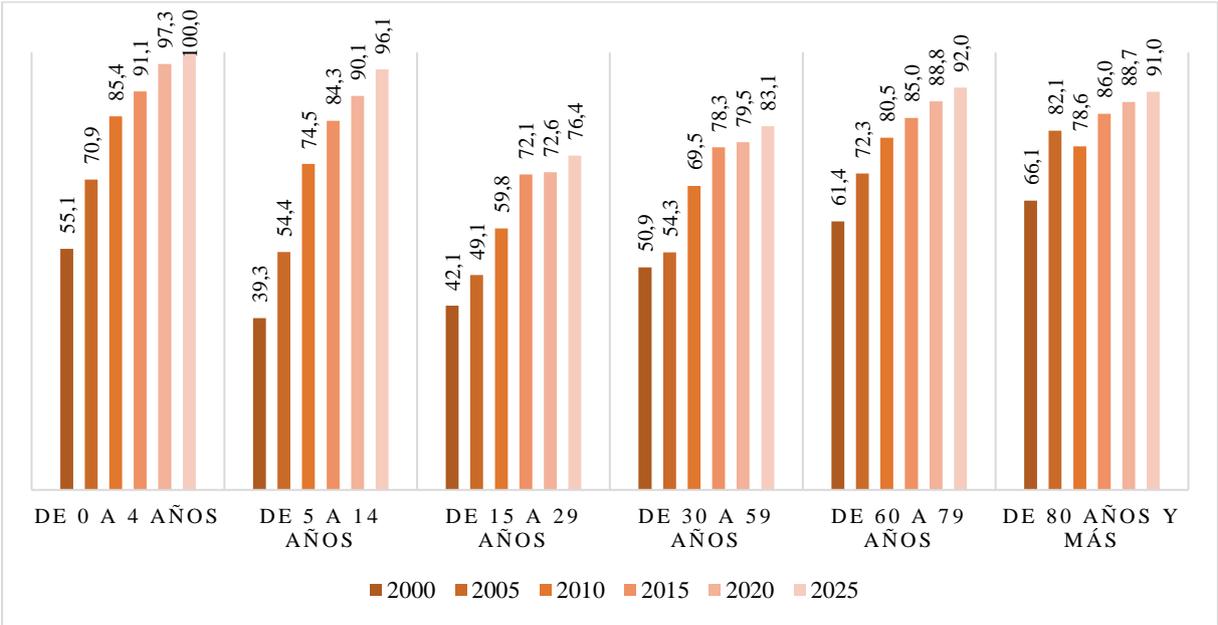
La demanda efectiva de salud tendrá un incremento sostenido en el tiempo alcanzando en promedio niveles de 86,5% del total de casos reportados de enfermedad o accidente entre 2020 y 2025. El aumento relativo más importante se dará en personas del área rural, siendo este grupo el que presentaba mayor exclusión; sin embargo, en términos absolutos representará la mitad de los casos del área urbana (Anexo, Tabla 2). Se espera que las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, y las personas de edad elevada alcancen niveles por encima del 90% de acceso a consultas médicas (Figura 4 y 5), lo cual será auspicioso para elevar el nivel 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. 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 edades



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

En la próxima década se irán intensificando los cambios en la estructura por edades de la población del país, con las disminuciones relativas del grupo de menores de 15 años y un sostenido incremento de las personas de edad más avanzada. Estos cambios demográficos, junto a los socioeconómicos y el consiguiente proceso de transición epidemiológica, traerán consigo una mayor carga de morbilidad y mortalidad asociada a poblaciones más envejecidas.

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 las demandas que los cambios demográficos ocasionan en el sistema de salud y 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.

Al respecto, es evidente que la oportunidad de acceso a los bienes y servicios de salud no es equitativa, por lo cual se puede aseverar que existe discrepancia entre el derecho de todas las personas a una vida larga y saludable y las condiciones reales de la sociedad en cuanto al disfrute efectivo del derecho a la salud. En este sentido, es necesaria una intervención efectiva que supere 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 dichas zonas 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 menores de 5 años, el cual presenta mayores niveles de enfermedades o accidentes, y el grupo de jóvenes que no accede a consultas.

Resulta imperativo 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 induce a la práctica de la automedicación, y a través de estas acciones incrementar la calidad y equidad de la salud, la calidad de vida de los habitantes y el desarrollo del país.

De mantenerse la tendencia demográfica estimada y previsible, el sistema de salud deberá dar respuesta a un importante contingente de personas que solicitará atención, concentrándose en mayor volumen en zonas urbanas, en mayor proporción en mujeres, en personas menores a 15 años y de edad avanzada.

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) (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/>>, acceso 5 de octubre de 2017.
- Miró, C. A. (2015), *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”, en <http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf> acceso 5 de octubre de 2017.
- Naciones Unidas (NNUU), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, Observación General No 14 (E/C.12/2000/4), Nueva York, Consejo Económico y Social
- 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 (OPS) – Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe (ASDI) (2003), *Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe*, Serie “Extensión de la protección social en salud #1”, Washington DC.
- 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 (BCP) (2015), *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 (MSPBS) (2009), *Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad*. MSPBS. Asunción.
- República del Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (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, en 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
Indicadores demográficos		
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
Indicadores de salud		
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
Urbana							
2000	2.835.331	1.007.793	35,5	605.339	60,1	402.354	39,9
2005	3.237.475	1.258.938	38,9	851.966	67,7	406.522	32,3
2010	3.652.713	1.343.252	36,8	1.023.071	76,2	319.794	23,8
2015	4.085.396	1.283.777	31,4	1.060.950	82,6	222.826	17,4
2020	4.534.458	1.534.908	33,8	1.301.271	84,8	233.488	15,2
2025	4.998.670	1.671.839	33,4	1.466.515	87,7	205.182	12,3
Rural							
2000	2.449.149	1.013.867	41,4	371.228	36,6	642.498	63,4
2005	2.542.294	999.584	39,3	477.259	47,7	519.922	52,0
2010	2.613.163	988.110	37,8	653.666	66,2	334.443	33,8
2015	2.670.360	857.551	32,1	678.980	79,2	178.571	20,8
2020	2.718.214	893.469	32,9	734.947	82,3	158.231	17,7
2025	2.759.592	877.496	31,8	770.563	87,8	106.702	12,2
Hombres							
2000	2.671.656	987.553	37,0	440.372	44,6	547.181	55,4
2005	2.921.813	1.071.528	36,7	593.465	55,4	476.883	44,5
2010	3.165.316	1.126.266	35,6	759.522	67,4	366.744	32,6
2015	3.408.566	1.026.883	30,1	811.172	79,0	215.711	21,0
2020	3.653.156	1.150.765	31,5	935.597	81,3	214.847	18,7
2025	3.899.638	1.199.308	30,8	1.027.924	85,7	171.059	14,3
Mujeres							
2000	2.612.824	1.031.046	39,5	535.576	51,9	495.234	48,0
2005	2.857.956	1.185.743	41,5	735.268	62,0	448.816	37,9
2010	3.100.561	1.204.903	38,9	917.562	76,2	286.953	23,8
2015	3.347.190	1.114.284	33,3	928.793	83,4	185.491	16,6
2020	3.599.516	1.268.442	35,2	1.104.828	87,1	163.226	12,9

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