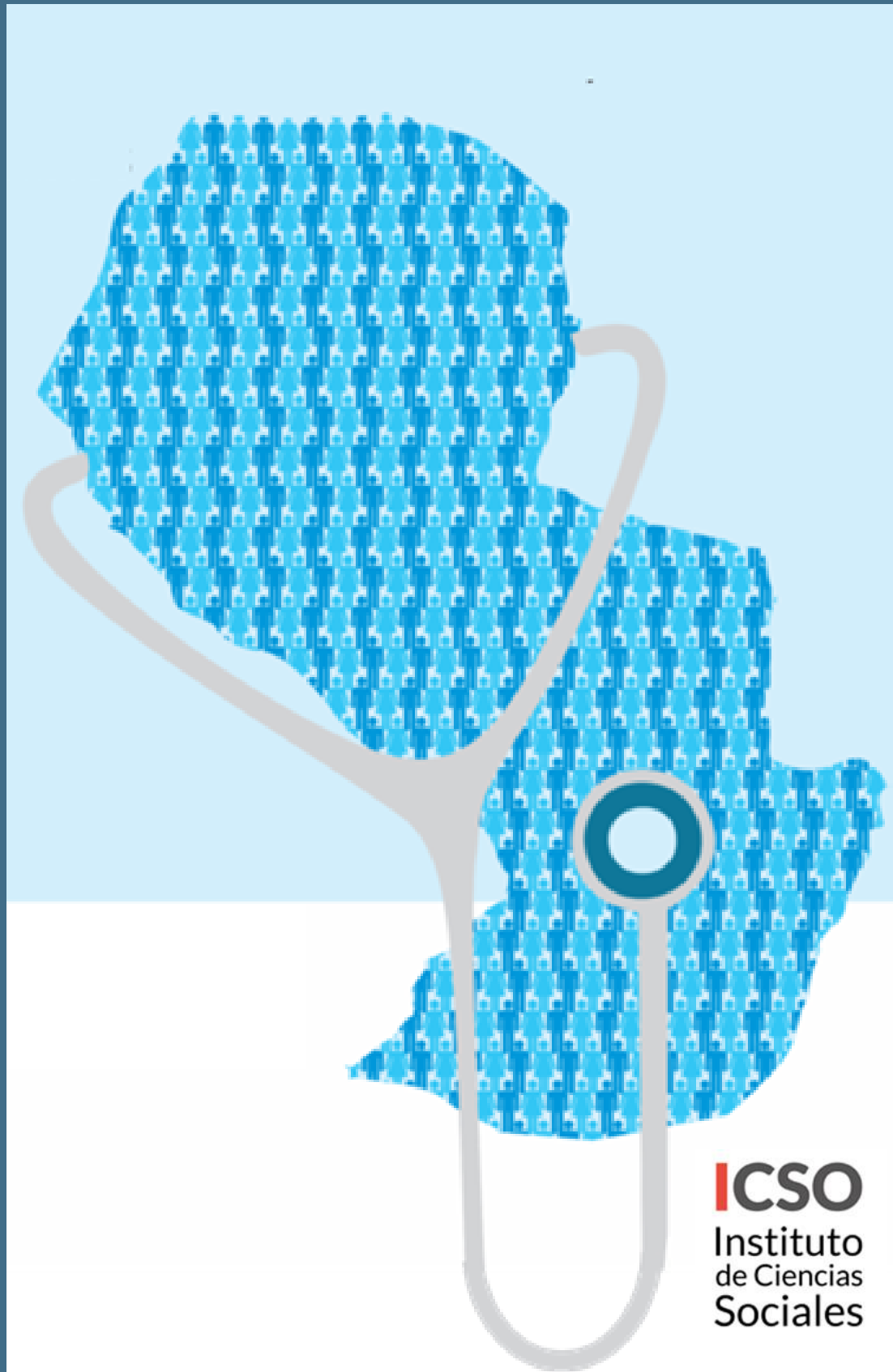


# Las demandas potenciales en salud y cuidados desde los cambios en la dinámica demográfica en Paraguay



Claudina Zavattiero  
María Alejandra Fantin  
Georgina Zavattiero Tornatore

**ICSO**  
Instituto  
de Ciencias  
Sociales

# Presentación

La presente investigación forma parte del Proyecto de CONACYT PINV15-1162 y es llevada a cabo por el Instituto de Ciencias Sociales de Paraguay. Se encuadra en el sector salud siendo éste uno de los sectores sociales priorizado en el libro Blanco del CONACYT- y tiene como objetivo realizar estimaciones de las potenciales demandas en salud y cuidados a partir de las transformaciones en la población en el periodo de 2000 a 2025.

El conocimiento de la dinámica de la población, su tendencia en el tiempo, la velocidad e intensidad de las variables demográficas y la distribución, así como la movilidad espacial de la población, son aspectos esenciales en la planificación de la salud pública. Ambas dimensiones abordan los fenómenos vitales y los cambios en sus patrones. El análisis demográfico ofrece la posibilidad de conocer los principales problemas de la salud pública, así como las características de las regiones del país más rezagadas y por ende con indicadores de desarrollo humano más críticos.

El análisis de las tendencias demográficas y de los indicadores de salud en el Paraguay evidencia que es necesario actuar con premura en el diseño de políticas sanitarias que aborden los obstáculos sociales y económicos que dificultan a la población acceder al sistema de salud. En particular, los departamentos con mayor rezago en los indicadores analizados y por ende aquellos que requieren mayor atención son: San Pedro, Presidente Hayes, Boquerón, Alto Paraguay, Amambay y Canindeyú. Los esfuerzos de inversión además deben planificarse focalizando las zonas rurales del país y la población de menores ingresos, además de articular las acciones con el acceso a otros derechos como el de educación, alimentación y nutrición, agua potable y saneamiento, así como la protección social en general, de manera a reducir la exclusión y contribuir a la calidad y equidad de la salud, a la calidad de vida de los habitantes y al desarrollo inclusivo del país.

Las fuentes de información utilizadas conciernen las bases de datos de 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 de Paraguay.

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

La población del Paraguay al 2015, en torno a 6,7 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 y composición por sexo y edad de la población.

## 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. Posteriormente se espera que vuelva a incrementarse a consecuencia del proceso de envejecimiento de la población.

Las principales causas de mortalidad en el Paraguay son las enfermedades del sistema circulatorio, tumores y diabetes. Esta tendencia ocasionará, en los próximos años, un aumento de la tasa de mortalidad y el correspondiente impacto en el sistema de salud.

## 1.2 Fecundidad

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).

## 1.3 Migración

La migración constituye un elemento clave en la dinámica demográfica al transformar la composición por sexo y edad de la población de origen y de destino, modificar el crecimiento de la población y la distribución en el territorio (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 más significativo a medida que avanza hacia el siglo XXI.

## 1.4 Distribución geográfica de la población

La población paraguaya se halla desigualmente distribuida en el territorio nacional, tanto entre regiones como en áreas geográficas. 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 significación. Sobre una superficie territorial cuya extensión es de 406.752 km<sup>2</sup>, el 97,1% de la población reside en el 39,3% 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 41,1 hab./km<sup>2</sup>; en tanto que el 2,9% restante se distribuye en el 60,7% de la superficie denominada región Occidental o Chaco con tres departamentos, una densidad poblacional de 0,8 hab./km<sup>2</sup> (DGEEC, 2015b). 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 2015 al 36,5% de la población total del país en el 0,6% del territorio nacional (DGEEC, 2015b). Juntas constituyen el 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 (11,3% reside en Alto Paraná, 8,4% en Itapúa y 7,8% en Caaguazú), con lo cual, si se agrega a estos la población de Asunción y Central, concentran más de la mitad (64%) del tamaño poblacional en cuatro polos del territorio, quedando el resto de los departamentos con menos del 5% del volumen poblacional cada uno.

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. La concentración de población rural en el territorio es relevante en sí misma pues presenta una mayor vulnerabilidad que en las zonas urbanas debido a bajos niveles educativos, bajos ingresos, precariedad de la vivienda, problemas de acceso a los servicios sociales y de salud, limitación en transportes públicos, lo que se condice con que la pobreza –medida por ingresos– es predominantemente rural.

## 1.5 Determinantes sociales

Los cambios en el comportamiento de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones arriba referidos, se ven afectadas por las disparidades sociales. En 2015 la pobreza es mayor en la población rural (37,7%), en la niñez (36,9%) y en las mujeres (26,8%) (DGEEC, 2015c), siendo los grupos con menor capacidad para salir de dicha situación, ya que presentan los mayores niveles de la pobreza más dura o extrema.

## 2. Estimación de la demanda de servicios de salud

### 2.1 Estimación de la demanda de atención de salud a nivel nacional

La estimación de la demanda de servicios de salud hasta el año 2025, da cuenta las necesidades de atención asistencial para prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud de las personas entre el 2000 y el 2015. Para ello, se obtiene la demanda efectiva declarada por las personas y la demanda encubierta que tiene en cuenta la población que no utilizó los servicios a pesar de haber declarado una situación de morbilidad o accidente.

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 1).

Al calcularse la proporción estimada por medio de una regresión 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 1). 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.

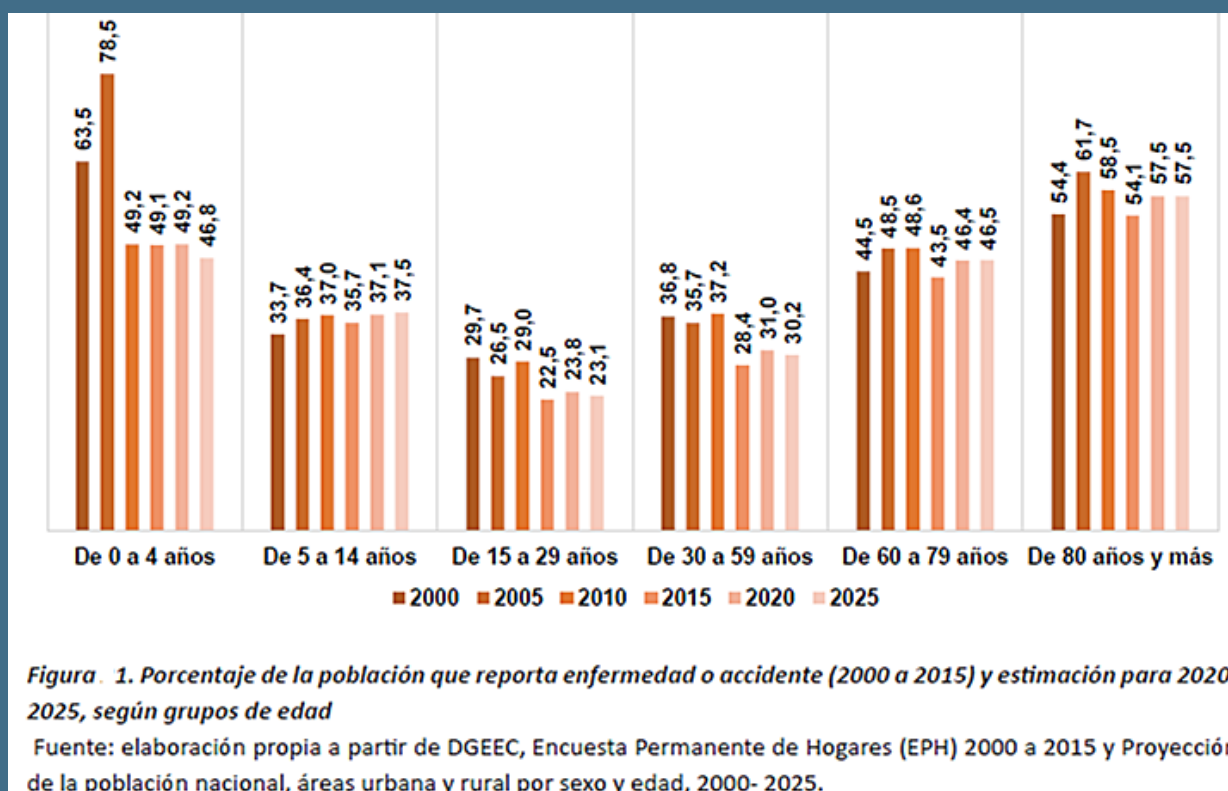
**Tabla 1** *Porcentaje de la población con alguna enfermedad o accidente reportada (2000 a 2015) según demanda efectiva y encubierta, y estimación para 2020-2025*

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.

## 2.2 Estimación de la demanda de atención de salud por grupos poblacionales

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 asistencia. La figura 1 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.



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. Se espera que las mujeres, la población infantil y adolescente, así como la población adulta mayor 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 tanto en infraestructura, recursos humanos y presupuestarios.

# Algunas conclusiones

Los cambios demográficos, socioeconómicos y el proceso de transición traen consigo cambios en la estructura de población del país que se irán intensificando en las próximas décadas. Se caracterizan por disminuciones relativas en el grupo de menores de 15 años, aumento temporal en el grupo en edades productivas y sostenido incremento de personas mayores de 60 años. En este sentido, se tiene que, además del aumento del número de personas mayores, éstas son cada vez más longevas, hecho que ocasiona que cada vez sean más las personas que llegan a edades más avanzadas. Fenómenos previsibles como la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, el marcado envejecimiento de la composición por edades y el incremento en el número absoluto de habitantes, conceden elevada complejidad a la situación sociodemográfica.

Estas transformaciones tienen consecuencias sobre la salud: una mayor carga de morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles asociada a poblaciones más envejecidas aumentará en el tiempo y repercutirá sobre el sistema a partir de una creciente demanda de servicios de salud de mayor costo, en un contexto en el que el país mantiene considerables niveles de pobreza.

Los cambios en la estructura de la población coinciden con los observados en el perfil epidemiológico. Los padecimientos crónicos han desplazado de forma acelerada a las enfermedades infecciosas y complicaciones materno-infantiles como causas de muerte en las últimas décadas. La morbilidad de los adultos está fuertemente asociada a la hipertensión arterial y la diabetes, existiendo también problemas de neoplasias, principalmente, mama y cuello uterino en la mujer, y los de próstata, tracto digestivo y pulmón en el varón (Dullak, et al. 2011).

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. Además, ciertas características propias de la población (rural, pobre, indígena) tienen limitadas condiciones de acceso y constituyen restricciones iniciales al ejercicio del derecho a la salud. 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, ya que se ha mostrado que en dicha zona 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.

# Referencias bibliográficas

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). (2017). *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2017 Paraguay*. Santiago: CELADE. Recuperado de [https://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](https://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm).

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). (2016a). *Análisis del Déficit Habitacional en Paraguay 2012*. Fernando de la Mora: DGEEC.

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*. Fernando de la Mora: DGEEC.

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). (2015b). *Base de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 1999 a 2015*. Fernando de la Mora: DGEEC. Disponible en [http://www.dgeec.gov.py/microdatos\\_EPH/](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*. Fernando de la Mora: DGEEC.

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, Ministerio de Hacienda, Ministerio la Mujer. (2017). *Principales Resultados Encuesta sobre Uso del Tiempo 2016*. Fernando de la Mora: DGEEC. Recuperado de <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/eut2016/EUT2016.pdf>

Dullak, R., Rodriguez-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, pp.2865-2875.

Miró, C. A. (2015). *América Latina, población y desarrollo*. México, D. F.: Siglo XXI Editores.





Con el apoyo de:

