



Documento de Trabajo N° 6

Las demandas potenciales en salud y cuidados desde los cambios demográficos

Investigadores:

Claudina Zavattiero (Coordinadora)

María Fantin

Georgina Zavattiero

2019

Este documento de trabajo es el informe de avance preliminar y no editado del proyecto de investigación PINV15-1162 *Estimación de las potenciales demandas en salud y cuidados a partir de los cambios de la dinámica demográfica*, financiado por el CONACYT a través del Programa Pro-Ciencia con recursos del Fondo para la Excelencia de la Educación e Investigación (FEEI) del FONACIDE.

ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	3
MATERIALES Y MÉTODOS	6
1. CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DETERMINANTES SOCIALES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN EN EL PARAGUAY	7
<i>1.1. Dinámica demográfica</i>	8
<i>1.1.1. Mortalidad y esperanza de vida.</i>	8
<i>1.1.2. Esperanza de vida</i>	10
<i>1.1.3. Fecundidad.</i>	11
<i>1.1.4. Migración.</i>	15
<i>1.1.5. Transición demográfica.</i>	16
<i>1.1.6. Tamaño y crecimiento de la población.</i>	18
<i>1.1.7. Distribución territorial de la población.</i>	19
<i>1.1.8. Cambios en la estructura por edades de la población.</i>	21
<i>1.2. Determinantes sociales</i>	26
2. EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL PARAGUAY	28
<i>2.1. Las Unidades de Salud de la Familia</i>	31
<i>2.2. Inversión en salud</i>	33
<i>2.3. Acceso al sistema de salud</i>	36
3. ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD	42
CONCLUSIONES	48
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	53

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).

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 contendrá. 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 estar enfermo. La salud pasó a considerarse como estado de bienestar (Fantin, 2008) y a constituir parte elemental de los derechos humanos, en especial bajo el modelo del Estado desarrollista de bienestar¹ (Cecchini & Martínez, 2011).

En ese sentido, el derecho a la salud está reconocido en numerosos instrumentos de derecho internacional, consagrado por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946 (OMS, 1946), expresado en la Declaración Universal (artículo 25) y Americana (artículo 11) de Derechos Humanos en 1948, afianzado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y reiterado en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud de 1998 (Resolución WHA51.7).

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)². Sin embargo, la prolongación de la vida no siempre garantiza que sea con más calidad puesto que las enfermedades son más crónicas durante la vejez (Ibarrarán, 2017).

El bienestar de salud y el grado de protección 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 abarca, por un lado, la posibilidad de acceder a atención y servicios oportunos y de calidad y, por otro lado, el desarrollo de la vida humana en condiciones y ambientes saludables (NNUU, 2000).

¹ El enfoque de derechos implica el reconocimiento de las personas como titulares de derechos que parten de su dignidad y las obligaciones del Estado en su cumplimiento, debido a la naturaleza jurídica. Esta perspectiva implica un cambio en la lógica de construcción de políticas que deben adoptar los Estados, que pasa de satisfacer las necesidades a garantizar las condiciones para el pleno ejercicio de los derechos de los sectores excluidos (Huenchuan, 2011).

² La Declaración de Alma Ata reiteró que por salud se debe entender “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad...” La definió también como un “derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante...cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (OMS, 1978).

Por su parte, el acceso al sistema de salud considera las posibilidades genuinas que tienen las personas de acceder 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. Al respecto, cabe señalar 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 goce efectivo del derecho a la salud. El acceso, entendido como la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan, y la cobertura universal a la salud son necesarios para mejorar los resultados de salud (OPS/ OMS, 2014), no obstante, existen barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que configuran un entramado de desigualdades e impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud.

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 contenido en la Constitución de 1992 (art. 4, 68 y 69), además el marco regulatorio y normativo contempla el Código Sanitario (Ley N° 836/80) y la Ley N° 1032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual opera mediante la oferta de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes.

En este contexto, 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, inclusivo, atención integral de la salud, educación en salud y calidad de vida y participación ciudadana, plasmado en la 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 esta segmentado y fragmentado. 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).

Teniendo en cuenta que las necesidades de atención se transforman a partir de los cambios de la población, es importante notar por un lado que según las proyecciones de población, en las próximas décadas la población paraguaya continuará creciendo hasta llegar a 8,7 millones de habitantes en torno al 2065 y luego comenzará a disminuir (CELADE, 2017), y que este escenario poblacional se dará conjuntamente con disminuciones relativas en el grupo de menores de 15 años, aumento temporal en el grupo en edades productivas (aproximadamente hasta 2040), incremento sostenido de la

proporción de personas de 60 años y más, y una marcada tendencia a vivir en las ciudades (CELADE, 2017).

Estos procesos se irán intensificando en los próximos años con importantes implicancias en el ámbito de la salud, puesto que en forma paralela las necesidades sanitarias se irán complejizando y diversificando (Cárdenas, 2008) por lo que la situación demográfica ejercerá una gran presión sobre el Estado, el cual deberá generar los recursos suficientes para proveer calidad de vida a los habitantes.

Es por lo expresado que la presente investigación busca relacionar los cambios demográficos con el estado de salud de la población a fin de realizar estimaciones de las potenciales demandas en salud y cuidados a partir de las transformaciones en la población previsible hasta el año 2025, identificando poblaciones vulnerables y zonas de riesgos; esto con la expresa finalidad de incidir en la formulación de estrategias y mecanismos que permitan atender dichos requerimientos sectoriales y favorezcan al bienestar social. De forma específica se plantea los siguientes objetivos:

- Describir los cambios ocurridos en la dinámica sociodemográfica en las últimas décadas y las tendencias futuras hasta 2025.
- Analizar el sistema de salud en el Paraguay y sus principales indicadores examinando la relación entre las condiciones de salud y los factores demográficos.
- Identificar el potencial poblacional por zonas a partir de la categorización territorial de las variables demográficas.
- Estimar la incidencia que los cambios de la dinámica demográfica tendrán sobre la protección de la salud.

El conocimiento de la dinámica de la población, su tendencia en el tiempo, la velocidad e intensidad de las variables demográficas y la distribución y movilidad espacial de la población, son aspectos esenciales en la planificación de salud pública. En este sentido, ambas disciplinas poseen puntos comunes de estudio vinculados a los fenómenos vitales y los cambios en sus patrones. El análisis demográfico brinda la posibilidad de conocer los principales problemas de la salud pública, así como las regiones del país que se encuentran más rezagadas y por ende con peores indicadores de desarrollo.

El advenimiento de una importante proporción de población adulta mayor debe alertar acerca de los cambios en los patrones epidemiológicos avizorando un aumento de las enfermedades crónico-degenerativas con las respectivas demandas en infraestructura, recursos humanos y presupuestarios que dicha realidad representará. Además, los nuevos patrones de fecundidad, así como los culturales, modificaron las estructuras familiares siendo ahora menos numerosas o ensambladas, con lo cual el sistema de cuidados también será un problema en el corto plazo.

Los desafíos que el escenario poblacional actual y futuro impone sobre las condiciones sociales y económicas obligan a articular los fenómenos demográficos con las políticas de salud, en busca de un sistema de protección integral que consecuentemente propicie el desarrollo sostenible del país.

Con esta investigación se pretende poner a conocimiento de la sociedad en general los desafíos que los cambios demográficos ocasionaran en el sistema de salud y de cuidados, para que a partir de ello se tomen las medidas necesarias atendiendo los ciclos de vida de la población así como las zonas geográficas menos favorecidas. La perspectiva geográfica permite interpretar la realidad de la población estudiada en la dimensión socio-espacial, transparentando fenómenos de segregación espacial.

El sistema de indicadores de potenciales demandas en salud y cuidados podrá ser útil a los Ministerios encargados de la planificación y las políticas sociales al disponer de información científica nacional sistematizada, práctica y útil para la toma de decisiones, y que además no se limita al análisis en un momento dado, sino por el contrario, presenta tendencias en el mediano plazo.

Las instituciones dedicadas a la focalización de la población vulnerable podrán servirse de esta investigación para identificar zonas en riesgo al margen o complementariamente a los criterios ya utilizados de focalización según ingresos monetarios o su combinación con algunas necesidades de pobreza estructural.

El documento se estructura en cuatro capítulos, comenzando con la presente introducción. El primer capítulo describe los cambios ocurridos en la dinámica demográfica en las últimas décadas y las tendencias futuras hasta 2025. El segundo capítulo aborda el sistema de salud pública en el Paraguay y su inversión, así como los indicadores de salud y el acceso al sistema. Posteriormente, en el tercer capítulo se desagrega la información a nivel departamental, identificando áreas potenciales y de riesgo, lo que da lugar a identificar el potencial poblacional por zonas. El capítulo cuatro estima las potenciales demandas en salud y cuidados teniendo en cuenta el análisis demográfico. Finalmente se presentan las conclusiones a las que el estudio arriba.

MATERIALES Y MÉTODOS

El enfoque del estudio es cuantitativo, con metodología descriptiva e inferencial, utilizando extrapolación a partir de una regresión logarítmica. Una regresión logarítmica es aquella que genéricamente se expresa como $y = a(\ln(x)) + b$. Se utiliza con asiduidad en los cálculos y desarrollos de las ciencias sociales cuando no puede asegurarse una tendencia lineal. Para determinar el grado de ajuste del modelo se calcula el coeficiente de determinación r^2 . Un grado alto de ajuste del modelo determina que el modelo es confiable para hacer predicciones. Se asume el supuesto de continuidad de la tendencia, la cual podría variar de mediar alguna intervención.

Las fuentes de información utilizadas son las Encuestas Permanente de Hogares (EPH) de 1997 a 2015 para los indicadores de salud y las proyecciones nacionales de población de 2000 a 2025 (DGEEC, 2015a), construidas a partir de datos del Censo Nacional de Población y Viviendas del año 2012, para la estimación hasta el año 2025, ambas fuentes generadas por la 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.

Los aspectos relativos al cuidado son abordados a través de los datos transversales provenientes de la Encuesta sobre Uso del Tiempo en el Paraguay llevada a cabo en el año 2016 (EUT 2016). Cabe señalar que dicha encuesta permita conocer la distribución del tiempo de hombres y mujeres en actividades de cuidado y apoyo a personas con dificultad y dependencia permanente, y a personas mayores de 60 años y más³.

La población en estudio está constituida por las personas residentes en zonas urbanas y rurales el Paraguay entre 2000 y 2015. 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. Se entiende la demanda de salud como la percepción de una necesidad de atención de salud para tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud de las personas.

Para las estimaciones de las demandas de atención de la salud se considera la información proveniente de las EPH en años quinquenales entre 2000 y 2015 a modo de evitar introducir en el modelo fluctuaciones interanuales. La población con necesidad de atención de la salud o demanda total se estima a partir de la tendencia del porcentaje de personas que declararon haber estado enfermas o accidentadas en los 90 días previos a la entrevista, esto es, la declaración se considera por auto reporte y no por inspección médica. Por lo que la cifra estimada no contempla los casos de requerimiento de atención de salud preventiva.

Dicha cifra puede dividirse en: población con necesidades de salud atendida o demanda efectiva, conformada por el porcentaje de personas que reporta haber acudido a una consulta médica y la población con necesidades de salud insatisfecha o 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 regresión logarítmica, una estimación futura en períodos quinquenales de la morbilidad y se aplica a las proyecciones de población para considerar los efectos del crecimiento poblacional hasta el año 2025.

El análisis propuesto en esta investigación contempla la estimación del número de personas que potencialmente requerirán servicios de salud, no así el número de consultas que ello implicará para el sistema.

1. CAMBIOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DETERMINANTES SOCIALES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN EN EL PARAGUAY

En este capítulo se analizan las características y evolución de las variables demográficas en el Paraguay a partir de las tendencias seguidas en las últimas décadas y la proyección en el largo plazo de la mortalidad y la fecundidad, así como la convergencia de estos factores en el proceso de cambio en el volumen, distribución territorial y estructura etaria de la población, aspectos que influirán sobre la disponibilidad, distribución y uso de los recursos que proporcionan bienestar a la población.

³ La EUT 2016 tiene cobertura nacional, excluyendo a los departamentos de Alto Paraguay y Boquerón, cuyas poblaciones representan menos del 2% de la población total del país. La investigación está dirigida a la población de 14 años y más de edad que reside habitualmente en viviendas particulares.

Se examina además el acceso a ciertos bienes y servicios que inciden en las condiciones de salud de la población paraguaya. Su análisis y exposición como panorama general constituye una pieza fundamental para comprender el accionar del Estado y la concepción de su política, aspectos que se expondrán en el siguiente capítulo.

1.1. Dinámica demográfica

La población del Paraguay al 2015, en torno a 6,8 millones de habitantes (CELADE, 2017), ha cambiado de estructura a partir, principalmente, de la reducción de los niveles de fecundidad, de mortalidad y las migraciones, las cuales a su vez se ven afectadas por las disparidades sociales y residenciales. Estos fenómenos tienen impactos en el ritmo de crecimiento, tamaño, estructura y composición por sexo y edad de la población.

1.1.1. Mortalidad y esperanza de vida.

El Paraguay ingresa a la década de 1950 con una tasa bruta de mortalidad de 8,8 por mil habitantes, la cual desciende sostenidamente hasta llegar al periodo 2010-2015 con 5,6 por mil (Figura 1). Posteriormente se espera que vuelva a incrementarse a consecuencia del proceso de envejecimiento de la población.

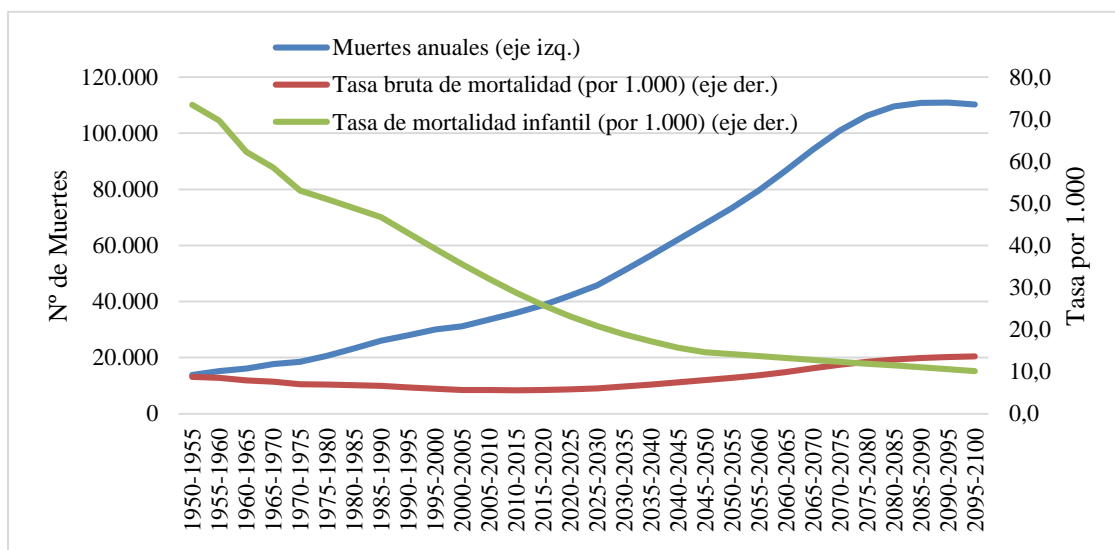


Figura 1. Evolución de la mortalidad, Paraguay, 1950-2100

Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2017) Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100 (Paraguay)

La reducción de la mortalidad se dio en parte gracias al descenso de la tasa de mortalidad infantil y esta a su vez a las mejoras en los servicios de salud preventiva y atención médica, por lo que se trata de un indicador fundamental para evaluar el nivel de desarrollo y de salud de un país (Grajales y Cardona, 2005) y, en este caso concreto, del Paraguay. Esta tasa se mantiene en descenso sostenido, de 73,4 muertes en niños menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1950 a 28,8 en 2010-2015, representando una caída de 61% en 65 años (Figura 1). A pesar de ello, el valor

estimado para la actualidad sigue siendo elevado en comparación al promedio de América Latina (CELADE, 2013).

El descenso de la tasa de mortalidad infantil es explicado por la reducción de la mortalidad pos neonatal, ya que la mortalidad neonatal se mantuvo sin cambios significativos entre 1996 y 2017 (MSPBS, 2017a). La primera causa de muerte en niños menores a un año es ocasionada por lesiones debidas al parto y representa casi la mitad de las muertes neonatales (MSPBS, 2017a), las que podrían reducirse o evitarse en el sistema de salud (MSPBS, 2016).

Dado ese panorama, es conveniente señalar que los partos institucionales han pasado de 84,5% en 2000 a 97,9% en 2017 (MSPBS, 2001 y 2018), que el 85,3% de las mujeres embarazadas asistieron al menos a cuatro consultas prenatales en 2017 (MSPBS, 2018), pero que, sin embargo, prevalece una elevada razón de mortalidad materna (RMM).

En 2017 se registran 81,8 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, a pesar de haberse reducido un 45,5% respecto de 1990 (150 defunciones por 100.000 nacidos vivos) (MSPBS, 2017a). Este indicador presenta fluctuaciones en la última década que impiden aseverar que la reducción será sostenida. Las tres principales causas de mortalidad materna (excluyendo las clasificadas como “otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio”) están conformadas por trastornos hipertensivos (toxemia), las hemorragias y el aborto, representando la mitad de las causas de muertes en 2017 (MSPBS, 2017a). Las dos primeras son consideradas causas directas que se relacionan con una intervención tardía e insegura, falta de equipos y recursos, ausencia de normas de manejo o de supervisión de las mismas, y se caracterizan por ser evitables a partir de una adecuada atención prenatal y durante el parto (Brizuela, 2005). Según Rajs, Parada y Peyser (1994) los pesos relativos de las toxemias y de las hemorragias son más relevantes en los países con peor cobertura de la atención prenatal y profesional del parto respectivamente.

El descenso de la mortalidad en general se enmarca dentro de la teoría de la transición epidemiológica concebida por Omran en 1971, que alude a las modificaciones que experimentan los perfiles de morbimortalidad con el incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población: “las poblaciones pasan de la ‘edad de la pestilencia y de la hambruna’ a la de las ‘enfermedades degenerativas y las enfermedades de sociedad’, gracias al control de las enfermedades infecciosas” (Moslé y Vallin, 1995 citado en CELADE 1997b, p. 8).

En otras palabras, ocurre cuando disminuye la carga de enfermedades infecciosas, como la diarrea, asociadas normalmente con condiciones higiénicas y sanitarias deficientes, y aumenta la carga de las enfermedades crónicas (como la diabetes, hipertensión, condiciones cardíacas y enfermedades pulmonares) que generalmente se asocian a estilos de vida poco saludables, caracterizados por el sedentarismo, tabaquismo, consumo de alimentos de alta densidad calórica y exceso en el consumo del alcohol (Ibarrarán, 2017).

En el país, la tasa de mortalidad ha disminuido cambiando el perfil de las defunciones por causas y grupos de edad. Según datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) entre 2008 y 2017 se atenúa el volumen de las defunciones por

enfermedades infecciosas y transmisibles mayormente presentes en la niñez y se incrementa el peso relativo de las muertes por enfermedades crónicas y degenerativas (Figura 2), más frecuentes en personas adultas, consistente con el proceso de envejecimiento que ha comenzado a experimentar la población. Esta tendencia ocasionará, en los próximos años, un aumento de la tasa de mortalidad y el correspondiente impacto en el sistema de salud.

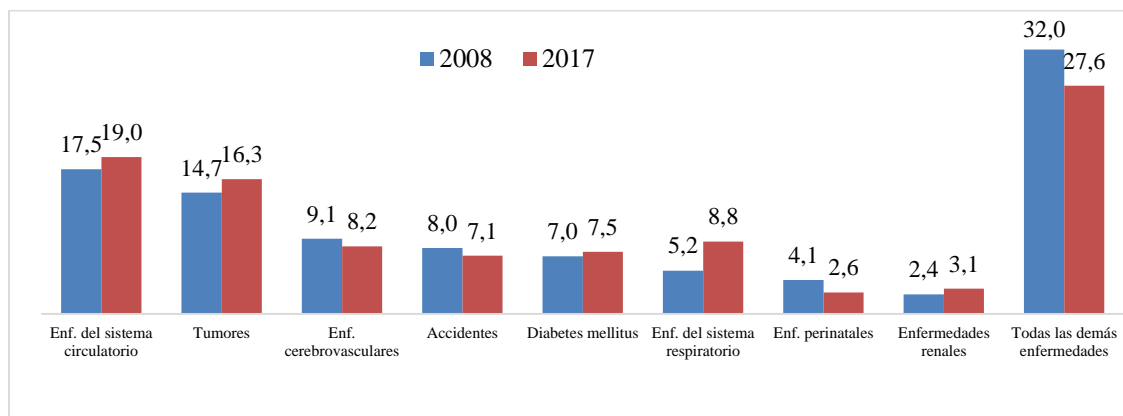


Figura 2. Distribución porcentual de las causas de mortalidad, Paraguay, 2008 y 2017
 Fuentes: Elaboración propia a partir de Subsistema de Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Estadísticas (DES) Indicadores de mortalidad INDIMOR 2008 y 2017.

1.1.2. Esperanza de vida

La disminución de la mortalidad constituye un importante logro que refleja mejoras en los sistemas sanitarios, educativos, económicos y sociales (Chackiel, 2004). En particular la disminución de la mortalidad infantil tiene su correlato en el incremento de la esperanza de vida al nacer, el cual es atribuido a la implementación de la medicina moderna y medidas de salud pública que han logrado que más personas vivan hasta el límite biológico de la vida. Sin embargo, cabe aclarar que ello no siempre garantiza que sea con más calidad (Ibarrarán, 2017).

Las personas nacidas en 1950 tenían una expectativa de vida de 62,7 años, la cual se incrementó 8 años en los siguientes 50 años, alcanzando una esperanza de vida al nacer de 70,8 años en 2000 y se proyectan otros 8 años más para 2055 (78,6 años de expectativa de vida) y luego 5 años más para 2100, alcanzando 83,6 años de esperanza de vida. En otras palabras, entre 1950 y 2100 la población ganará dos décadas en el promedio de vida de sus habitantes (Figura 3).

Las condiciones biológicas y sociales que impactan en la reducción de la mortalidad han beneficiado más a las mujeres, por lo que la esperanza de vida al nacer es mayor en ellas que en los hombres en todo el periodo analizado, con aproximadamente 4 años de diferencia (Figura 3). En la medida en que se reduzca la mortalidad materna, que representa años de vida perdidos en mujeres jóvenes (Brizuela, 2005), la brecha en la esperanza de vida entre hombres y mujeres ira aumentando, y posteriormente podrá volver a cerrarse con la disminución más acentuada de la mortalidad infantil.

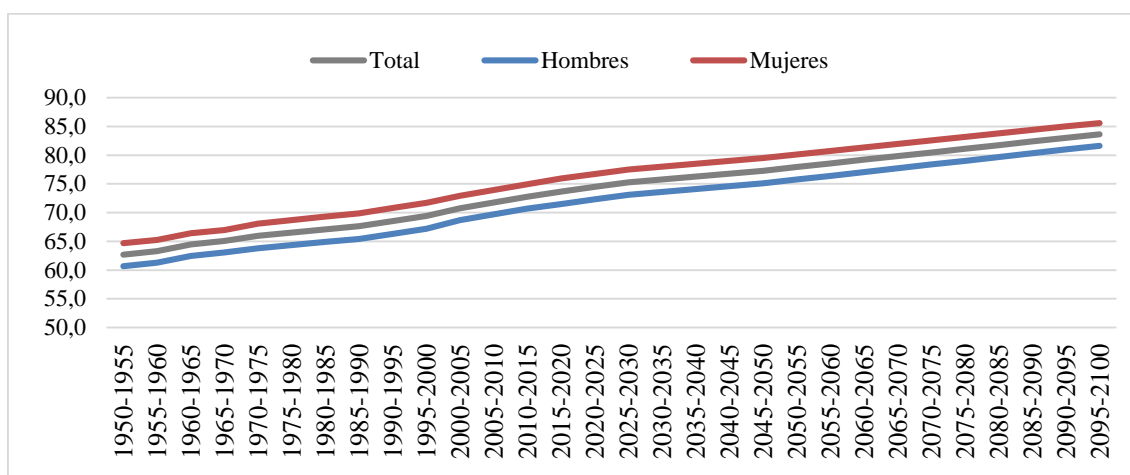


Figura 3. Evolución de la esperanza de vida al nacer, Paraguay, 1950-2100

Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2017) Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100 (Paraguay).

La desaceleración del incremento de años de vida que restan por vivir se debe a que, alcanzado cierto nivel, nuevos aumentos en la esperanza de vida se tornan más lentos y difíciles porque no dependen ya tanto de medidas específicas de salud personal o sanidad ambiental como del ciclo biológico de la vida; además, también puede producir una desaceleración de su descenso el hecho de que los países latinoamericanos entraron en una etapa crítica de su crecimiento económico, con el consiguiente efecto en la disponibilidad y accesibilidad a ciertos servicios públicos y el deterioro de las condiciones de vida (Miró, 2015).

No obstante, habida cuenta de que el nivel actual de la mortalidad infantil en el país (28,8 por 1.000 en 2010-2015) es 10 puntos superior al promedio de América Latina (18,6 en el mismo periodo) (CELADE, 2013) aún queda un amplio campo de acción para lograr reducciones significativas de estas defunciones, que a su vez impacten en una mayor esperanza de vida.

1.1.3. Fecundidad.

En el Paraguay, la transición de la fecundidad hacia el descenso continuado se inició de forma más tardía que la disminución de la mortalidad (dos décadas después). La tasa global de fecundidad (TGF) pasó de 6,5 hijos en promedio por mujer en 1950, a 5,4 en 1970. En la década de los 90 oscilaba alrededor de 4,5 hijos por mujer, hasta llegar a reducirse casi a la mitad entre 2015 y 2020 (2,4 hijos por mujer) (Figura 4).

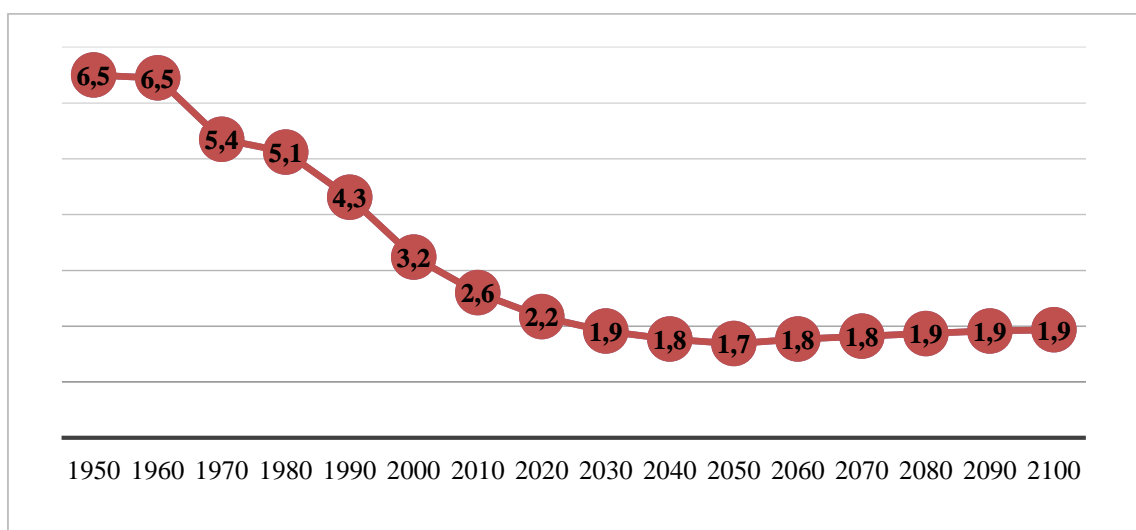


Figura 4. Evolución de la Tasa Global de Fecundidad, Paraguay, 1950-2100

Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2017) Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100 (Paraguay).

El descenso sistemático de la TGF se dio con mayor intensidad a partir de la incorporación en las políticas de salud pública de la planificación familiar con métodos anticonceptivos modernos, a inicios de la década de 1990⁴ (CEPEP, 2009), incidiendo además en la reducción de la mortalidad materna a través de la prevención de los embarazos. Se espera que la TGF siga el patrón descendente aunque de manera menos pronunciada y llegue al nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer) en torno al 2025-2030 y se estabilice en torno a 1,8 hijos por mujer desde 2050 (Figura 4).

El desfase entre el descenso del nivel de mortalidad y fecundidad registrado entre 1950 y 1990 ocasionó un aumento de la población en todas las edades y preferentemente en las edades más jóvenes, contribuyendo de esta forma a aumentar el número de las mujeres en edad fértil y en consecuencia el de los nacimientos registrados hasta el 2000 (Figura 5). La cantidad anual de nacimientos encontró su punto máximo en 1995-2000 con 147.000 nacimientos y posteriormente tiende a estabilizarse entre 2000 y 2020 en torno a 139.000 nacimientos, para luego reducirse de forma continua (Figura 5). Esta disminución provoca una reducción en la proporción de niños y cambios en la estructura por edades de la población como se verá más adelante.

⁴ La práctica de planificación familiar en el país data de los años 70. El MSPBS ha ejercido el liderazgo, inicialmente bajo el rótulo de Protección Familiar y como parte de su Programa de Salud Materno Infantil. Entre 1974 y 1982 se autorizaron métodos naturales con miras a bajar el crecimiento de la población y reducir la mortalidad materna, con perspectiva más sanitaria que demográfica, según consulta realizada al Dr. Oddone. La política y el programa ministerial de planificación familiar, sin embargo, no tuvo continuidad a lo largo de todos esos años dado que, por orden del Gobierno de Stroessner, la provisión de métodos modernos fue suspendida entre 1982 y 1987. Posteriormente se reinicia como parte del Programa Nacional de Atención Materno Infantil y, en la actualidad, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, incluido el componente de Planificación Familiar, forma parte de las Políticas de Salud de dicho Ministerio (Zavattiero, 2009).

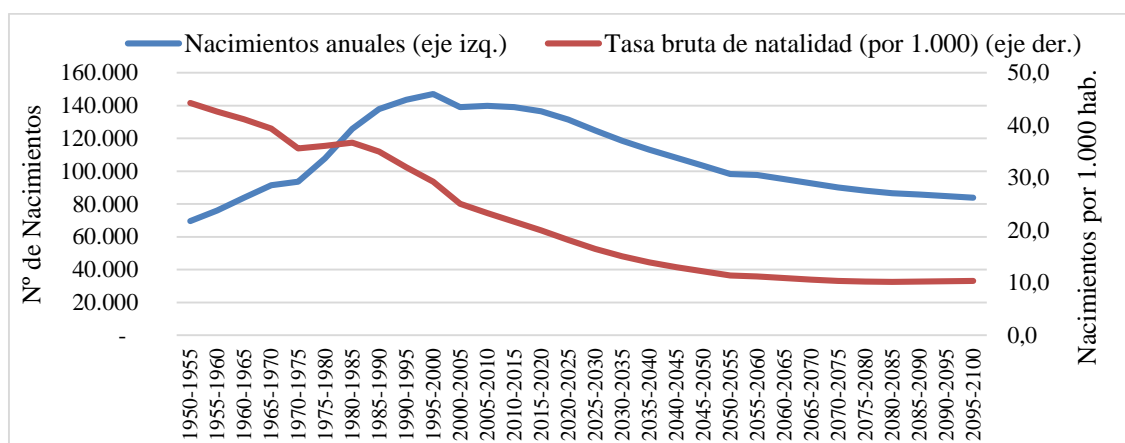


Figura 5. Evolución de la natalidad, Paraguay, 1950-2100

Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2017) Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100 (Paraguay).

Por su parte, la reducción de la TGF da origen a una tasa bruta de natalidad con tendencia descendente en el periodo 1950-2000 pasando de 44,2 a 25 nacimientos cada 1.000 habitantes, respectivamente. A pesar de la disminución registrada, aún persisten diferencias en la fecundidad según lugar de residencia, nivel educativo de la mujer, idioma habitualmente hablado en el hogar⁵ y nivel socioeconómico.

En 2016, la TGF se ubicó en 2,5 hijos en promedio, sin embargo, presentan mayores niveles de fecundidad las mujeres rurales (3,2 hijos en promedio), las no escolarizadas o que han alcanzado 5 años de estudios o menos (3,8 hijos en promedio), las guaraní hablantes (2,9 hijos en promedio) y las de nivel socioeconómico muy bajo (4,1 hijos en promedio por mujer) (MSPBS, DGEEC y UNICEF, 2017). Dichas tasas no siempre son deseadas en su totalidad (CEPEP, 2009).

El tiempo transcurrido entre los nacimientos es otro factor relacionado con los niveles de fecundidad y con las características sociodemográficas. Un mayor intervalo entre los nacimientos puede significar una disminución en el promedio de hijos durante todo el periodo reproductivo de las mujeres. Respecto a ello, el CEPEP (2009) muestra que existe menor espaciamiento entre nacimientos en mujeres del área rural y de nivel socioeconómico bajo. En dichos estratos, el 50,9% y 53,5% de los nacimientos ocurridos en el periodo de cinco años previos a la entrevista respectivamente no tuvieron un espaciamiento adecuado, es decir, que se produjeron en un tiempo menor a 36 meses luego del nacimiento anterior.

Las tasas específicas de fecundidad (TEF) según grupos etarios de las madres muestran que en 2016 las mujeres entre 25 y 29 años presentan la mayor fecundidad (127 nacimientos por cada 1.000 mujeres), seguido por el grupo de entre 20 y 24 años (120 nacimientos por cada 1.000 mujeres) (Figura 6).

⁵ Cabe precisar que la lengua guaraní está asociada estadísticamente a los peores niveles de ingreso, educación, acceso a servicios de salud, entre otros (PNUD, 2008). Eso se debería al hecho de que el uso del guaraní como medio de comunicación persiste con mayor intensidad en los sectores más pobres de la población.

La altura de la curva de fecundidad por edades en 2016 respecto de los demás años refleja el descenso generalizado de los niveles de reproducción y el desplazamiento hacia edades más avanzadas. La cúspide⁶ pasó de una forma dilatada en dos puntos en 1998 (fecundidad máxima entre los 20 y los 24 años seguida estrechamente de la presentada entre los 25 y los 29 años) a otra igualmente dilatada en 2016, pero notoriamente más tardía, pues la mayor tasa se registra entre los 25 y los 29 años, luego entre los 20 y 24 años (Figura 6).

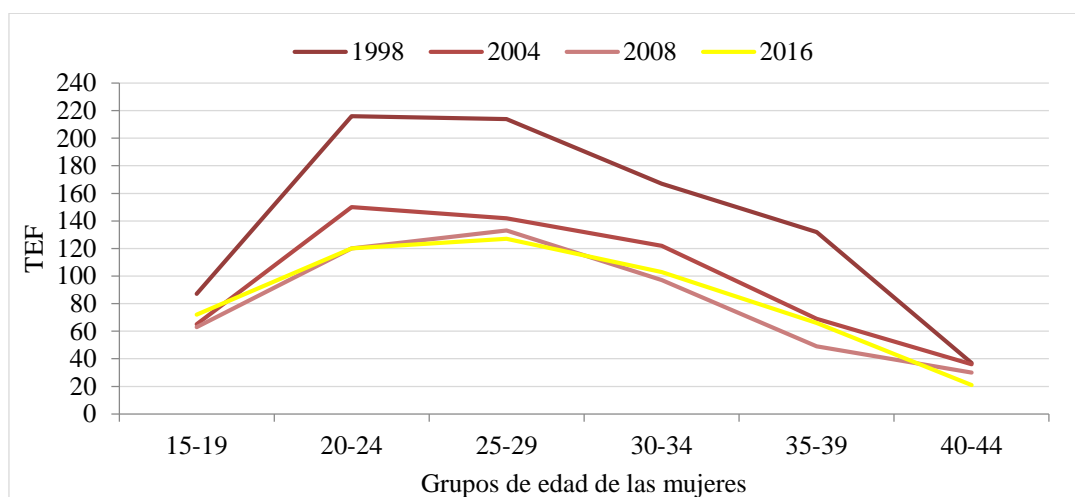


Figura 6. Evolución de las tasas específicas por grupos de edades, Paraguay, 1998, 2004, 2008 y 2016
Fuente: Elaboración propia a partir de CEPEP (2009), Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, ENDSSR 2008 y MSPBS, DGEEC y UNICEF (2017), Encuesta MICS Paraguay 2016.

Con el transcurso de los años, la fecundidad venía disminuyendo en todos los grupos, pero en proporciones distintas, en especial la fecundidad adolescente (15 a 19 años) (Figura 6). En la década de 1998-2008 la disminución de la TEF en los grupos de edad entre 20 y 34 años ha sido en torno al 40%, en el grupo de 35 a 39 años de 62,9%, mientras que en el segmento adolescente (15 a 29 años) disminuyó apenas un 27,6%.

Pero en 2016 se evidencia un aumento de la tasa de fecundidad adolescente respecto de 2008, de 63 a 72 nacimientos por cada 1.000 mujeres. La fecundidad en este grupo de edad tiene un efecto limitado en la reducción de la TGF ya que su contribución a la fecundidad total es en general relativamente pequeña (14,1% en 2016) (MSPBS, DGEEC y UNICEF, 2017).

La fecundidad adolescente tiene, sin embargo, un efecto importante desde el punto de vista de la salud y aspectos sociales, puesto que las madres muy jóvenes son generalmente las de alto riesgo obstétrico y las que más dificultades tienen de constituir hogares en condiciones de vida aceptables, en particular, en algunas capas sociales (Miró, 2015).

⁶ Según Camisa (1975), el tipo de cúspide de la curva de fecundidad por edades está determinado por aquel grupo etario que exhibe la mayor tasa. Se clasifica en tres categorías: i) “temprana”, cuando la máxima fecundidad ocurre entre los 20 y 24 años; ii) “tardía”, cuando se observa entre los 25 y 29 años, y iii) “dilatada”, cuando se presenta entre los grupos de 20 a 24 años y de 25 a 29 años, con valores muy similares entre ambos y notoriamente disímiles de los tramos adyacentes.

Respecto a esto último, hay que destacar que la TEF adolescente presenta gran desigualdad por estratos socioeconómicos. En el quintil más pobre asciende a 136 nacimientos por cada 1.000 mujeres, lo que se condice con una alta TGF de las mujeres en este estrato (4,1 hijos en promedio por mujer), mostrando una transferencia de pautas reproductivas. Dicha relación positiva se observa en el siguiente quintil de ingresos y varía drásticamente en volumen en el quintil de mayores ingresos, con una TEF adolescente de 18 nacimientos por cada 1.000 mujeres y una TGF de 1,6 hijos en promedio por mujer (MSPBS, DGEEC y UNICEF, 2017). Esto indica que existe una brecha en fecundidad adolescente por estrato económico de 7,5 veces.

Lo anterior da lugar a que la población que se encuentra por debajo de la línea de pobreza sea más joven y cuente con un alto potencial de crecimiento demográfico, mientras que la población con altos ingresos es más vieja y no se reproduce a la misma velocidad que aquella.

1.1.4. Migración.

La migración constituye un elemento clave en la dinámica demográfica al transformar la estructura por sexo y edad de la población de origen y de destino, modificar el crecimiento de la población y la distribución en el territorio, en particular de ciertas subpoblaciones como la económicamente activa (CELADE, 1997b).

En términos del impacto en sectores sociales, aumenta la presión demográfica sobre los servicios en las áreas de destino y disminuye en las áreas de origen (CELADE, 1997b). En el Paraguay, la emigración se constituyó también en un componente fundamental de la dinámica demográfica, siendo históricamente más relevante que la inmigración, tendencia que se ha mantenido a lo largo del periodo estudiado (1950-2100), asumiendo un peso cada vez más significativo a medida que se avanza hacia el siglo XX.

Se identifican dos importantes etapas: desde 1950 hasta mediados de los años 90, los saldos migratorios netos internacionales han descendido registrando valores negativos que fluctuaron entre 16.000 y 3.000 personas, pudiendo deberse a la afluencia de inmigrantes brasileños (STP, 1980). Entre 1990 y 2010 la emigración vuelve a cobrar relevancia siendo el balance negativo entre 6.000 y 23.460 personas respectivamente (Figura 7), lo que puede estar asociado a crisis económicas del país en dicho periodo y a factores de atracción en países de acogida tradicionales o nuevos, como el caso de España.

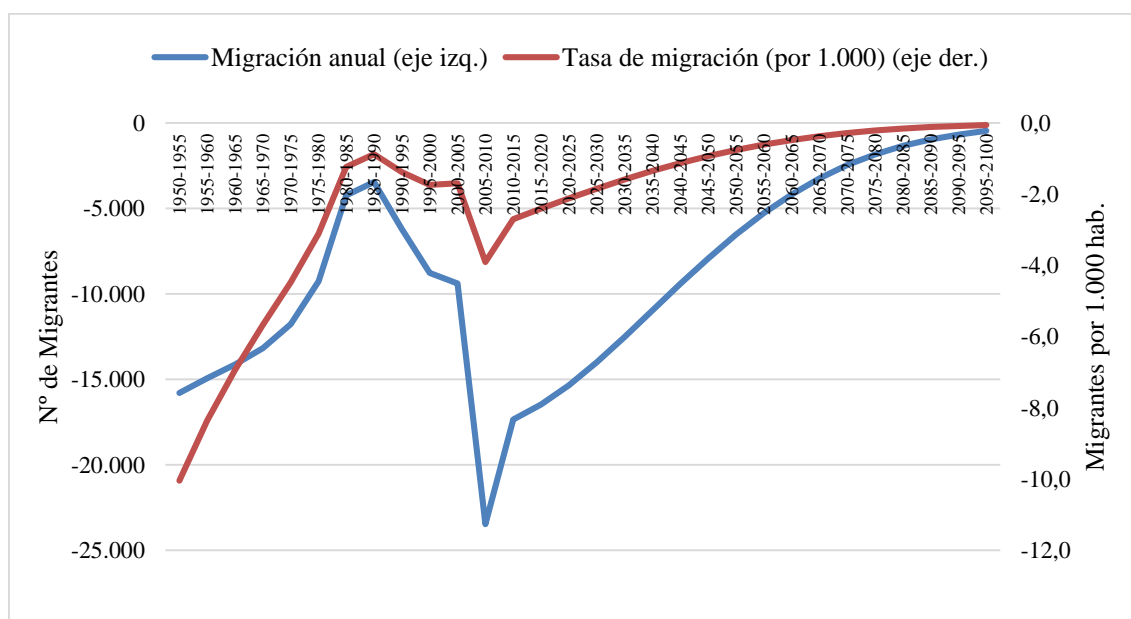


Figura 7. Evolución de la migración, Paraguay, 1950-2100

Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2017) Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100 (Paraguay).

1.1.5. Transición demográfica.

En el Paraguay, la transición demográfica se inició en torno a 1960 con el descenso de la mortalidad, seguido de la caída de la tasa de fecundidad, lo que impulsó el crecimiento natural de la población. Van de Kaa (1997), citado en Medina y Fonseca (2003, p. 33), sostuvo que “el desarrollo de las teorías socioculturales sobre el descenso de la fecundidad obedece a la necesidad de explicar procesos de transición singulares, que no siguen los patrones de modernización de los países del Occidente”.

Consecuente con esta interpretación, puede afirmarse que la transición en el Paraguay, a diferencia de los países de Europa, no estuvo acompañada del desarrollo económico producto del proceso de industrialización, ni se dio a raíz de los cambios en los valores sociales como la incorporación de la mujer al mundo laboral⁷, el retraso en la edad del primer matrimonio, los gastos del mantenimiento de los hijos, ni ocurrió en un entorno de expansión del proceso de urbanización; por el contrario, sobrevino en condiciones de asincronismo con el desarrollo económico y coincidente con crecientes niveles de pobreza.

En ese sentido, la transición se explica por los adelantos médicos que se desarrollaron con mayor fuerza desde la década del 60 permitiendo el descenso de la mortalidad, además de la progresiva información, disponibilidad y uso de métodos anticonceptivos, como principal determinante del descenso del número de hijos (CEPEP, 2009). Como

⁷ Sin duda, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo constituye uno de los hitos más importantes del siglo XX, no solamente por las consecuencias que ha propiciado en la disposición misma de dicho mercado, sino también en la configuración y entramado de las relaciones sociales y, de una manera muy especial, en aquellas que en torno al núcleo familiar se originan (Ramos, 1998), sin embargo, como se verá más adelante, en el caso del Paraguay esta incorporación se da de manera mayoritaria recién en torno al año 2000.

resultado del comportamiento de las variables demográficas mencionadas, entre 1975 y 1995 el país experimenta el primer cambio de estadio de la transición demográfica, pasando de la fase incipiente a la moderada, con un crecimiento natural superior a 2,5% anual.

Chackiel (2004) analiza la transición en los países de América Latina y refiere que en la última década el Paraguay pasó de transición moderada a plena (Figura 8). Además, este autor ratifica el hecho de que la aceleración de la transición en países de América Latina se ha dado independientemente de los procesos de desarrollo que caracterizaron a los países del primer mundo desde la Revolución Industrial, e incluso en poblaciones en que la pobreza se mantiene o aumenta (Chackiel, 2004).

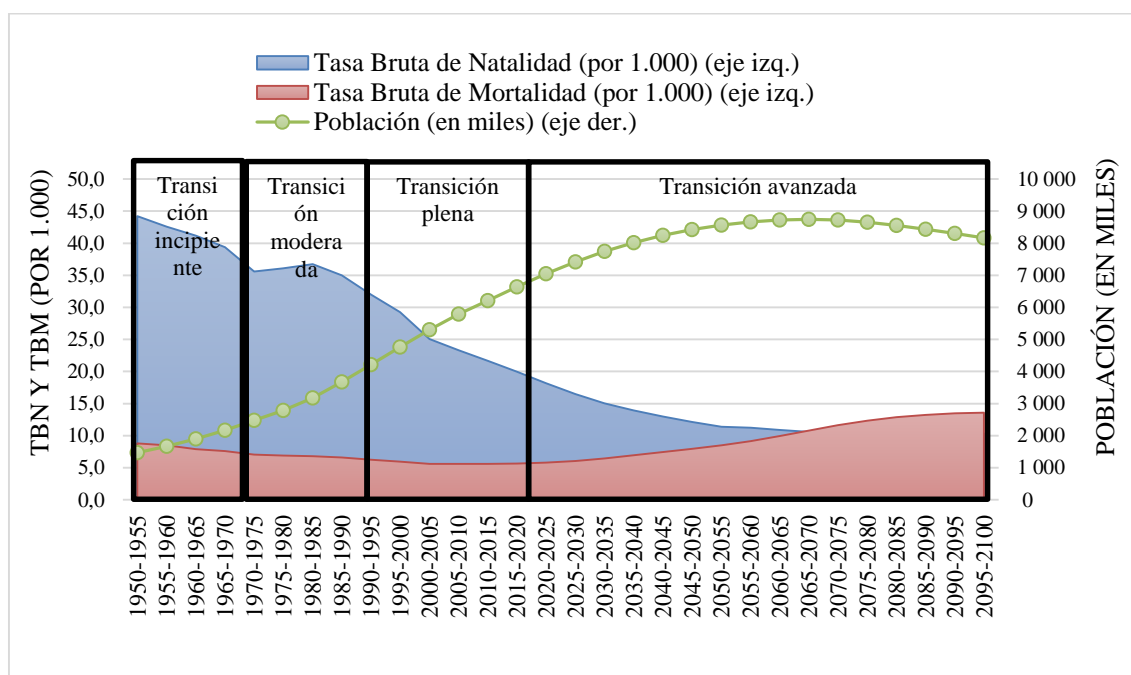


Figura 8. Tasa bruta de natalidad y de mortalidad (por mil), volumen de la población (en miles) y estadio de la transición demográfica, Paraguay, 1950-2100

Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2017) Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100 (Paraguay).

De acuerdo a CEPAL (2008), los países pueden ser clasificados en cuatro etapas distintas de transición demográfica conforme a la tasa de fecundidad y la esperanza de vida al nacer que son: muy avanzada, avanzada, plena y moderada. Dentro de esta clasificación, el Paraguay se ubica entre los países de transición plena, destacado por reducciones significativas en la tasa de fecundidad en los años recientes.

El hecho de que el Paraguay no tenga aún una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y que la fecundidad entre las mujeres jóvenes aumente en vez de disminuir hace que no se pueda hablar de su ingreso a la segunda transición demográfica. No obstante, las tendencias a futuro muestran que se puede ir consolidando el perfil para su ingreso a esta nueva etapa demográfica. En este sentido es importante considerar, a modo de anticipación y previsión, los cambios que dicha transformación producirá.

1.1.6. Tamaño y crecimiento de la población.

El volumen total de la población fue variando su ritmo de crecimiento principalmente en tres periodos de tiempo en función al comportamiento de las variables que lo determinan:

Entre 1950 y 1970, la población crecía a un tasa promedio de 2,6% anual producto de una alta fecundidad (6 hijos en promedio por mujer), una mortalidad en descenso leve y un importante saldo migratorio neto negativo (CELADE, 2017). La población duplicó su volumen en 27 años al pasar de 1.473.245 personas en 1950 a 3.180.609 en 1980, esto es un incremento de 1,7 millones de habitantes (Figura 9).

Entre 1980 y 2000, con el descenso de la fecundidad⁸ (3,2 hijos en promedio en 2000), la principal causa del aumento poblacional fue la considerable disminución de la mortalidad, en especial la infantil y un saldo migratorio neto negativo a raíz de la migración internacional, lo que arrojaba una tasa promedio de crecimiento anual de 2,6% anual. La población vuelve a duplicarse en otros 27 años, llegando a 6.209.849 personas en 2010 (Figura 9).

A partir del 2000, la población no volverá a duplicarse ya que el ritmo del crecimiento total de la población presenta un notable descenso desde el 2010 (1,6%) al mismo tiempo que se vuelve cada vez más lento.

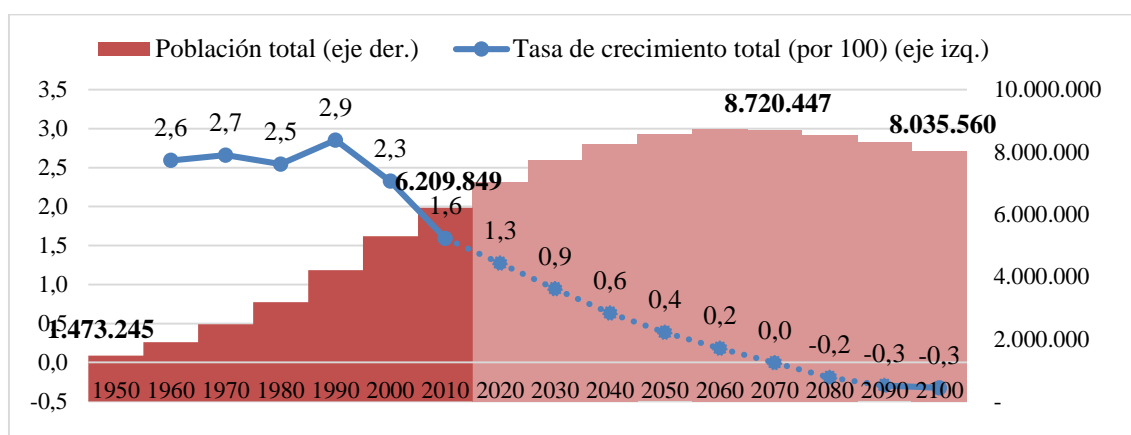


Figura 9. Volumen de la población y tasa de crecimiento media anual (%), Paraguay, 1950-2010
 Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2017) Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100 (Paraguay).

La desaceleración en el crecimiento de la población es indicativa de una sucesión de cambios en las tasas de mortalidad y, en especial, en las de fecundidad, que han incidido en el volumen y la composición por edades de la población. Sin embargo hay que advertir que si bien el crecimiento demográfico continuará descendiendo, ello no implica que en el corto plazo la población deje de crecer en valores absolutos.

⁸ Si bien el descenso de la fecundidad en Asunción y en el resto urbano se había iniciado en la década del 60, el descenso generalizado, es decir, incluyendo el área rural, se dio a partir de 1970 con la introducción de prácticas anticonceptivas modernas (STP, 1980).

Esto es así debido a la inercia o potencial de crecimiento implícito en la propia estructura por edades⁹ que permitirá que la población total continúe creciendo hasta 2065 cuando alcance el máximo de 8,7 millones de habitantes (Figura 9). En otras palabras, a pesar de la baja en la fecundidad, la población total aumentará en 2065 un 31,7% respecto de 2015, para luego comenzar a disminuir su volumen (CELADE, 2017).

1.1.7. Distribución territorial de la población.

La población paraguaya se encuentra desigualmente distribuida, tanto entre regiones como en áreas de residencia. En el primer caso, no se han producido cambios relevantes en las últimas seis décadas; pero en lo concerniente a las áreas urbana y rural y a las subregiones interiores, los cambios han sido de gran significación¹⁰.

Sobre una superficie territorial cuya extensión es de 406.752 km², el 97,1% de la población reside en el 39% del territorio conformado por la región Oriental, con 14 departamentos -división geo política y administrativa del país- y la capital (Asunción), presentando una densidad poblacional de 42 hab./km²; en tanto que el 3% restante se distribuye en el 61% de la superficie denominada región Occidental o Chaco con tres departamentos, una densidad poblacional de 0,8 hab./km² (DGEEC, 2017a) y una importante presencia de población indígena (aproximadamente el 27%, frente al 1% en la región Oriental)¹¹.

La distribución de la población según departamentos se caracteriza por su alta concentración en Central, departamento más poblado del país que, sumado a la población de Asunción de la que es aledaña, tiene en 2017 al 37,8% de la población total del país en el 0,6% del territorio nacional (DGEEC, 2017a). Juntas constituyen el

⁹ La inercia demográfica hace referencia a los efectos que tienen en el tiempo ciertos fenómenos ocurridos en el pasado. Esto es, las derivaciones del transcurso natural de las cohortes a través de las edades. Las personas nacidas durante un mismo año (cohorte) harán sentir sus requerimientos y desplegarán sus habilidades a medida que avanzan y superan las distintas etapas de la vida. De este modo, los nacimientos de un año dado afectarán al sector de la salud materno infantil ese mismo año, pero para el mercado de trabajo serán relevantes 15 años después y para el sistema de pensiones tras 60 años. La inercia que deriva del impacto de una baja de la fecundidad, a menos que sea muy marcada y acelerada, no producirá una disminución de los nacimientos por cuanto estos dependen también de la cantidad de mujeres en edad reproductiva, la que está determinada por la fecundidad del pasado y no la actual.

¹⁰ Entre mediados y finales del siglo XX, la población paraguaya experimentó un evidente proceso de redistribución territorial, desconcentrándose del área central circundante con la capital y expandiéndose hacia subregiones del interior, especialmente el Este, como consecuencia de programas de apertura de la frontera agrícola o proceso de colonización y la construcción de las represas hidroeléctricas de Itaipú y Yacyretá y respectivas obras de vialidad (STP, 1980). Estos cambios contribuyeron a la creación de nuevos centros poblados y al crecimiento del área urbana del país. Los programas de colonización agraria buscaron descomprimir la presión campesina en departamentos cercanos a Asunción y repoblar las regiones del norte y este del país (Rivarola, 2018). Sin embargo, dado que la política constituyó un fracaso para la agricultura familiar provocó una nueva emigración interna que se dirigió mayoritariamente a los alrededores de la capital, produciéndose así la primera gran corriente de migración rural urbana cuyos resultados fueron una mayor concentración de población nuevamente en el área central y otras subregiones donde fueron surgiendo nuevos núcleos urbanos (Riquelme y Vera, 2015).

¹¹ Esta distribución obedece a las condiciones climáticas y ecológicas del territorio chaqueño frente a la región oriental con las mejores tierras de cultivo, un clima más benévolo y un proceso histórico de poblamiento y consolidación de los principales centros urbanos del país, con su capital (Souchaud, 2018).

Área Metropolitana de Asunción (AMA), punto de convergencia más importante de las corrientes migratorias internas (STP, 1980).

Otros tres departamentos reúnen aproximadamente un décimo del volumen poblacional cada uno, con más de 500.000 habitantes respectivamente (11,6% reside en Alto Paraná, 8,6% en Itapúa y 7,9% en Caaguazú), con lo cual, si se agrega a estos la población de Asunción y Central, concentran más de la mitad (65,9%) del tamaño poblacional en cuatro polos del territorio, quedando el resto de los departamentos con menos del 5% del volumen poblacional cada uno¹² (DGEEC, 2017a).

Cabe señalar que la población de Asunción, capital del país con 117 km² de superficie, comenzó a disminuir su volumen desde 2008 siendo superada por los departamentos de Itapúa y Caaguazú (DGEEC, 2017a), aunque estos con superficie territorial mayor. Este proceso ocurrió a partir de la expansión del AMA y el crecimiento poblacional de los distritos contiguos a la capital, lo cual a su vez tuvo importantes consecuencias: sectores marginales o “cinturones de pobreza” en torno a la gran urbe, manipulación del espacio urbano a través de la especulación inmobiliaria y dificultades para el normal desplazamiento y movilidad de la población, derivando en una mayor presión sobre medios de transporte (STP, 1980).

Por su parte, debido al estancamiento industrial, el proceso de urbanización es relativamente nuevo (25 años) e irreversible. Entre 1950 y 2017 el volumen de la población urbana se ha multiplicado por nueve, mientras la población rural solamente se ha duplicado, y viene decreciendo desde 2005 (CELADE, 2017). En términos relativos, la proporción de población urbana ha pasado de 34,6% en 1950 a superar los dos tercios en 2017 (67,5%) (CELADE, 2017).

Es decir, de ser un país predominantemente rural y agrario hasta 1992 pasó a experimentar el proceso de urbanización¹³. El crecimiento de la población en los próximos años será eminentemente urbano, agregando 3 millones de personas en los próximos 60 años (año 2075), momento en que la población urbana también dejará de crecer (CELADE, 2017).

La capital del país y cuatro departamentos de la región Oriental (Central, Alto Paraná, Amambay y Ñeembucú) presentan porcentajes de población en el área urbana mayores al promedio nacional (Figura 10). Estos departamentos se encuentran en la frontera con Brasil o Argentina, por lo que su población urbana puede estar conformada en parte por una inmigración selectiva por sexo y grupos de edad. Por ende, en once departamentos del país más de la mitad de la población se asienta en zonas rurales (Figura 10).

¹² Esta distribución se debe a la situación fronteriza de algunos departamentos y a su posición estratégica en áreas de desarrollo de obras de infraestructura, lo que ha afectado en sentido contrario a otras regiones del país dada la falta de un sistema de infraestructura e inexistencia de programas que permitan una más fluida circulación de bienes y personas, proporcionando condiciones más apropiadas de asentamiento a la población (STP, 1980).

¹³ El proceso de urbanización comenzó a tomar impulso entre 1972 y 1982, la población urbana pasó de 37,4% a 42,8% respectivamente, hasta llegar a superar el 50% desde 1992 (DGEEC, 2016a).

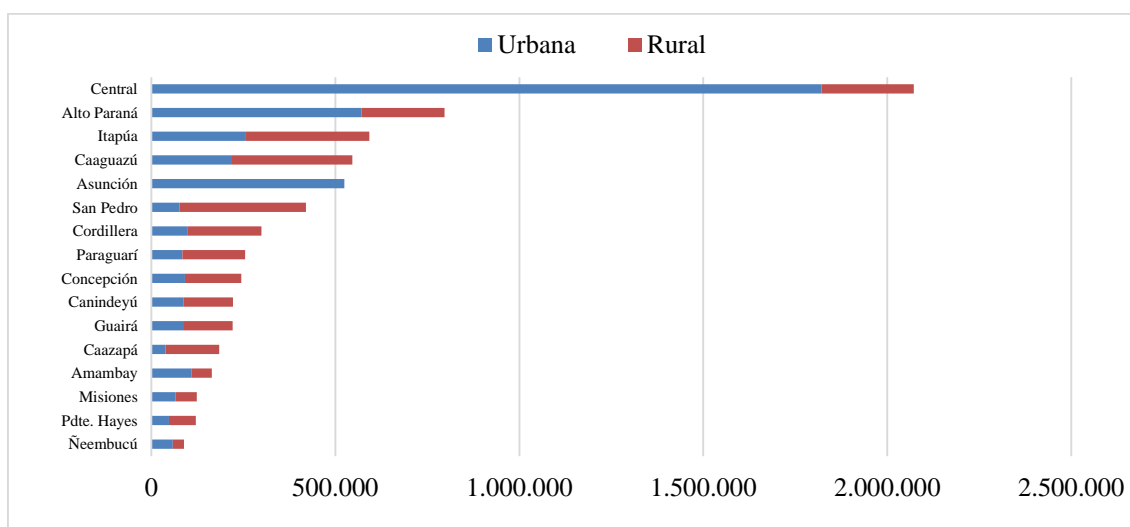


Figura 10. Distribución de la población por departamento^a según área de residencia, Paraguay, 2017
 Fuente: Elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2017.
 Nota: ^a No incluye los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay.

Estos desequilibrios en la distribución de la población en el territorio dan como resultado un fenómeno dual de alta concentración en pocos centros urbanos y dispersión en otros numerosos núcleos de baja significación urbana o despoblamiento de áreas rurales remotas.

Esta situación implica en las áreas de concentración, además de una fuerte presión sobre la demanda de trabajo, una creciente necesidad de viviendas y servicios básicos (agua, electricidad, saneamiento ambiental, infraestructuras, educación, salud). Mientras que en las áreas de dispersión, se mantiene una serie de pequeños centros sin mayor significación poblacional que se caracterizan por bajos niveles de conectividad, escasa dotación de infraestructura y servicios sociales: escuelas, centros de salud, espacios públicos.

La desigual distribución territorial de la población tiene su correlato en el menor desarrollo económico, en las desigualdades sociales y en el mayor impacto de la pobreza en áreas marginales del territorio.

1.1.8. Cambios en la estructura por edades de la población.

Además del tamaño poblacional, los cambios de las variables demográficas ocurridos durante la transición en los últimos 70 años modificaron la estructura por edades de la población. La dinámica demográfica, referida más arriba, hace que la población del Paraguay vaya cambiando y pase de una población muy joven, con la mitad de la población en torno a 16,5 años de edad en 1950, a una de personas jóvenes con edades en torno a los 25,5 años en 2017 y con tendencia a ir desplazándose paulatinamente hacia edades mayores, escenario en el cual la edad mediana de la población llegará a 46 años en 2100 (CELADE, 2017). Este proceso gradual se conoce como envejecimiento poblacional (CELADE, 2005)

La modificación de la estructura por edades tiene implicancias en la asignación y composición de recursos otorgados a la población (vacunación, escuelas, puestos de trabajos, pensiones y jubilaciones, entre otras), por lo que puede dividirse en segmentos de edades asociado a ciertos roles; la niñez y parte de la población en edad escolar (0 a 14 años), la población en edad reproductiva y productiva (15 a 59 años) y la población que ya ha cumplido su ciclo laboral y se encuentra en edad de retiro, o en edad jubilatoria (60 años y más). El perfil de estos grupos ha cambiado con el tiempo, y se avecinan nuevos escenarios poblacionales:

- En 1950 el país tenía una estructura poblacional joven con similares valores relativos de personas menores de 15 años y de personas en edades productivas (15 a 59 años) (47% y 48,5% respectivamente), en tanto la proporción de mayores de 60 años sobre el total de la población representaba el 4,5%.
- Entre 1960 y 2010 la brecha entre los dos grupos opuestos se amplía y la proporción de personas de 60 años y más adquiere mayor significancia, observándose cambios principalmente en la disminución del grupo de 0 a 14 años y aumentos en el grupo de 15 a 59 años (32,7% y 59,4% respectivamente en 2010). Desde el 2000 la población abandona la categoría de población con estructura joven puesto que el grupo menor a 15 años es inferior al 40% de la población total (CELADE, 2017).
- En 2017, la población del Paraguay se caracteriza por presentar una estructura con incipiente envejecimiento poblacional (29,4% de la población tiene menos de 15 años y 9,5% tiene 60 años y más) (DGEEC, 2017a).

De allí en más, las proyecciones de población pronostican tres grandes cambios:

- El grupo de 0 a 14 años continuará descendiendo pero, a pesar de ello, representa todavía dos millones de personas que se integrarán en las siguientes décadas a la población en edad productiva (Figura 11), por lo que requerirán altos niveles de cobertura de salud en los primeros años de su vida y servicios de educación que se inician hacia los 3 años de vida y cuya demanda crece a medida que avanzan hacia las edades mayores.
- La población en edades productivas (15 a 59 años) llegará a su tamaño máximo en el año 2045 con una proporción equivalente al 63,3% del total de la población (más de 5 millones de personas). Al dividir a este grupo en tres tramos (15 a 29 años, 30 a 44 años y 45 a 59 años) se evidencia que en 2030 el volumen del grupo de 15 a 29 años sobrepasará al de menores a 15 años y contará con 1.929.000 personas. De igual modo luego de tres décadas, en 2050, el grupo de 30 a 44 años será el más voluminoso aunque con un tamaño un tanto inferior al anterior (1.835.000 personas). En 2065 ocurrirá lo mismo con el grupo de 45 a 59 años, cuyo volumen será de 1.736.000 personas (Figura 11).
- En 2050, el volumen relativo de personas menores a 15 años será similar al de personas adultas mayores (18,5% y 19,5% respectivamente) a raíz del importante incremento de estas últimas. En el siguiente quinquenio, 2055, el grupo de personas mayores sobrepasará el volumen de los grupos anteriores (Figura 11). Todos los grupos

de edades mencionados, salvo el de personas mayores, disminuirán su tamaño y convergerán a volúmenes en torno a 1.300.000 personas en 2100, mientras que el rápido crecimiento de la población adulta mayor hará que el volumen de este grupo sea el doble que los demás grupos (Figura 11) y en 2100 un tercio de la población será adulta mayor (33,9%) (CELADE, 2017).

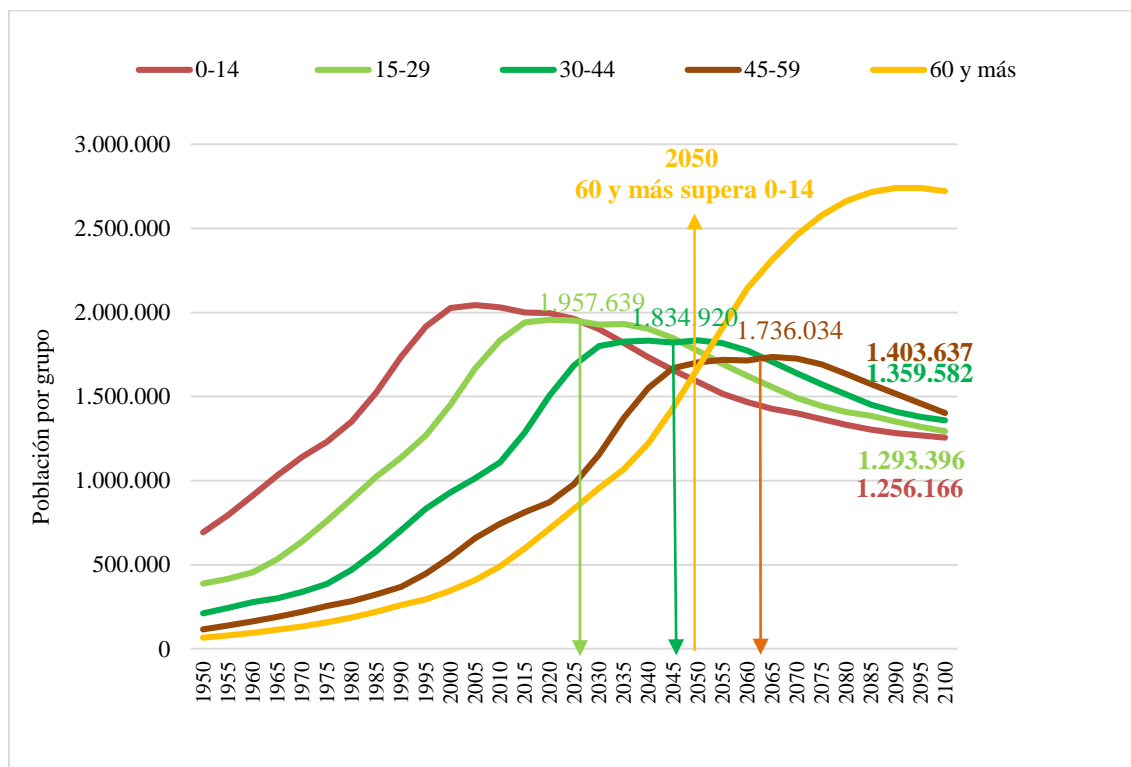


Figura 11. Evolución de la población por grupos de edades, Paraguay, 1950-2100

Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2017) Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100 (Paraguay).

El índice de envejecimiento demográfico da cuenta del peso que ha ido adquiriendo la población de más edad en los últimos años, mostrando un incremento sostenido. El porcentaje de personas de menos de 15 años se reduce casi a la mitad entre 1950 y 2020 al igual que entre 2020 y 2100, en tanto en el primer periodo el porcentaje de personas mayores de 60 años y más de edad se duplica y en el segundo periodo se triplica. De allí que la relación ambos grupo pasa de 9,6 a 35,7 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años; en 2050 aumentará a 105,3 y llegará a 2100 con una relación de 216,8 personas mayores por cada 100 menores (CELADE, 2017).

Estos cambios en la estructura poblacional se reflejan en las formas que adoptan las pirámides de población por grupos de edad y sexo correspondientes a los años 1950, 2020 y 2100.

La estructura poblacional de 1950 es producto de altas tasas de mortalidad y fecundidad, además deja ver los efectos de la Guerra del Chaco en el grupo de 15 a 19 años de edad nacido durante la Guerra del Chaco (1932-1935) y es el que, en consecuencia, presenta una pronunciada disminución respecto al grupo inmediatamente anterior. En ella además se pueden observar los impactos de los saldos netos negativos

de la emigración internacional en el país, presentándose una estructura por edades de base ancha, por el gran número de nacimientos, y unos segmentos intermedios irregulares correspondientes a las edades jóvenes (20-24 hasta 34-39), que son las que con mayor intensidad emigraron sobre todo a partir de la década del 40 del siglo pasado, como resultado de una guerra civil de 1947 y de efectos duraderos en la década siguiente (STP, 1980; Oddone y Guidini, 2013).

En cambio, en 2020 el descenso de las tasas de fecundidad se representa en un estrechamiento de la base, debido a la contracción de los grupos más jóvenes, así como un notorio engrosamiento de la parte central como consecuencia del incremento de los grupos en edades activas resultado, a su vez, de la alta fecundidad del pasado.

El ensanchamiento de la cúspide en 2100 es producto de la menor mortalidad cuyo correlato se revela en una mayor esperanza de vida, dando como resultado una pirámide poblacional que adopta una forma prácticamente rectangular en el último año de la proyección, cambiando notoriamente la forma de la pirámide poblacional del Paraguay (Figura 12).

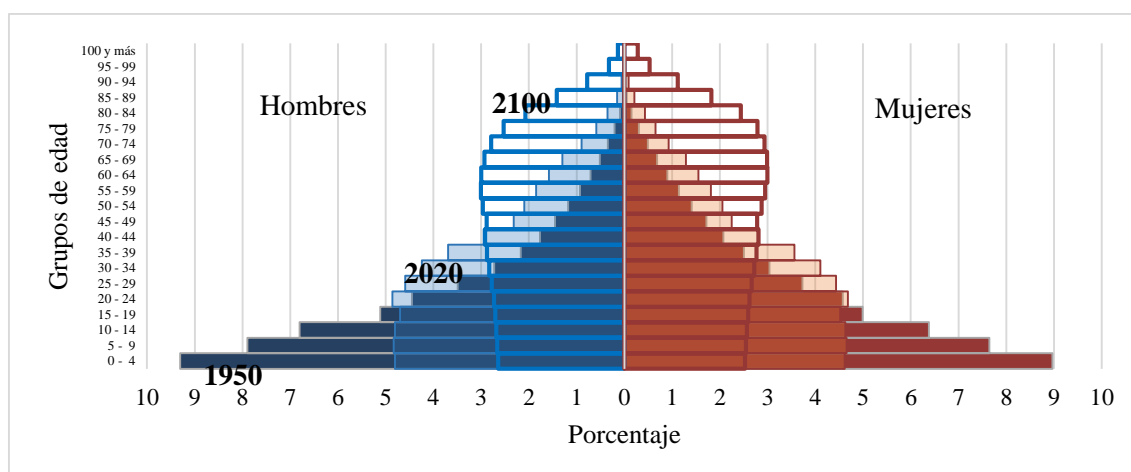


Figura 12. Pirámides de población (%), Paraguay, 1950, 2020, 2100
 Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2017) Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100 (Paraguay).

A partir de los cambios mencionados puede notarse en la Tabla 1 que el volumen de población comprendida entre 15 y 59 años en 1950 (714 mil personas) se duplicó en 30 años (1.642.528 personas en 1980), volvió a duplicarse luego de otros 25 años (3.341.135 en 2005) y ya no volverá a duplicarse. Entre 1970 y 2000 este grupo creció a un ritmo de 3% anual (incremento superior al de la población total del país) y alcanzará a 5.338.809 personas en 2045, por lo que se deberán prever los mecanismos que aseguren que esta creciente oferta de mano de obra (incremento de más de 1,2 millones de personas entre 2017 y 2045) sea absorbida por el sistema económico a través de la generación de nuevos puestos de trabajo (CELADE, 2017). Por otra parte, el descenso de la fecundidad también generará en el corto plazo impactos sobre el mercado de trabajo, incrementando la disponibilidad de mano de obra femenina y su eventual incorporación al proceso productivo.

El escenario de las personas mayores es distinto, su duplicación se da en periodos más cortos y se prolonga en el tiempo: entre 1950 y 2030 este grupo dobla su volumen aproximadamente cada 20 años y lo vuelve a hacer por última vez luego de 25 años (2055), dejando de crecer en torno a 2090. Es en este último periodo que la población adulta mayor pasa de representar 1 de cada 10 personas en la población en 2030 a 2 de cada 10 en 2055 y 3 de cada 10 en 2090 (CELADE, 2017). Para este grupo las principales necesidades se presentan en el ámbito de los servicios de salud, cuidados y seguridad social, pero también se debe considerar que un porcentaje deseará o tendrá necesidad de mantenerse en actividad y que el sistema económico deberá prever la satisfacción de la diversa gama de demandas que ejercerán estas personas de edad madura.

Tabla 1. Población y distribución porcentual por grandes grupos de edad y tasas medias anuales de crecimiento, Paraguay, 1950-2100

Año	0-14		15-59		60 y más		Total	Tasa de crecimiento media anual			
	Población	%	Población	%	Población	%		0-14	15-59	60 y más	Total
1950	692.503	47,0	714.263	48,5	66.479	4,5	1.473.245	-	-	-	-
1960	911.588	47,9	895.719	47,1	95.565	5,0	1.902.872	2,8	2,3	3,7	2,6
1970	1.141.174	46,1	1.199.081	48,5	133.847	5,4	2.474.102	2,3	3,0	3,4	2,7
1980	1.351.656	42,5	1.642.528	51,6	186.425	5,9	3.180.609	1,7	3,2	3,4	2,5
1990	1.738.252	41,3	2.215.117	52,6	260.339	6,2	4.213.708	2,5	3,0	3,4	2,9
2000	2.026.988	38,2	2.928.741	55,2	346.935	6,5	5.302.664	1,5	2,8	2,9	2,3
2010	2.030.763	32,7	3.688.950	59,4	490.136	7,9	6.209.849	0,0	2,3	3,5	1,6
2020	1.997.010	28,3	4.335.956	61,5	713.179	10,1	7.046.145	-0,2	1,6	3,8	1,3
2030	1.900.577	24,6	4.885.615	63,1	955.011	12,3	7.741.203	-0,5	1,2	3,0	0,9
2040	1.734.726	21,0	5.289.238	64,1	1.221.287	14,8	8.245.251	-0,9	0,8	2,5	0,6
2050	1.586.772	18,5	5.310.214	62,0	1.670.512	19,5	8.567.498	-0,9	0,0	3,2	0,4
2060	1.466.751	16,8	5.112.088	58,6	2.144.170	24,6	8.723.009	-0,8	-0,4	2,5	0,2
2070	1.401.300	16,1	4.857.728	55,7	2.461.419	28,2	8.720.447	-0,5	-0,5	1,4	0,0
2080	1.332.293	15,6	4.557.598	53,3	2.663.879	31,1	8.553.770	-0,5	-0,6	0,8	-0,2
2090	1.283.575	15,5	4.278.617	51,5	2.740.425	33,0	8.302.617	-0,4	-0,6	0,3	-0,3
2100	1.256.166	15,6	4.056.615	50,5	2.722.779	33,9	8.035.560	-0,2	-0,5	-0,1	-0,3

Fuente: Procesamiento propio a partir de CELADE (2017) Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100 (Paraguay)

El análisis de tres generaciones muestra cambios significativos en los diferentes grupos. Entre 2015 y 2030 el grupo de personas de 0 a 14 años, que implica un alto costo de movilización de recursos en salud y educación, se reduce en 100 mil personas, las personas en edad de trabajar (15-59 años) se incrementarán en 845 mil personas, en tanto se tendrán unas 357 mil personas más de mayores de 60 años, por lo que la relación del crecimiento por grupos es de casi 3 personas en edades productivas respecto a 1 en edades de retiro, pero esta relación ira descendiendo (Figura 13).

Entre 2030 y 2045 el descenso del volumen de la niñez es más significativo (se reducen 243 mil personas) lo que puede generar un mayor alivio fiscal, y el grupo en edades productivas desacelera su crecimiento (453 mil personas) respecto del volumen del periodo anterior, debido a la disminución de 87 mil personas jóvenes en edad de trabajar (15 a 24 años), en tanto que se agregan unas 477 mil personas mayores.

Entre 2045 y 2060, el balance del grupo de personas en edad de trabajar comienza a ser negativo, reduciéndose el volumen en 227 mil personas y el grupo de personas mayores pasa a incrementarse en 712 mil personas (Figura 13).

De allí en adelante el único grupo en aumentar su volumen es el de las personas mayores (Figura 13), en particular, el grupo de personas de 80 años y más crecerá más rápido desde 2060. Ello supone contar con escaso tiempo para adaptarse a cambios económicos, sociales y familiares.

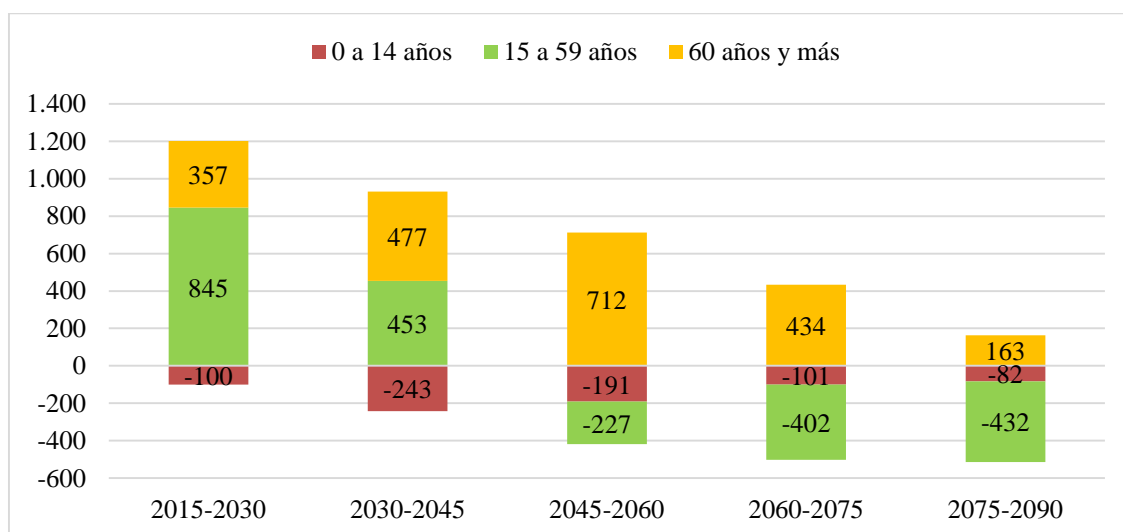


Figura 13. Evolución de la población (en miles) por grandes grupos de edad según periodos quincenales, Paraguay, 2015-2090

Fuente: Elaboración propia a partir de CELADE (2017) Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100 (Paraguay).

1.2. Determinantes sociales

Ello expuesto anteriormente 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 cual 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 lenta¹⁴ y aún persisten algunos desafíos que inciden en el estado de salud de la población.

A nivel nacional la pobreza afecta al 28,9% de la población, incluido un 5,7% en condiciones de extrema pobreza o indigencia. Esta realidad, que afecta a más de 1.900.000 personas en el país es casi dos veces mayor en términos porcentuales en el área rural frente al urbana (39,7% y 21,9% respectivamente), en tanto, la brecha entre áreas es todavía más profunda si se considera la pobreza extrema, la misma es 7,5 veces superior en el área rural respecto al urbana (12,2% y 1,6% respectivamente) (DGEEC, 2016b).

¹⁴ 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.

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, y su relación con el estado de salud, por ejemplo, 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).

Según Wagstaff (2002), la pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres. 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 este sentido, el daño que provoca la miseria repercute en varias generaciones, así por ejemplo, el bajo peso al nacer es un fiel reflejo de ello al indicar, en la mayoría de los casos, procesos acumulativos de privación y pobreza. Gran parte de la población infantil pobre sufre desnutrición, infecciones, diarrea. En medios rurales además padece exposición a agro tóxicos y contaminación (MSPBS, 2010).

Otros aspectos que inciden en el estado de salud de la población y que son elementos indispensables para el desarrollo de una vida sana, son las condiciones de la vivienda y el acceso a servicios públicos. 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 como medio de eliminación de residuos sólidos (Anexo, Tabla 1). En estos indicadores existen grandes diferencias entre el medio urbano y el rural, en detrimento de este último (DGEEC, 2015b).

El acceso a electricidad (99,1%) que permite el uso de artefactos como la heladera, ventilador o aire acondicionado posibilitando un mínimo de calidad de vida dadas las altas temperaturas que se experimentan la mayor parte del año en el país.

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).

Considerando que la escuela es el espacio adecuado para transmitir conocimientos y buenas prácticas sanitarias, se debe tener en cuenta que del total de la población en edad escolar (de 6 a 17 años) el 7,5% no asiste a la escuela y en el caso de la niñez y adolescencia del área rural dicha cifra asciende a 9,2%. Históricamente la dotación de servicios en el país se ha caracterizado por una mayor presencia en el área urbana, en detrimento del área rural.

2. EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL PARAGUAY

El acceso a los bienes y servicios en materia de salud determinan la satisfacción de las necesidades que tienen las personas en esta área, motivo por el cual la garantía del derecho a la salud se torna un elemento determinante para que las personas puedan disfrutar de otros derechos humanos. En este sentido, se destaca que la garantía a gozar de buenas condiciones de salud, debe ser un punto de convergencia de diferentes carteras del Estado en la que debe primar una estrategia de políticas públicas coherentes para contribuir a mejorar las condiciones de salud y la equidad sanitaria en la población.

Habida cuenta de la importancia de disfrutar de buenas condiciones de salud, en Paraguay, el derecho a la misma se establece en la Constitución de 1992, en el cual se decreta que “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad” (art. 68), además de afirmar ninguna persona será privada de asistencia pública, tanto de prevención como de tratamiento, en casos de necesidad como enfermedades, pestes, plagas, catástrofes o accidentes. Además, el artículo 69 de dicho instrumento plantea que se promoverá un sistema de nacional de salud con la finalidad de ejecutar acciones y políticas integradas y coordinadas, complementando los programas y los recursos tanto del sector público como del sector privado.

Al respecto, desde el año 1936 opera el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), y es mediante la promulgación del Decreto Ley N° 2001/36 que quedaron establecidas la organización y las funciones de esta cartera del Estado. No obstante, es hasta el año 1998, por Decreto N° 21376/98, que se establece que el MSPBS tiene el rol rector de los programas y actividades del sector para orientar y normar las acciones públicas y privadas que tienen impacto en la salud individual y colectiva, siendo éste el órgano competente para la prestación, regulación y supervisión de todos los servicios sanitarios establecidos en el territorio nacional.

Por su parte, en el país rige desde el año 1980 el Código Sanitario (Ley N° 836/80) a partir del cual se regulan las funciones del Estado en el cuidado integral de la salud y de los derechos y las obligaciones de las personas en la materia (art. 1). Además, en el marco del mandato constitucional, desde el año 1996, se establece la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), a partir de la Ley N° 1032/96. Dicha Ley apunta a reorganizar el SNS, reglamentándose en 1998 (Decreto N° 19.966/98)¹⁵, y estableciendo como estrategia “la descentralización sanitaria local, la participación ciudadana y la autogestión en salud”, en cumplimiento a lo expresado en el art. 69 de la Constitución de 1992, y bajo el precepto de distribuir de manera equitativa y justa los recursos en el sector de la salud (art. 2 de la Ley N° 1.032/96).

La descentralización en el sistema de salud se verifica a partir de la creación de los Consejos de salud a nivel nacional, regional y local operando los mismos como organismos de coordinación, consenso y participación interinstitucional del sector público y privado de la salud. Además, dichos organismos han permitido cooperar con

¹⁵ La finalidad primordial del SNS es prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo (art. 3 de la Ley N° 1.032/96).

el MSPBS en la “definición de las necesidades concretas de cada unidad territorial, como apoyando a los servicios de salud local con recursos propios o con el Fondo de Equidad, con el que han cubierto las necesidades más urgentes de los servicios locales” (Carrizosa, 2014 p. 8).

El SNS opera mediante la oferta de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes¹⁶. En este sentido, se constata que el sistema de salud en Paraguay está segmentado y fragmentado (Dullak, *et al.*, 2011), por lo cual se puede afirmar que parte de los problemas que se evidencian en el sector de la salud tienen fundamentos en estos elementos.

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, puesto que se caracteriza por la coexistencia de subsistemas dirigidos a distintos segmentos de la población, cada uno operando de forma independiente. Por su parte, la fragmentación, que se identifica cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica¹⁷, 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 por la superposición de acciones. Estos elementos, la segmentación y la fragmentación, confluyen en generar que ciertos grupos poblacionales se encuentren excluidos del sistema de salud (Acuña, 2005) de manera que esto acentúa diversas inequidades estructurales.

Paraguay se caracteriza por experimentar exiguos y sosegados procesos de reforma en el sistema de salud (Dullak, *et al.* 2011). Es en el año 2008, que el 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 la Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad (MSPBS, 2009). La implementación de dicha estrategia supone pasar de un modelo hospitalocéntrico, asistencial y curativo, a un modo promocional de la salud y de la calidad de vida. Supone también, romper con la lógica fragmentada de los programas de salud y con la disociación entre lo asistencial y lo programático ya que la aplicación de la misma permite dar respuestas integrales orientando el modo de atención y gestión.

Como estrategia para reducir el alto gasto de bolsillo para la atención/recuperación de la salud, se implementó la gratuidad universal de la atención sanitaria (atención, internación hospitalaria, cirugías, estudios auxiliares, medicamentos, etc.; Resolución S.G. N° 140/08, S.G. N° 363/08 y S.G. N° 1.074/09)¹⁸. Se suma a estas gestiones la

¹⁶ La composición del Sistema Nacional de Salud se detalla en el Anexo I.

¹⁷ El MSPBS desarrolla funciones de rectoría, provisión y financiamiento. El Instituto de Previsión Social desarrolla funciones de aseguramiento, provisión y financiamiento, pero los segmentos son autónomos y no existe articulación entre ellos (Dullak *et al.*, 2011).

¹⁸ Si bien desde hace varios años se venían implementando diferentes medidas de exoneración del cobro de aranceles a diversos segmentos de la población (en 2000 en menores de 5 años y embarazadas, en 2006 se extiende a menores de 10 años y para el 2007 se amplía la atención gratuita a embarazadas y recién nacidos, posteriormente se extiende la gratuidad hasta la adolescencia y población vulnerable

creación de la Dirección de Atención Primaria de Salud (Resolución S.G. N° 101/08) y la implementación del Modelo de Salud de la Familia para mejorar la cobertura insuficiente y, la baja calidad en la prestación de servicios, por lo que se empezó a implementar la Atención Primaria de Salud (APS), a fin de ubicar los servicios más cerca de la población.

En el marco de este cambio a un nuevo sistema nacional de salud, la APS y dentro de ella, las unidades de salud de la familia (USF) están llamadas a ejercer de puerta de entrada, de modo que todas las relaciones entre la ciudadanía y dicho sistema se canalicen necesariamente a través de las USF, que a su vez están encargadas de derivar a las personas a los distintos niveles de atención sanitaria cuando corresponda.

De esta manera, apuntan a reducir la exclusión social aumentando la cobertura y el acceso a las redes de atención, en especial, la población vulnerable, asegurando una atención permanente y continua. Además de proporcionar diagnóstico y cuidados de atención primaria, las USF se encargan de difundir la llamada “Cultura de la Salud y de la Calidad de Vida” entre la población. Su estrategia implica actuar sobre las causas o condiciones sociales que generan las enfermedades, haciendo a la comunidad participe del cuidado de la calidad de vida y de la salud de sus integrantes (Paraguay Debate, s/f).

Desde fines del 2008 la implementación de las USF cambia la estrategia de atención¹⁹ y se convierte en la puerta de entrada con un médico de familia y primer nivel de atención, jerarquizando y ordenando la atención de manera a obtener una mayor racionalización en la utilización del resto de los servicios de salud.

El MSPBS dispone actualmente de 800 USF entre los 1.404 establecimientos que proveen servicios asistenciales de salud²⁰, muchas de ellas funcionan en los antiguos Puestos de Salud. En las USF se realizan en forma gratuita controles de salud, consultas generales, control de crecimiento y desarrollo, vacunaciones, control prenatal, planificación familiar, examen de mamas, control de presión arterial, azúcar en sangre, curaciones, visitas domiciliarias y actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

incluyendo la entrega de medicamentos básicos esenciales y vacunas), no fue hasta finales del 2009 que 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.

¹⁹ Las actividades asistenciales se realizaban en los servicios, diferenciados por niveles de atención, conforme a un manual de organización que hasta el año 2008 preveía los niveles de Puestos de Salud y Dispensarios como las puertas de entrada y los niveles de Centros de Salud y Hospitales Distritales como centros de derivación primaria y luego a los hospitales distritales y finalmente a los hospitales de referencia nacional.

²⁰ Complementariamente, la red de servicios para la atención comunitaria y la atención primaria de salud (sin internación) está conformada por 97 Centros de Salud (CS), 378 Puestos de Salud (PS) y 53 Dispensarios. Para la atención médica especializada y fortalecimiento de las prestaciones de salud dispone de 70 hospitales de los cuales 17 son de referencia regional, 37 distritales, 2 generales, 4 especializados y 10 materno infantiles. Completa el sistema 11 centros especializados. Parte importante de la atención especializada se concentra en la zona central del país. El programa de Asistencia en Emergencias Médicas está en Asunción y es el único a nivel nacional para esa especialidad (Paraguay Debate, s/f). También se verifica que del total de médicos del MSPBS, el 64,5% están en Asunción y Central.

Por su parte, con el objetivo de contrarrestar los efectos de la excesiva fragmentación en el sistema de salud y contribuir en el acceso y la cobertura universal de salud, el MSPBS, impulsó la conformación de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIIS). La RIIS que, basada en la estrategia de la APS, se convierte en un conjunto de servicios de salud de acciones integrales, cooperativas e interdependientes, que abarcan la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos para la población (MSPBS, s/f).

La Red de APS se articula con las redes de Policlínica de Especialidades, de Urgencias y demás redes del sistema donde son referidos los casos que requieren atención especializada (MSPBS, 2009a). En los niveles subnacionales, la conducción de la APS es ejercida por las autoridades sanitarias, apoyadas por las autoridades políticas a través de los Consejos regionales y locales de salud, incluidos los intendentes, además de líderes comunitarios, profesionales y promotores o agentes comunitarios.

Por su parte, por Decreto N° 4541/2015 y Resolución S.G. N° 612, desde el 2015 rige en el país la Política Nacional de Salud 2015-2030, la cual tiene como objetivo “avanzar hacia el acceso universal a la salud y lograr la cobertura universal de salud al mayor nivel posible para reducir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida de la población en el marco de un desarrollo humano sostenible” (MSPBS, 2015).

En cuanto a la asunción de compromisos internacionales, se destaca que Paraguay se encuentra adherido a los objetivos de desarrollo humano propuestos por las Naciones Unidas en el año 2015 y denominados Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales buscan aunar esfuerzos para mejorar las condiciones de vida humana a partir de la incidencia en las estructuras generadoras de pobreza y desigualdades en un marco de protección al medio ambiente. En este sentido, Paraguay ratifica su compromiso con erradicar la pobreza, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición, garantizar una vida sana y promover el bienestar de las personas en todas las edades, garantizar la provisión de agua potable y saneamiento para toda la población, entre otros objetivos que responsabiliza al Estado a incidir en mejorar las condiciones de vida y desarrollo de la población.

2.1. Las Unidades de Salud de la Familia

En este apartado se analizan algunos aspectos relevantes del enfoque de atención propuesto desde 2008, dada la relevancia de la Atención Primaria de Salud.

Los resultados sanitarios de los sistemas de salud son mejores cuando se basan en la atención primaria de salud. Se trata de un modelo que prioriza la puesta en marcha de actuaciones adecuadas a nivel local y engloba un amplio espectro de determinantes sociales, manteniendo un equilibrio entre la promoción de la salud y la prevención, por un lado, y la inversión en intervenciones curativas, por otro, y haciendo hincapié en la importancia del nivel primario de salud y en la existencia de niveles superiores de atención²¹.

²¹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

La Unidad de Salud de la Familia es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de la estrategia de la APS de forma coordinada, integral, continuada, permanente y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en él. Aunque algunas unidades se han localizado en centros de nueva creación, la mayoría de las USF han ocupado las instalaciones de los antiguos centros de atención primaria (centros o puestos de salud). Las USF representan actualmente casi el 60% del total de establecimientos del Ministerio de Salud (Figura 14).

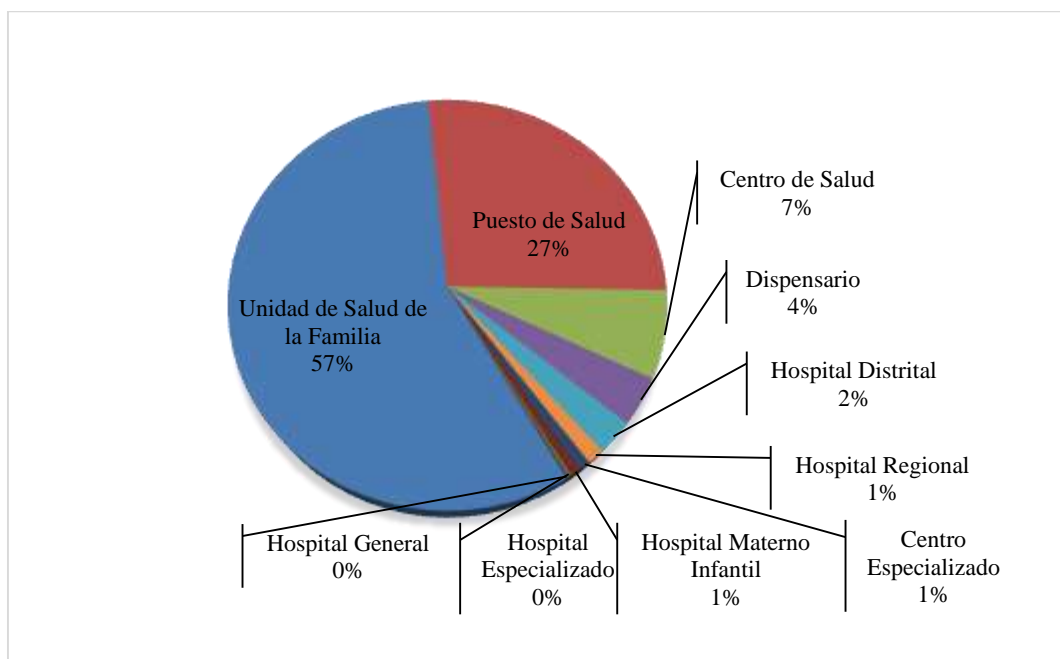


Figura 14. Establecimientos del Ministerio de Salud, 2015 (%)
 Fuente: Elaboración propia a partir de MSPBS/DIGIES/DES.

Los Equipos de Salud de la Familia (ESF) asumen la responsabilidad sanitaria y social sobre un territorio definido geográficamente y demográficamente. Se basan en un criterio de fácil accesibilidad, con una distancia por carretera máxima de 30 km entre la USF y su población de referencia, 3.500 personas aproximadamente y hasta 5.000 personas por USF en caso de poblaciones muy dispersas.

A pesar de lo mencionado, según cálculos realizados a partir de la información proporcionada por la Dirección General de Atención Primaria de Salud del MSPBS, para el 2016 el promedio actual de cobertura de las USF es de 2.800 personas. En 31 de las 800 USF, la población cubierta supera las 5.000 personas, pero esto no se da en poblaciones dispersas sino en territorios densamente poblados (Asunción, Central, Alto Paraná e Itapúa mayormente).

La instalación de las USF en el territorio nacional es gradual. Inició con 13 unidades en los bañados de Asunción en el 2008 y en la actualidad se cuenta con 800 unidades distribuidas en los 17 departamentos más la capital (o regiones sanitarias del país), en 238 distritos de un total de 251 distritos. Entre estos años la instalación de nuevas USF no ha tenido una progresión estable, destacándose un importante crecimiento entre 2008 y 2010, posteriormente en 2011 el aumento fue menos significativo y de allí en más

(2012 a 2016) el crecimiento promedio fue de 19 unidades por año, con lo cual se puede decir que a la fecha la mayoría de las USF tienen una antigüedad de al menos 5 años (Figura 15).

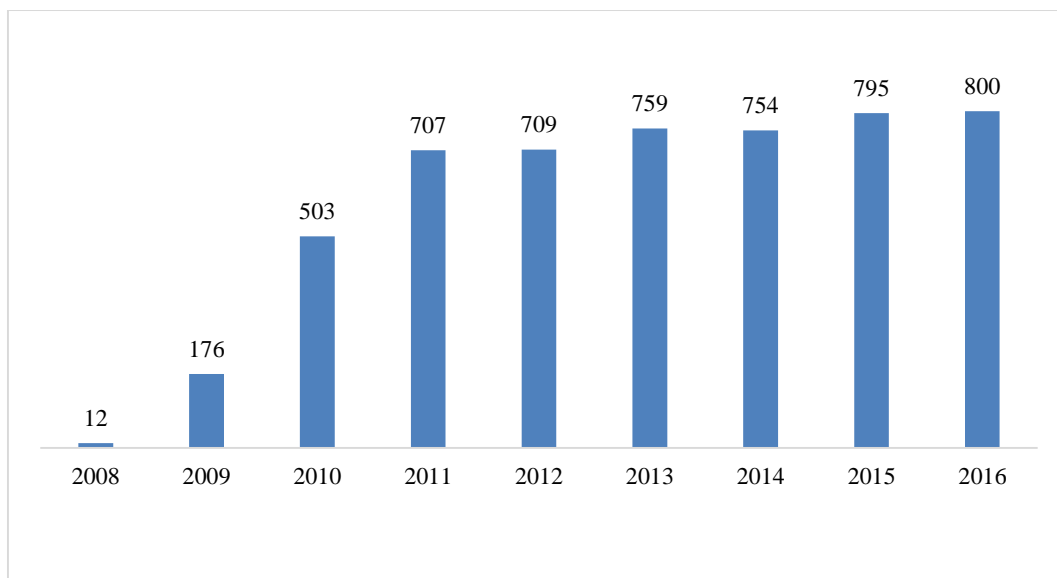


Figura 15. Número de Unidades de Salud de la Familia instaladas por año, 2008-2016 (acumulativo)
Fuente: Elaboración propia a partir de MSPBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV)

La brecha entre la población cubierta por las USF y la total determina el número de USF faltantes para brindar una atención universal. En tal sentido, se requieren aproximadamente 1.650 USF más, siendo los departamentos más desatendidos: Central (18,9%, necesitaría 588 USF más), Caaguazú (22,8% - 149 USF más), Asunción (22,9% - 145 USF más) y Alto Paraná (30,2% - 196 USF).

Un análisis a nivel departamental muestra que las USF de tres departamentos tienen coberturas de población por encima del 70% (Ñeembucú, Alto Paraná y Misiones), en tanto, otros quedan por debajo del promedio de cobertura nacional (32,7%) como Central (18,9%), Caaguazú (22,8%), Asunción (22,9%), Alto Paraná (30,2%), Amambay (30,5%) y Boquerón (32,4%), requiriendo de un esfuerzo mayor para la implementación de nuevas USF.

2.2. Inversión en salud

Las diferencias entre distintos grupos sociales representan, al mismo tiempo, el resultado de las acciones del gobierno y el compromiso que el mismo tiene de hacerlas desaparecer. Los recursos disponibles para la implementación de políticas sanitarias definen los límites de las acciones del Estado. Esto impone una priorización en el uso de los fondos que restringe la expansión de los bienes, servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud, ocasionando una cobertura incompleta que impide disminuir la distancia entre el sistema y la población.

El gasto en materia de salud se compone, por un lado, del gasto público, siendo esta la erogación que realiza el Estado en la atención a la salud de la población, e incluye todos

los bienes y servicios que se enmarcan en la promoción, la protección y la recuperación de la misma y, por otro lado, se encuentra el gasto privado, que encierra los gastos de bolsillo de la persona interesada en recibir bienes y servicios de salud, los gastos en seguros privados, las inversiones de instituciones de beneficencia y la medicina del trabajo (CADEP, 2017).

El gasto en salud está creciendo constantemente en todos los países, desarrollados o no. Es un problema que no parece revertirse y se puede explicar por diversos factores: el progreso de la medicina, el envejecimiento poblacional (la población más anciana demanda más recursos), la naturaleza de los mercados de salud, dominados por la cobertura estatal gratuita o por sistemas de seguros privados (Becerra, 2007, p. 110).

En cuanto a la inversión pública en salud, Paraguay ha experimentado un incremento progresivo²² pasando de representar el 2% del PIB en el año 2004 al 4,5% del PIB para el año 2014, no obstante, y pese al sustancial incremento, el país aún dista de equiparse a la inversión per cápita en salud que realizan otros países de la región, hecho que posiciona a Paraguay entre los países de menor inversión en la materia, superando solo a Perú y Bolivia.

Tabla 2. Gasto per cápita en Salud (US\$)- América del Sur

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Chile	739.6	754.6	891.1	1,023.20	1,108.00	1,192.10	1,137.40
Brasil	716.8	731.9	919.7	1,055.10	984.9	993.5	947.4
Uruguay	740.6	827.1	1,030.10	1,211.80	1,322.30	1,464.70	1,442.30
Argentina	673.8	712	738.5	795.8	726.8	731.5	605.2
Venezuela	446.8	670.6	684.1	564.1	613.2	605.5	873.4
Colombia	359.7	361	422.4	479.6	546.7	549.4	569.2
Ecuador	242	237.2	274.9	309	368.2	439.6	579.2
Peru	200.9	224.1	254.5	282.5	330.8	346.5	358.6
Paraguay	216.1	237.7	293.8	375.8	398.4	469	464.1
Bolivia	88.3	104.1	109.8	132.8	149.3	178.7	208.8

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial

A pesar del incremento de la inversión pública en salud, una parte del acceso al sistema de salud es financiado con gasto de bolsillo. El principal riesgo que presenta este tipo de gasto no planificado es que ante una eventual enfermedad, el acceso a los servicios de salud depende de la capacidad económica de las familias, lo cual aumenta la posibilidad de empujar a un hogar a la pobreza, originando mayor vulnerabilidad y en el peor de los casos sumergirlos en la pobreza extrema (CADEP, 2017, p.15).

²² Los gastos destinados a salud se han incrementado en aproximadamente 6 veces más entre los años 2005 y 2015. Las mayores inversiones se llevaron a cabo durante el 2012 y 2014 con montos de US\$ 685 millones y US\$ 759 millones respectivamente (CADEP, 2015, p. 5). El gasto per cápita en salud se duplicó en un periodo de 6 años, pasando de 216,1 US\$ en el 2008 a 464,1 US\$ en el 2014 (de datos del Banco Mundial).

Aunque con oscilaciones, el gasto privado en salud ha pasado de representar el 4,9% del PIB en el 2000 al 5,3% en el año 2014, siendo este gasto significativamente superior a la inversión anual que hace el Estado en la materia.

Tabla 3. Porcentaje de Gasto privado y gasto público respecto al PIB anual

Año	Gasto Privado	Gasto Público
2000	4,9	3,2
2001	5,0	2,7
2002	4,6	2,2
2003	4,0	1,9
2004	3,7	2,0
2005	3,7	2,4
2006	3,8	2,6
2007	3,7	2,7
2008	4,4	2,7
2009	5,6	3,5
2010	5,7	3,4
2011	5,7	3,8
2012	5,7	4,6
2013	5,7	4,8
2014	5,3	4,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial

Como gasto de bolsillo se incluyen, de igual forma, los gastos destinados a transporte y alimentación, pues si bien no son gastos propios de la salud afectan indirectamente a los hogares ante un eventual caso de enfermedad²³. En 2014, la composición del gasto bolsillo en salud se concentra principalmente en el rubro medicamentos (43,3%), seguido por los gastos destinados a exámenes laboratoriales y radiografías (16,7%), los gastos en hospitalización e internación (16,3%), gastos en transportes (9,8%) y con (5%) cada uno los gastos destinados a comidas, consultas y otros. No se puede dejar de mencionar que el alto nivel de automedicación tiene una innegable incidencia en el porcentaje de gasto²⁴ (Figura 16).

²³ No se contempla el gasto mensual destinado al pago del seguro médico de IPS o privado.

²⁴ Es importante resaltar las limitaciones de interpretación de los resultados, porque no se encuentran desagregados por niveles de especialidad, de complejidad de la atención, etc.

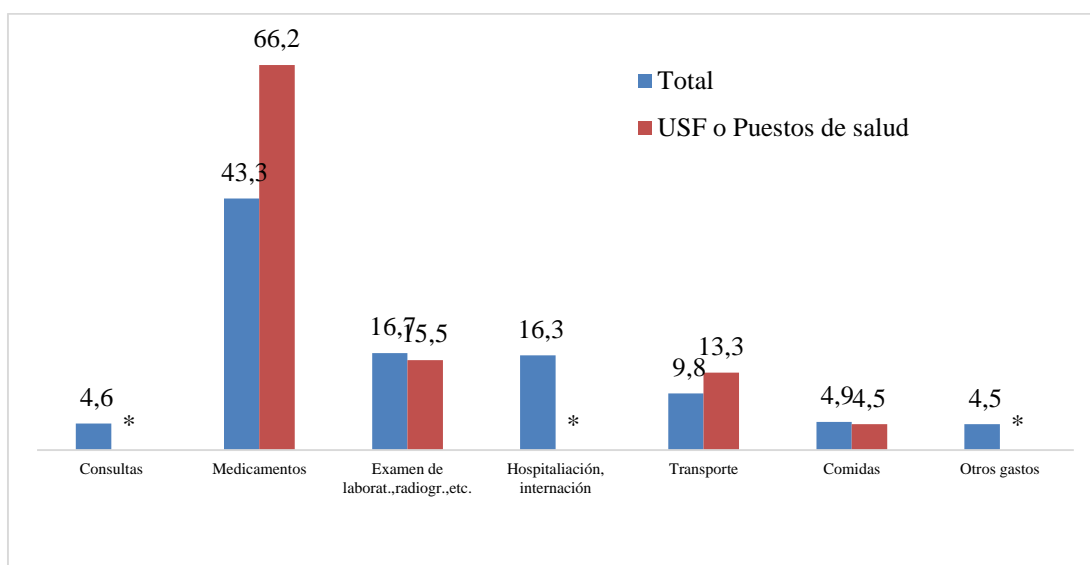


Figura 16. Distribución porcentual del gasto de bolsillo de la población que ha estado enferma o accidentada durante los últimos 90 días, según lugar de consulta, 2014 (%)

Fuentes: Elaboración propia a partir de Encuesta Permanente de Hogares, 2014.

* Número insuficiente de casos para mostrar resultados.

En promedio las personas que declararon haber tenido alguna enfermedad o accidente durante los últimos 90 días tienen un gasto total promedio de Gs. 363.485. Dentro de la composición de los gastos destinados a la salud el más importante fue el pago por hospital e internación con un promedio de Gs. 2.969.170, afectando a 25.500 personas. Le sigue el gasto en exámenes de laboratorio y radiografías con un total de Gs. 342.023 incurrido por 227.105 personas, los pagos por compras de medicamentos fueron en promedio de Gs. 165.932 afectando a un volumen mucho mayor de personas (1.211.217), en tanto, los gastos por consultas ascendieron a Gs. 95.959 en 222.662 personas. Para pago de comidas se destinaron en promedio Gs. 87.368 y Gs. 57.114 para pago de transporte.

Las personas que en 2014 consultaron en un puesto de salud o USF reportaron un gasto de bolsillo promedio casi cuatro veces menor al nacional (Gs. 96.000). La distribución del gasto es diferente al total nacional, concentrándose en mayor medida en medicamentos (66,2%, Gs. 74.000), seguido de gastos en exámenes de laboratorio y radiografías (15,5%, Gs. 161.000) y de gastos en transporte (13,3%, Gs. 24.000).

Esto estaría mostrando que a pesar de la política de gratuidad, la compra de medicamentos y los estudios siguen siendo uno de los principales gastos. Además, teniendo en cuenta que las USF buscan reducir la distancia geográfica entre la población y el sistema de salud, no debe pasar desapercibido que para un grupo de la población llegar a las USF o puesto de salud implica también un gasto de transporte, pudiendo estar representada mayormente por poblaciones rurales con difícil acceso a los centros asistenciales.

2.3. Acceso al sistema de salud

En el país la expansión territorial de los servicios de salud es altamente asimétrica. Asunción y el departamento Central concentran la cobertura de los servicios del

Instituto de Previsión Social (IPS) y de los seguros privados (OPS/ASDI, 2003). La concentración de infraestructura, tecnologías, bienes y servicios en estas áreas geográficas restringe las posibilidades de utilización de los servicios en caso de necesidad de las personas residentes en el resto del territorio.

Además, las condiciones estructurales de pobreza y de desigualdades socioeconómicas que prevalecen en la sociedad paraguaya se tornan elementos negativos en las posibilidades que tienen sus habitantes de desarrollar una vida con calidad a su vez que menoscaban el disfrute de las condiciones de igualdad y ejercicio efectivo del derecho a la salud. De este modo, el acceso al sistema de salud no se presenta de manera equitativa para todos sus habitantes, puesto que parte de su población encuentra severas limitaciones para usufructuar los servicios que le permita mejorar o preservar su estado de salud.

En este contexto, 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 2).

Tabla 4. Evolución de la cobertura de seguro médico en salud^{1/} por área de residencia, sexo y grupos de edad, según años seleccionados (%)

Características	2005			2010			2015		
	Otr o No tipo de seg uro 2/	No tiene o no respo nde	IPS	Otr o No tipo de seg uro 2/	No tiene o no respo nde	IPS	Otr o No tipo de seg uro 2/	No tiene o no respo nde	IPS
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 edad									
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)

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 en general es baja. 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 (Tabla 5).

La cobertura del IPS en los dos quintiles más pobres alcanza al 2,9% y 10,7% de la población respectivamente, mientras que se triplica en el quintil más rico (32,1%), lo que indica el sesgo en la adscripción a la seguridad social hacia las personas con mayor poder adquisitivo. El 20,1% de las personas que componen el quintil más rico adquieren seguros privados (Tabla 6). Cabe señalar que el aumento de tenencia de seguro médico en la última década se dio en el sistema de seguridad social y a expensas de los seguros privados (Tabla 5).

Por otra parte, 3 de cada 4 personas no cuentan actualmente con algún tipo de seguro, por lo que dependen de los servicios de salud del MSPBS. Esto es especialmente relevante para las personas del primer quintil de ingresos que en un 96,9% carecen de seguro (Tabla 5).

Tabla 5. Evolución de la cobertura de seguro médico en salud^{1/} por área de residencia, según años seleccionados (%)

Seguro médico	2006			2011			2016		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
IPS	11,5	16,2	5,3	17,4	24,0	7,8	18,4	24,0	9,8
Otro tipo de seguro ^{2/}	7,5	11,4	2,4	7,4	10,6	2,6	7,4	10,3	2,9
No tiene	81,0	72,4	92,3	75,3	65,3	89,6	74,1	65,7	87,4
NR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2006, 2011 y 2016.

^{1/} Incluye seguro médico que el encuestado consideró principal.

^{2/} Incluye: seguro individual, laboral, familiar, militar y policial.

Tabla 6. Tenencia de seguro médico por quintiles de ingreso, 2016 (%)

Tipo de seguro	Total	Q1 (más pobre)	Q2	Q3	Q4	Q5 (más rico)
IPS	18,4	2,9	10,7	18,6	28,0	32,1
Seguro privado	6,1	*	1,0	2,0	7,1	20,1
Otros	1,4	*	*	0,8	2,7	3,0
Ningún seguro	74,1	96,9	88,1	78,6	62,1	44,8

Fuente: Elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2016.

* Número insuficiente de casos para mostrar resultados.

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 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 7).

A pesar de la necesidad de servicios de salud por parte de las personas enfermas o accidentadas, no todas tuvieron acceso a una consulta médica. Casi un cuarto de la población enferma o accidentada no recibió atención (24,5%), debido a barreras geográficas, económicas o culturales. Los hombres y las personas del área rural presentan mayor exclusión (26,6% y 27,8% respectivamente).

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 consultas²⁵. La proporción de personas que habiéndose enfermado o accidentado acudió 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).

La exclusión en salud, cuantificada mediante la población enferma o accidentada que no realiza 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 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 7).

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 7). Entre las personas del quintil más pobre estos problemas representan el 4,6%.

²⁵ 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.

Tabla 7. 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	
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
	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
Consulta médica	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
	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
Consulta médica	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
	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
Consulta médica	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)

La mayor participación en atención en salud la brinda el MSPBS, el 63,2% de las personas enfermas o accidentadas acudieron a algún establecimiento de la red del

Ministerio, mayormente hospitales y centros de salud, con un aumento de 20 puntos porcentuales en la última década (Tabla 8). La presencia del MSPBS es particularmente relevante en el área rural brindando cobertura al 78,5% de la población que solicitó atención y entre la población de escasos recursos que en un 86,1% recurren al MSPBS. El 39,9% de las personas enfermas o accidentadas acudieron a una USF, Puesto o Centro de salud (58,6% población rural y 62,7% del quintil más pobre).

La asistencia a Puestos de salud o USF se cuadruplicó en 10 años (pasó de 4,5% en 2006 a 16% en 2016) y en contraposición disminuyó el uso de los servicios privados (Tabla 8). La baja incidencia de las USF puede estar solapándose con los Puestos de salud dado que una parte de las USF operan en los antiguos Puestos de salud.

La disminución sostenida de las consultas no institucionales, que en el 2006 eran del 11,9%, descendiendo hasta el 4,4% para el 2016, son un reflejo de una mejora continua en la accesibilidad de los servicios de salud (Tabla 8).

Los cambios evidenciados en la última década estarían mostrando que el programa de USF supone un avance en la atención sanitaria al descomprimir los establecimientos de mayor envergadura y reducir las consultas con aranceles y las no institucionales. Este efecto no es homogéneo, las USF atraen al sistema de atención primaria mayormente a segmentos de la población tradicionalmente excluidos como la población rural y a los hombres.

Tabla 8. Población enferma o accidentada que consultó según establecimiento por área de residencia y sexo, años seleccionados (%)

Establecimiento	2006					2016				
	Tot al	Urba na	Rur al	Homb res	Muje res	Tot al	Urba na	Rur al	Homb res	Muje res
IPS	11,5	16,4	5,0	10,2	12,6	13,0	18,0	6,3	12,1	13,8
Hospital de Clínicas/Materno Infantil	3,4	5,0	*	3,5	3,3	2,8	4,1	1,2	2,6	3,0
Hospital del Ministerio	14,5	12,7	16,9	15,6	13,6	23,3	25,9	19,9	23,7	23,1
Centro de Salud del Ministerio	24,1	21,8	27,2	23,5	24,7	23,9	18,9	30,7	24,7	23,2
Puesto de Salud del Ministerio	4,5	1,8	8,2	3,5	5,4	12,5	5,2	22,3	12,2	12,7
Unidad de Salud Familiar (APF/USF)	ND	ND	ND	ND	ND	3,5	1,9	5,6	3,5	3,5
Sanidad Militar o Policial	1,6	2,5	*	*	*	0,7	1,0	0,4	*	0,7
Sanatorio, Clínica o Consultorio privado	28,4	33,0	22,2	28,6	28,2	15,8	20,3	9,8	15,7	15,9
Farmacia	4,0	2,4	6,2	4,5	3,7	1,6	1,6	1,5	1,8	1,4
Casa**	6,3	2,7	11,0	7,5	5,2	1,7	1,3	2,1	2,1	1,3
Otro	1,6	1,6	1,6	1,4	1,8	1,2	1,8	*	0,9	1,4

Fuente: Procesamiento propio a partir de la Encuesta Permanente de Hogares, 2006 y 2016.

ND: no disponible.

* Número insuficiente de casos para mostrar resultados.

** Incluye: casa de curandero, su casa, otra casa particular.

La mayor parte de las consultas son atendidas por un profesional médico (93%), sin embargo, dicha cifra varía de acuerdo a la especialización del establecimiento. En los hospitales del MSPBS el 99,2% de las consultas son atendidas por médicos, en tanto en los puestos de salud y las USF dicha cifra disminuye al 80,3% y 85,8% respectivamente, en contraposición, las personas son asistidas por personal de enfermería.

Por otra parte, el 67,3% de la población enferma o accidentada que asistió a una consulta médica declara haber recibido medicamentos de forma gratuita. En los puestos de salud y en las USF esta cifra asciende a 87% y 88,4% respectivamente.

Por su parte, la política de gratuidad implementada en el sistema público beneficia en mayor medida a las poblaciones más vulnerables. Entre las personas que asistieron a una consulta en las USF en el área rural el 89,5% recibió medicamentos gratis, al igual que las personas del primer quintil de ingresos (93%). En los últimos 10 años el acceso a medicamentos gratuitos creció 2,5 veces a nivel nacional y se triplicó en el área rural (Figura 17).

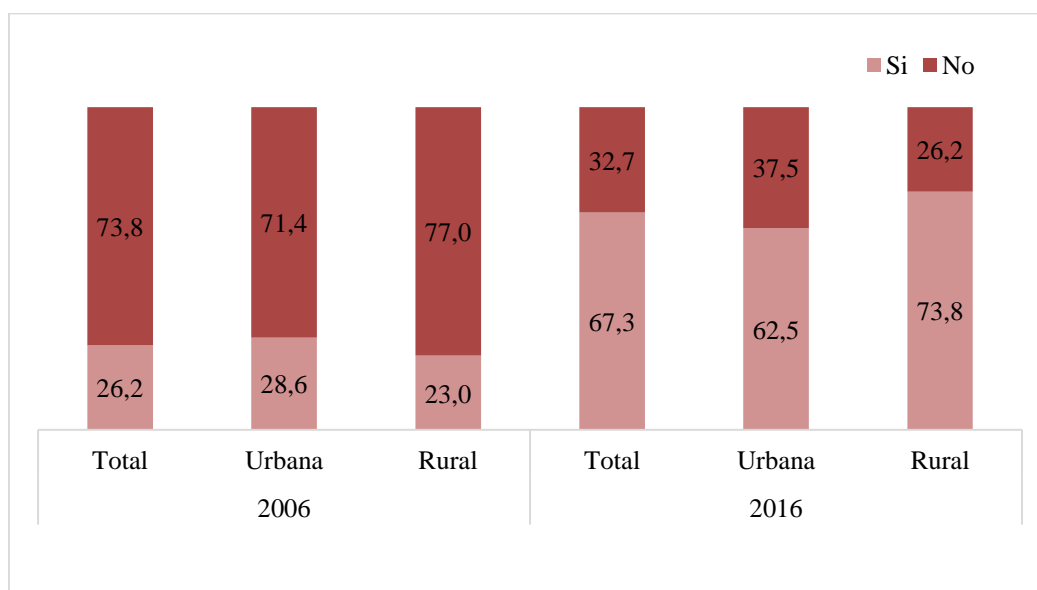


Figura 17. Población enferma o accidentada que asistió a una consulta y recibió medicamentos gratuitos por área de residencia, años seleccionados (%)

Fuentes: elaboración propia a partir de Encuesta Permanente de Hogares, 2006 y 2016.

3. ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

A partir de lo expuesto, se realiza una estimación de la demanda de servicios de salud en años quinquenales hasta 2025, teniendo en cuenta las necesidades de atención de salud para prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud de las personas²⁶ entre 2000 y 2015. Para ello, se obtiene la demanda efectiva declarada

²⁶ 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

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 9).

La demanda efectiva de salud en el 2015 en Paraguay representa el 81,3% de la demanda total (Figura 18). 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 la población total), 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 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 9). Para ello, debe tenerse en cuenta las diversas características individuales y factores sociales y económicos que influyen en la decisión de solicitar o no asistencia, como se ha mostrado en el apartado anterior.

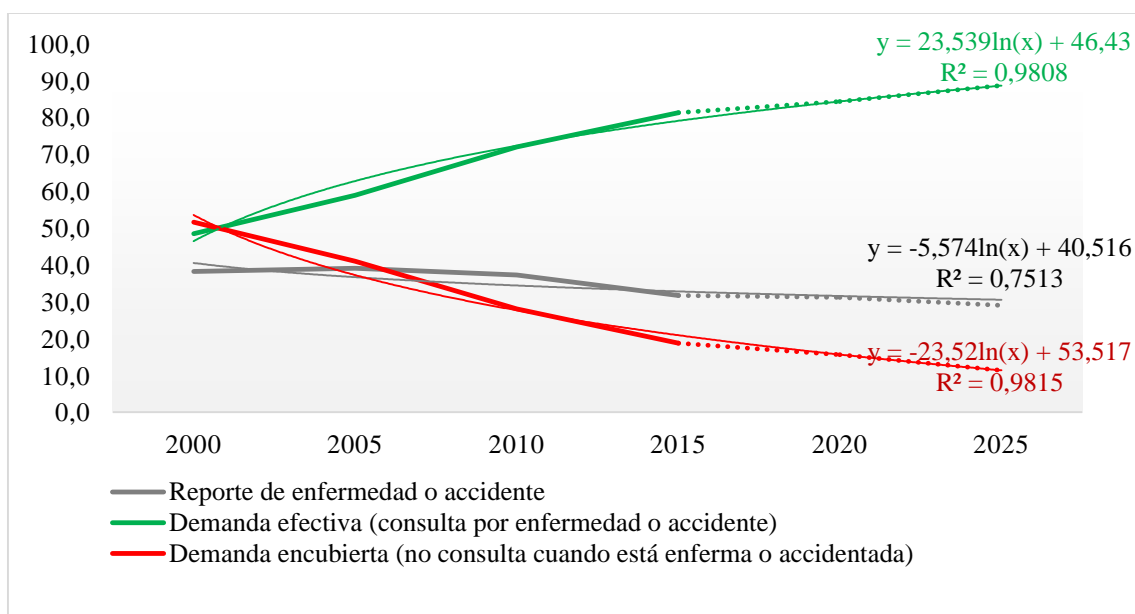


Figura 18. Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según demanda efectiva y encubierta

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.

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 9. 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 total	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
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.

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 19 muestra que en las edades extremas del ciclo de vida se requiere de mayor atención de salud (menores a 5 años y de 80 años y más) al reportar mayor nivel de enfermedad o accidente. Sin embargo con el paso del tiempo el primer grupo disminuye considerablemente la presencia de enfermedades y accidentes (de 63,5% en 2000 a 46,5% en 2025), posiblemente asociado a las intervenciones materno infantiles que se han dado con mayor fuerza en el país. En el otro extremo, las personas mayores seguirán reportando altos niveles de enfermedad o accidente 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.

El envejecimiento es uno de los factores que incide en el aumento de la prevalencia de la dependencia, toda vez que los individuos a medida que envejecen, con frecuencia, suelen verse imposibilitados para realizar de manera autónoma algunas actividades cotidianas.

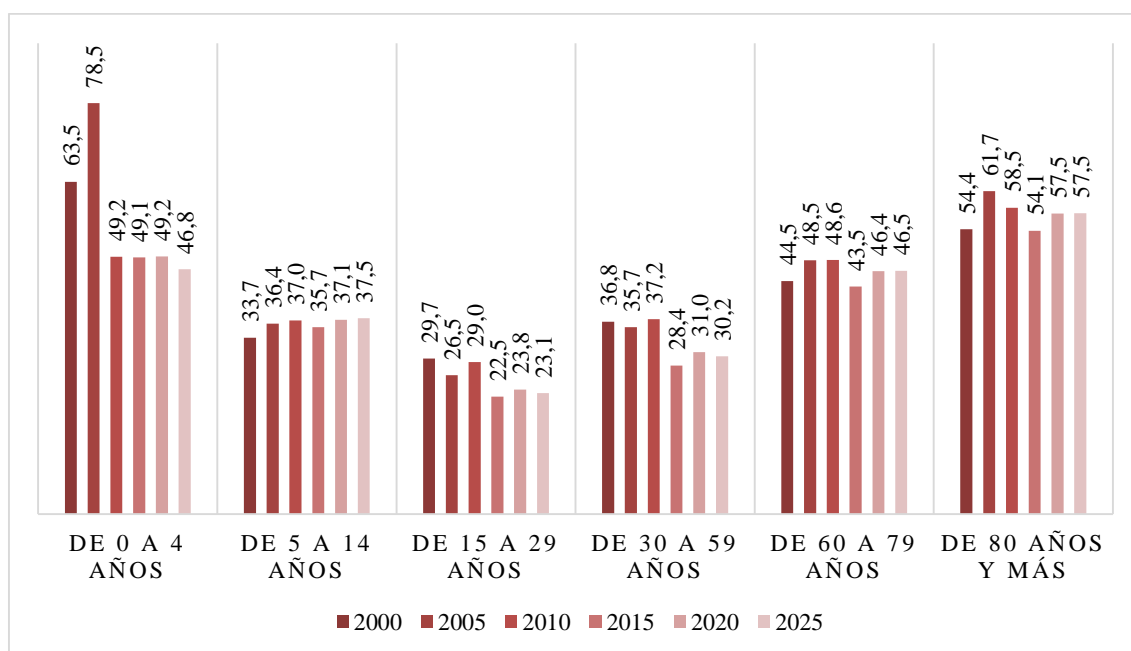


Figura 19. Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según grupos de edad

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.

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 20).

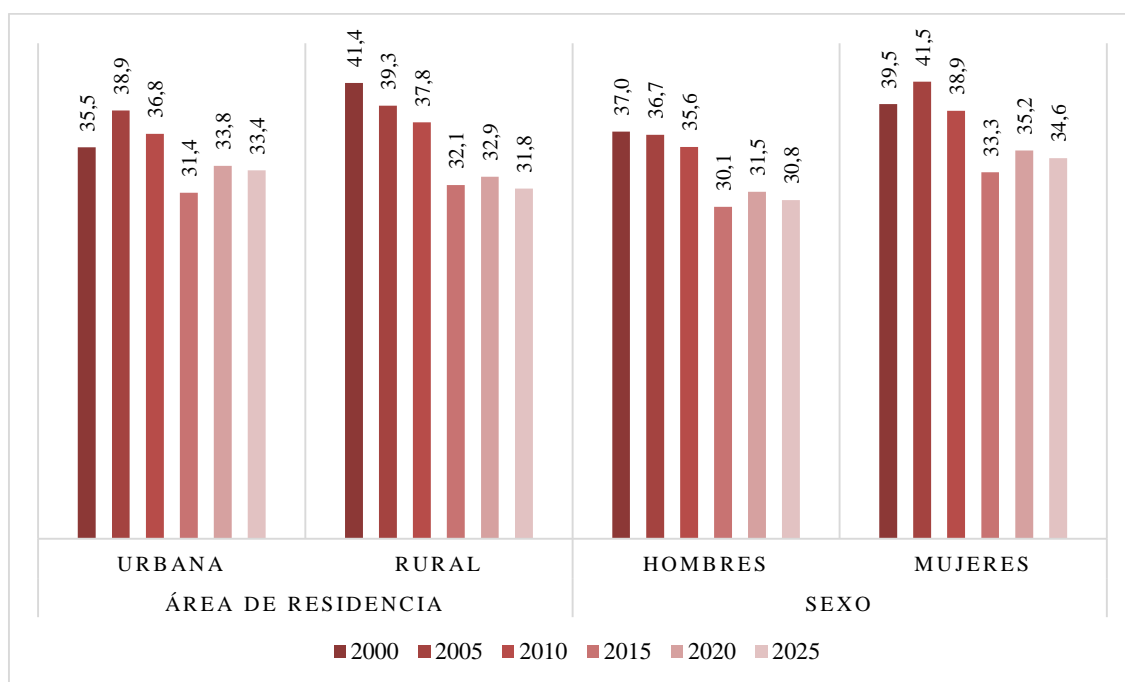


Figura 20. Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según área de residencia y sexo

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 1). Se espera que las mujeres, los niños, niñas y adolescente, y las personas adultas 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 21 y 22).

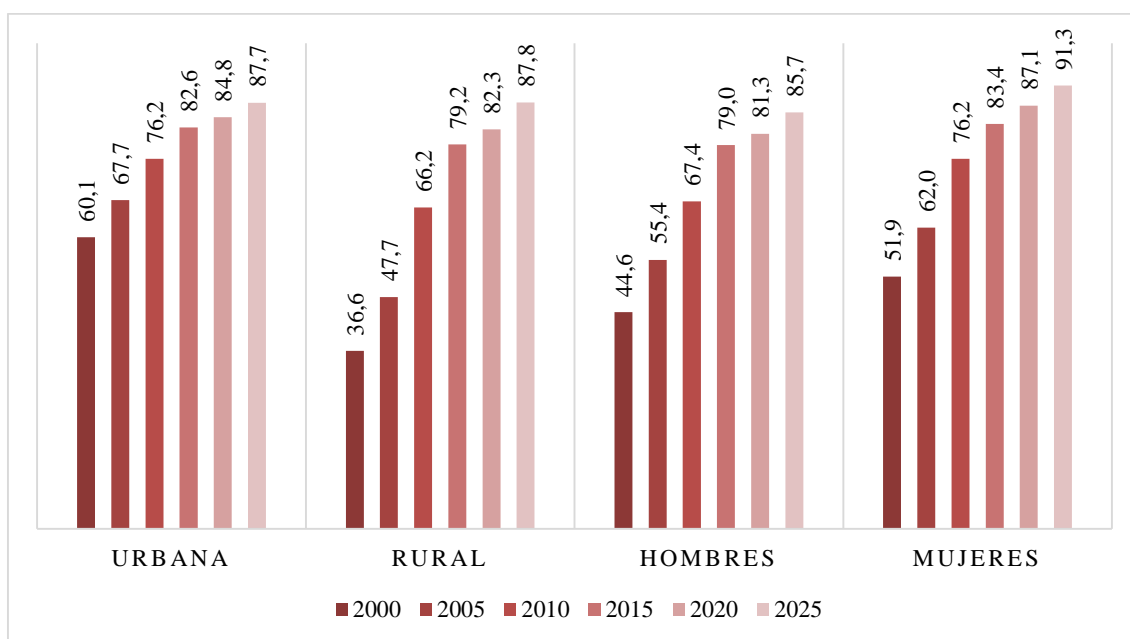


Figura 21. Porcentaje de demanda efectiva de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según grupos de edad

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.

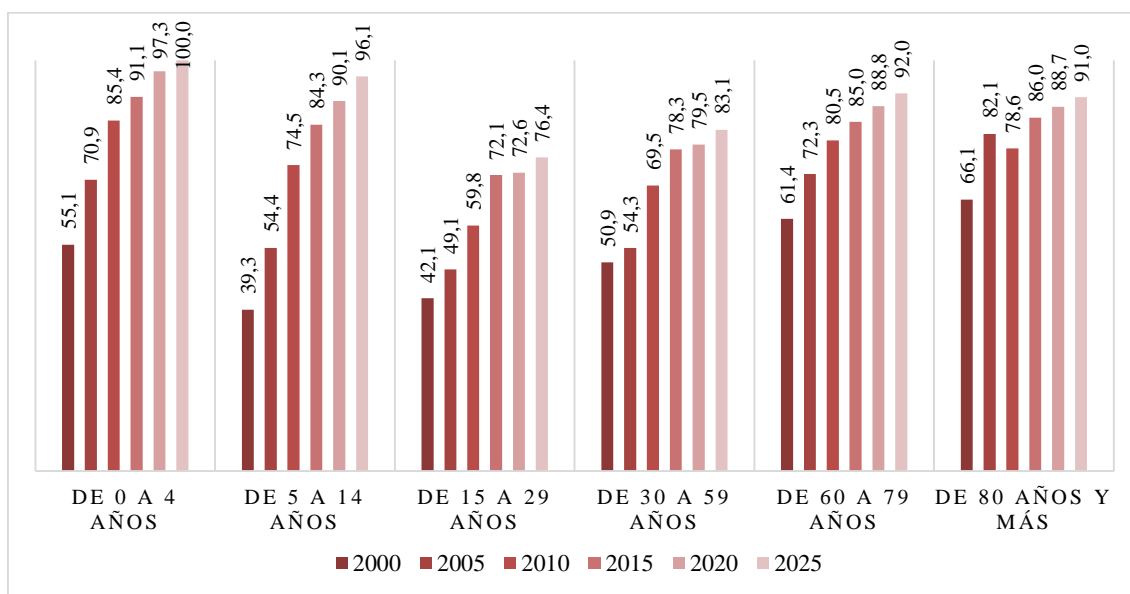


Figura 22. Porcentaje de demanda efectiva de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según área de residencia y sexo

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.

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, que a su vez presentan mayores niveles de enfermedades crónicas, lo que repercutirá en el sistema de salud, en un contexto en el que el país mantiene considerables niveles de pobreza. 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.

Se trata, por lo tanto, de un profundo cambio de escenario, cuyo impacto se sentirá con más fuerza en las próximas décadas. 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.

Las principales características del Paraguay en términos sociales y económicos demuestran que el país presenta un rezago de aproximadamente 15 años en intervenciones de lucha contra la pobreza, lo cual se refleja en los aun altos niveles de pobreza y desigualdad. Asociado a lo anterior, en el país se registran elevadas tasas de mortalidad materno infantil, presenta la tasa de cobertura en seguridad social y pensiones más baja de América Latina; y el porcentaje más bajo de cobertura de seguro médico (23,4%) de América Latina, por citar solamente algunos indicadores (Lavigne, 2012).

Mantener en el tiempo las relaciones numéricas entre la cantidad de personal de salud y la población que potencialmente tendrían que atender implicará una modificación en la cantidad de recursos humanos disponibles proporcional al incremento de la población, Es decir, solo para mantener las relaciones entre los recursos humanos y materiales del sector y la población a atender, los primeros debieran incrementarse con la misma tasa a la que crece esta última. En consecuencia, el crecimiento de la infraestructura también debe planificarse como resultado de una continua revisión de las condiciones de evolución de la demanda.

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, exige incorporar a las prestaciones sociales y sanitarias aspectos de cuidado de la salud que en la actualidad se resuelven en el ámbito privado, siendo 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 incrementa 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.

BIBLIOGRAFIA

- Acuña, M. C. (2005). *Exclusión, protección social y el derecho a la salud*. OPS/OMS.
- Banco Central del Paraguay (BCP) (2015). Anexo Estadístico - Informe Económico 2015. Asunción
- Becerra, A. V. (2007). Estimación de un modelo de demanda de servicios de salud en Uruguay. ¿ Por qué se llenan los consultorios de urgencias?. *Cuaderno de Economía*, (2), 107-122.
- Cárdenas, R. (2008). Las necesidades de salud y la política de población. Estudio en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano, Protección de la persona y derechos fundamentales. David Cienfuegos y María Carmen Macías (coord.), Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Carrizosa, A. (2014). La gestión pública en salud. Algunas reflexiones críticas sobre el periodo agosto 2013-agosto 2014. *Debate Revista digital de políticas públicas* (4). Un año de gobierno: ¿qué evaluamos?
- Cecchini, S. y Martínez, R. (2011). *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos* Libro de la CEPAL, N° 111. Santiago: CEPAL.
- Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP) (2015). Gasto Social en Salud. *Cartilla Fiscal*, 18.
- 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.
- 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
- 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.
- 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/
- 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.
- Dullak, R., Rodríguez-Riveros, M. I., Bursztyn, I., Cabral-Bejarano, M. S., Ruoti, M., Paredes, M. E., Wildberger, C. y 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. Asunción: ADEPO.

Huenchuan, S. (2011). *La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos*. CEPAL – UNFPA. Santiago de Chile, Chile.

Ibarrarán, P. (2017). Vivimos más pero somos menos saludables, ¿cómo lo enfrentamos?. Recuperado de <https://blogs.iadb.org/salud/2017/08/14/vivimos-mas-pero-somos-menos-saludables/>. Banco Interamericano de Desarrollo.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (2009). *Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad*. MSPBS. Asunción.

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.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (2015). *Indicadores de Mortalidad – INDIMOR*. MSPBS. Asunción.

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

Miró, C. A. (2015). *América Latina, población y desarrollo; antología y presentación*, Brígida García, Dídimo Castillo. — México, D. F.: Siglo XXI Editores; Buenos Aires: CLACSO.

Naciones Unidas (NNUU) (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A/RES/70/1)*. Recuperado de 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*, Alma Ata, URSS.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS – ASDI) (2003). *Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe*, Serie “Extensión de la protección social en salud #1”, Washington DC,

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. Recuperado de <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*. Nueva York: PNUD.

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

ANEXOS

Tabla 10. 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.