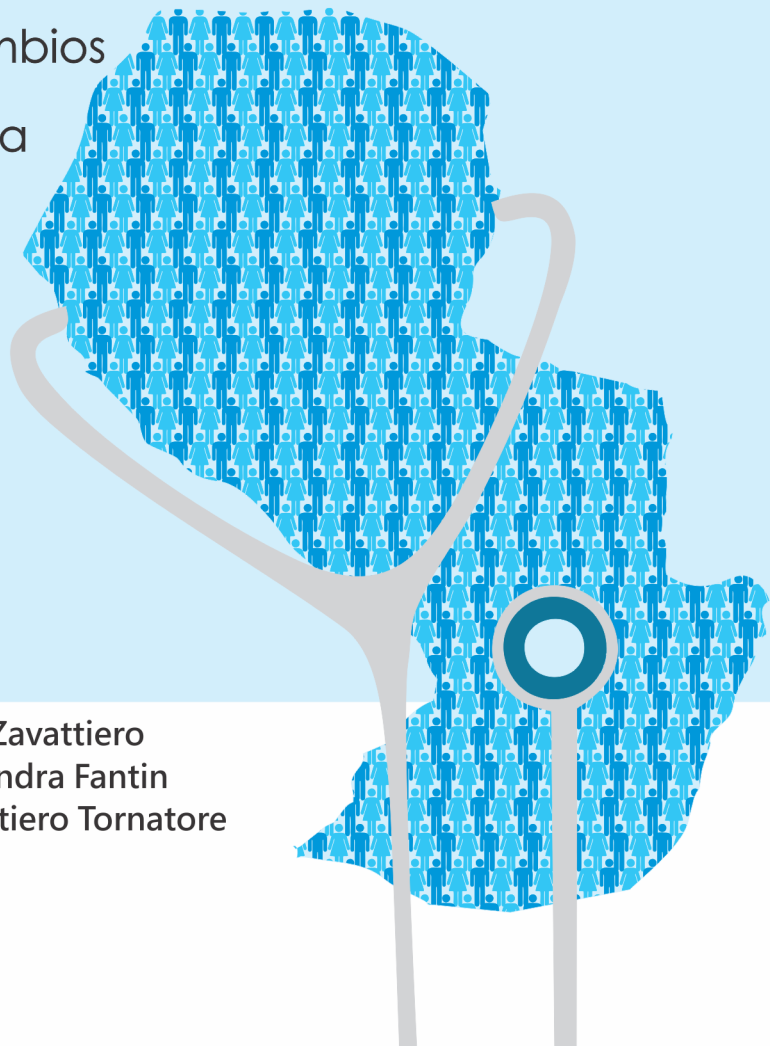


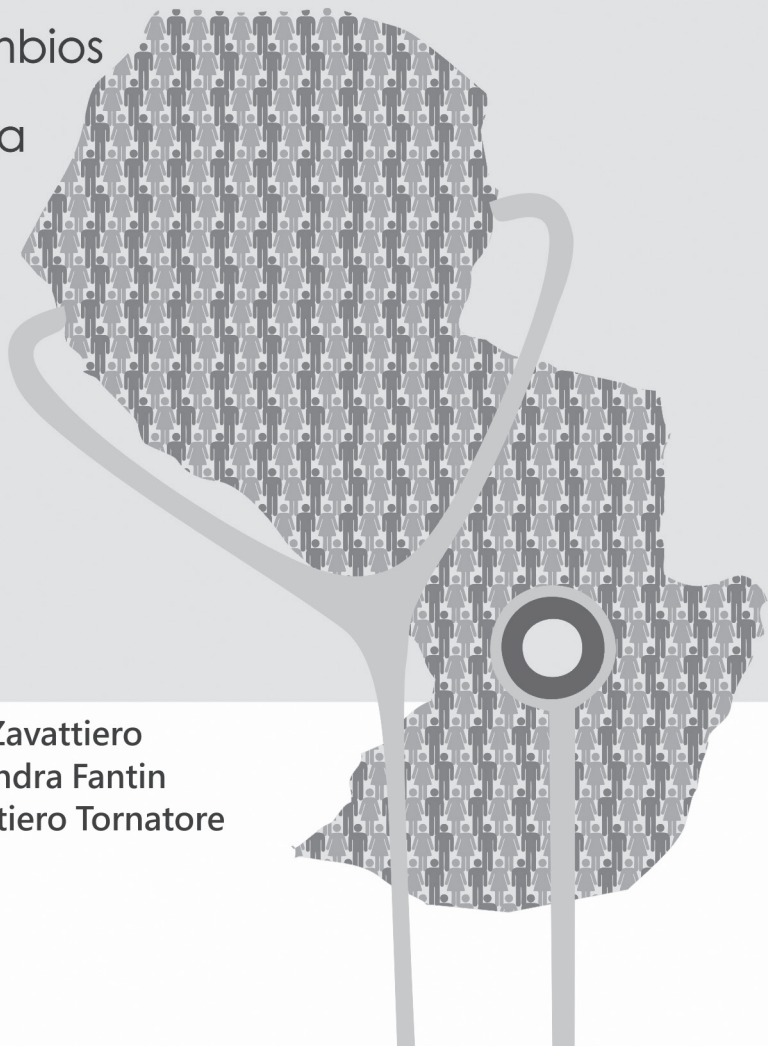
Las demandas potenciales en salud y cuidados desde los cambios en la dinámica demográfica en Paraguay



Claudina Zavattiero  
María Alejandra Fantin  
Georgina Zavattiero Tornatore



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



Claudina Zavattiero  
María Alejandra Fantin  
Georgina Zavattiero Tornatore

 **CONSEJO NACIONAL  
DE CIENCIA  
Y TECNOLOGÍA**

 **PROCIENCIA**  
PROGRAMA PARAGUAYO PARA EL DESARROLLO DE LA CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Con el apoyo de:

**Feei**  
Fondo para la Excelencia de la  
Educación y la Investigación

**ICSO**  
Instituto  
de Ciencias  
Sociales  
Paraguay

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

Claudina Zavattiero, Coordinadora  
María Alejandra Fantin  
Georgina Zavattiero Tornatore

1ª. Edición  
Asunción, 2019  
Instituto de Ciencias Sociales  
Editorial Arandurâ  
115 págs.  
15,5 x 22 cm

ISBN: 978-99967-0-897-8 (versión digital)  
ISBN: 978-99967-0-896-1 (versión impresa)

1. Salud 2. Demandas potenciales 3. Población 4. Dinámicas demográficas 5. Paraguay

© Claudina Zavattiero/María Alejandra Fantin/Georgina Zavattiero Tornatore

© Arandurâ Editorial  
Teniente Fariña 1074  
Asunción, Paraguay  
Tel. (595 21) 214 295  
www.arandura.com

© ICSSO  
Nuestra Señora de la Asunción 1339  
Asunción, Paraguay  
Tel. (595 21) 490 290  
www.icso.org.py

Edición  
Luis Ortiz

Tapa  
Leticia Escobar

Diseño y Diagramación  
Leticia Escobar

Impresión  
Arandurâ Editorial S.A.

---

Este proyecto fue financiado por el CONACYT a través del Programa ProCiencia con recursos del Fondo para la Excelencia de la Educación e Investigación (FEEI) del FONACIDE.

Todos los derechos reservados © 2019 Arandurâ/ICSSO

Impreso en Asunción, Paraguay.

Índice de tablas .....	6
Índice de figuras .....	7
<b>Presentación .....</b>	<b>11</b>
<b>Prólogo.....</b>	<b>13</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>17</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>21</b>
<b>Marco conceptual.....</b>	<b>25</b>
<b>Método y fuentes de información.....</b>	<b>29</b>
<b>1. Cambios sociodemográficos y determinantes sociales del estado de salud de la población en el Paraguay .....</b>	<b>31</b>
1.1 Dinámica demográfica .....	31
1.1.1 Mortalidad y esperanza de vida .....	31
1.1.2 Fecundidad.....	36
1.1.3 Migración. ....	41
1.1.4 Transición demográfica. ....	42
1.1.5 Tamaño y crecimiento de la población.....	43
1.1.6 Distribución geográfica de la población. ....	45
1.1.7 Cambios en la composición por edades de la población. ....	49
1.2 Determinantes sociales .....	55
<b>2. El sistema de salud pública en el Paraguay.....</b>	<b>60</b>
2.1 Las unidades de salud de la familia (USF).....	65
2.2 Inversión en salud.....	67
2.3 Acceso al sistema de salud .....	71
2.4 El cuidado de las personas dependientes por miembros del hogar .....	81
<b>3. Categorización geográfica de indicadores sociodemográficos y de salud .....</b>	<b>84</b>
<b>4. Estimación de la demanda de servicios de salud .....</b>	<b>93</b>
4.1 Estimación de la demanda de atención de salud a nivel nacional .....	93
4.2 Estimación de la demanda de atención de salud por grupos poblacionales .....	95
<b>Conclusiones .....</b>	<b>99</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>103</b>
<b>Anexo .....</b>	<b>108</b>

# Índice

## Tablas

<b>Tabla 1.</b>	Población y distribución porcentual por grandes grupos de edad y tasas medias anuales de crecimiento, Paraguay, 1950-2100..53
<b>Tabla 2.</b>	Gasto per cápita en Salud (US\$) - América del Sur.....68
<b>Tabla 3.</b>	Porcentaje de gasto privado y público respecto al PIB anua, Paraguay.....69
<b>Tabla 4.</b>	Evolución de la cobertura de seguro médico en salud <sup>1/</sup> por área de residencia, sexo y grupos de edad, según años seleccionados (%), Paraguay .....73
<b>Tabla 5.</b>	Evolución de la cobertura de seguro médico en salud <sup>1/</sup> por área de residencia, según años seleccionados (%), Paraguay .....74
<b>Tabla 6.</b>	Tenencia de seguro médico por quintiles de ingreso, 2016 (%), Paraguay.....74
<b>Tabla 7.</b>	Población según condición de enfermedad y exclusión de los servicios, por características y años seleccionados (%), Paraguay .....77
<b>Tabla 8.</b>	Población enferma o accidentada que consultó según establecimiento por área de residencia y sexo, años seleccionados (%), Paraguay .....79
<b>Tabla 9.</b>	Trabajo no remunerado de cuidado de la salud de miembros del hogar (personas de 14 años o más), por parte de la población de 14 años de edad y más, participación (%) y promedio de horas semanales.....82
<b>Tabla 10.</b>	Listado de indicadores demográficos socioeconómico y de la salud.....85
<b>Tabla 11.</b>	Indicadores demográficos socioeconómico y de la salud generados a nivel departamental.....90
<b>Tabla 12.</b>	Porcentaje de la población con alguna enfermedad o accidente reportada (2000 a 2015) según demanda efectiva y encubierta, y estimación para 2020-2025 .....94

## Figuras

<b>Figura 1.</b>	Evolución de la mortalidad, Paraguay, 1950-2100 .....	32
<b>Figura 2.</b>	Distribución porcentual de las causas de mortalidad, Paraguay, 2008 y 2015 .....	34
<b>Figura 3.</b>	Evolución de la esperanza de vida al nacer, Paraguay, 1950-2100 .....	35
<b>Figura 4.</b>	Evolución de la Tasa Global de Fecundidad, Paraguay, 1950-2100 .....	36
<b>Figura 5.</b>	Evolución de la natalidad, Paraguay, 1950-2100 .....	38
<b>Figura 6.</b>	Evolución de las tasas específicas por grupos de edades, Paraguay, 1998, 2004, 2008 y 2016 .....	39
<b>Figura 7.</b>	Evolución de la migración, Paraguay, 1950-2100 .....	41
<b>Figura 8.</b>	Tasa bruta de natalidad y de mortalidad (por mil), volumen de la población (en miles) y estadio de la transición demográfica, Paraguay, 1950-2100 .....	43
<b>Figura 9.</b>	Volumen de la población y tasa de crecimiento media anual (%), Paraguay, 1950-2010 .....	44
<b>Figura 10.</b>	Distribución de la población por departamentoa según área de residencia, Paraguay, 2015 .....	48
<b>Figura 11.</b>	Evolución de la población por grupos de edades, Paraguay, 1950-2100 .....	51
<b>Figura 12.</b>	Pirámides de población (%), Paraguay, 1950, 2020, 2100 .....	52
<b>Figura 13.</b>	Evolución de la población (en miles) por grandes grupos de edad según periodos quincenales, Paraguay, 2015-2090 .....	54
<b>Figura 14.</b>	Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) por área de residencia, según tipo de NBI, Paraguay, 2012 .....	58
<b>Figura 15.</b>	Sistema de salud de Paraguay .....	62
<b>Figura 16.</b>	Establecimientos del Ministerio de Salud, 2015 (%) .....	65
<b>Figura 17.</b>	Número de unidades de salud de la familia instaladas por año, 2008-2015 (acumulativo) .....	66
<b>Figura 18.</b>	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 (%) .....	70
<b>Figura 19.</b>	Población enferma o accidentada que asistió a una consulta y recibió medicamentos gratuitos por área de residencia, años seleccionados (%) .....	80

# Índice

## Figuras

- Figura 20.** Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según demanda efectiva y encubierta .....94
- Figura 21.** Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según grupos de edad.....95
- Figura 22.** Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según área de residencia y sexo .....96
- Figura 23.** Porcentaje de demanda efectiva de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según grupos de edad .....97
- Figura 24.** 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 .....97



BCP	Banco Central del Paraguay
APS	Atención Primaria de Salud
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CONACyT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
DGEEC	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
IPS	Instituto de Previsión Social
IPS	Instituto de Previsión Social
MSPBS	Ministerio de Salud y Bienestar Social
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
SNS	Sistema Nacional de Salud
TEF	Tasas Específicas de Fecundidad
TGF	Tasa Global de Fecundidad
USF	Unidad de Salud Familiar

## USO DEL LENGUAJE

Por motivos de agilidad de la lectura se ha optado por el uso de sustantivos y adjetivos genéricos, evitando la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español “o/a” para marcar la existencia de ambos sexos, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a hombres y mujeres.



El Instituto de Ciencias Sociales (ICSO) presenta con orgullo los resultados de una investigación realizada por una de nuestras destacadas investigadoras, Claudina Zavattiero, quien contó con la importante colaboración de María Alejandra Fantin y Georgina Zavattiero. Las demandas potenciales en salud y cuidados desde los cambios en la dinámica demográfica en Paraguay fue cofinanciada por el Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT) bajo el programa de incentivo a la investigación PROCENCIA.

La investigación se enmarca en nuestra línea de investigación denominada “Desigualdades en bienestar social y protección social”, del cual forma parte Claudina Zavattiero. En este sentido, su experticia en el campo de la demografía no solamente aporta una mirada novedosa a la cuestión de la protección social, sino que también ayuda a consolidar una disciplina como la demografía dentro de las demás ciencias sociales.

En este sentido, el ICSO apuesta siempre con sus investigadores a una mirada multidisciplinaria desde las ciencias sociales en el convencimiento de que una mejor comprensión de nuestra realidad social solo puede darse desde la perspectiva de varias disciplinas trabajando conjuntamente. La realidad circundante es una sola y los compartimentos estancos disciplinares ya no son eficaces al momento de investigarla a profundidad, más aún si nuestra preocupación son personas en condiciones de desigualdad social que esperan políticas públicas eficaces que solo pueden ser tales si están basadas en investigaciones sociales como la que presentamos en esta obra.

El aporte que Zavattiero y sus colaboradoras aportan desde la demografía es también, reiteramos, una forma de consolidar esta disciplina en el ámbito investigativo de las ciencias sociales y es una llamada de atención a los centros académicos que no prestan la suficiente atención a esta rama del conocimiento social al momento de formar a sus futuros egresados. Demás está decir que el carácter pionero de la obra radica en esta enmarcamiento disciplinar.

Desde ICSO congratulamos a estas investigadoras, quienes con rigurosidad metodológica y constancia han concluido con éxito este trabajo. No hay duda de que nuestras autoridades en el ámbito del bienestar social y protección social, si seriamente están comprometidas con su cargo y los paraguayos, deben tomar muy en serio los resultados y las conclusiones que Claudina Zavattiero y su equipo presentan en este libro. No solo han analizado las demandas de salud desde unos años atrás, sino que también nos ofrecen, mediante una prospectiva cuantitativa, un pronóstico del posible escenario que nos espera en tal sector de la población. Incuestionablemente un valioso aporte en todo sentido.

Agradecemos la profesionalidad de las investigadoras, y también la confianza del CONACYT para con ICSO, posibilitando una vez más contribuir con una investigación social que hecha luces, a partir de datos empíricos, sobre un sector siempre urgido de nuestra atención como es la protección social. Muchas gracias.

Sergio Cáceres Mercado  
Director  
ICSO

El estudio que lleva por título *Las demandas potenciales en salud y cuidados desde los cambios en la dinámica demográfica en Paraguay* de Claudina Zavattiero, María Alejandra Fantin y Georgina Zavattiero constituye un hito en una disciplina clave de las ciencias sociales cuyo desarrollo en el país data a este punto de cinco décadas: la demografía. El estudio es, además, un aporte científico al conocimiento de los fundamentos y características de los cambios en la población de la sociedad paraguaya desde la reciente –y tardía– transición demográfica. Y, sin lugar a dudas, el estudio engrosa un conjunto de investigaciones sociales y económicas que sientan un estado de la cuestión sobre las transformaciones actuales de la economía, la sociedad y la cultura en Paraguay.

El trabajo resultante del proyecto de investigación sobre demandas potenciales en salud y cuidados en Paraguay, en el marco del Instituto de Ciencias Sociales (ICSO), se suma a un relativamente reciente proceso de consolidación de la demografía como disciplina institucionalizada de las ciencias sociales en Paraguay, en tanto varias investigaciones y publicaciones en dicho campo han tenido lugar en el país especialmente desde la década de los sesenta del siglo XX. En dicha tradición naciente, el libro *Las demandas potenciales* signa el campo por trazar las más notorias cualidades de manejo conceptual del campo demográfico y tratamiento metódico del material empírico de varias fuentes para exponer con claridad, rigor y precisión un objeto de estudio que no solamente vincula virtuosamente el dominio de conocimiento de las dinámicas de la población y los rasgos del sector institucional de la salud, sino también las tendencias y perspectivas de la situación de la salud pública en función de las fortalezas y debilidades de las políticas públicas.

El mérito del trabajo consiste en generar información y análisis sobre la dinámica de la población, su tendencia intertemporal, la velocidad e intensidad de las transformaciones demográficas y la distribución, así como la movilidad espacial de la población, en tanto constituyen dimensiones esenciales en la planificación de la salud pública. Es por eso que el análisis demográfico planteado por Zavattiero, Fantin y Zavattiero Tornatore ofrece la posibilidad de conocer los principales efectos de esas dinámicas en la salud pública, tanto desde el punto de vista etario, geográfico como cultural.

De este modo, el libro reúne un acervo significativo de aportes al conocimiento de las transformaciones sociodemográficas en el país y sus implicaciones en la salud pública, de manera a no sólo caracterizar las diferencias en distintos periodos de la estructura y composición de la población paraguaya sino asimismo hacer posible la estimación de las demandas que los diferentes sectores y actores de la sociedad tramitan ante el Estado según sus situaciones respectivas.

En la transición demográfica que acaece desde la última década del siglo XX, la población paraguaya ha estado marcada por el aumento de su volumen, aunque ese crecimiento se ha desacelerado emergiendo cambios sustantivos en la composición por edades y con un crecimiento de menor intensidad durante las dos primeras décadas del siglo XXI. Este proceso tiene implicaciones en las características sociales y culturales de la población, así como constituye la base de cambios en la estructura productiva. La consideración de estos aspectos se hace crucial en la comprensión de los márgenes de actuación disponibles para el Estado y las políticas públicas.

Los problemas y desafíos de la salud pública, en especial los rasgos y escenarios para los diferentes sectores de la población, son un componente importante de los cambios en la morbilidad, la epidemiología y la mortalidad de la población, con las respectivas demandas de recursos dirigidas al poder público y la oferta en el mercado. Las condiciones de actuación del Estado, en este marco, depende de factores que, si bien no se circunscriben sólo a las dinámicas sociodemográficas, interpelan las oportunidades y las capacidades integrales que dispone la sociedad paraguaya para atender un reto de extraordinaria envergadura.

Los desafíos que el escenario demográfico en la actualidad, así como el escenario del futuro próximo imponen sobre las condiciones sociales y económicas, impulsan la articulación de los procesos demográficos con las políticas de salud pública en busca de un sistema de protección integral. En este sentido, el logro del estudio en hacer un escrutinio riguroso y preciso sobre las características y tendencias de la demanda potencial previsible de personas que requerirán asistencia sanitaria en el periodo de análisis, llevaron a las autoras del estudio a considerar las condiciones de acceso de la población con necesidad de salud (demanda total), con necesidad de salud atendida (demanda efectiva) y con necesidad

de salud insatisfecha (demanda encubierta). La investigación emprendida a partir de una perspectiva teórica informada por la demografía y con un abordaje metodológico de enfoque cuantitativo, tanto descriptivo e inferencial, tuvo importantes hallazgos en términos de la cuantificación de la demanda efectiva de salud en el país desde el 2015 hasta la propensión de la demanda total en 2025 (con base en proyecciones demográficas) mostrándose que ésta se concentrará especialmente en zonas urbanas y concerniendo de modo específico a las mujeres y a los adultos mayores.

A partir de estas tendencias, el estudio concluye 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. Algunas regiones y zonas del país presentan rasgos específicos de exclusión y vulnerabilidad que requieren atenderse. Los esfuerzos de inversión además no están aún del todo planificados en función de las zonas rurales del país y de la población con menores ingresos, además de constatarse la necesidad de articular las acciones con el acceso a otros derechos como el de educación, alimentación y nutrición, saneamiento, así como la protección social integral, de manera a reducir la exclusión y contribuir a la calidad de vida y la equidad social en el país.

Por todos estos motivos, no me queda sino congratular a las investigadoras del estudio y alentar para que otros proyectos de estas características, contribuyan a acumular conocimiento y fortalecer los aportes al campo científico del país, incidir con evidencias en las políticas públicas, así como generar fuentes de información para las acciones colectivas que busquen apuntalar el bienestar de todos y todas.

**Luis Ortiz**

Investigador

Instituto de Ciencias Sociales (ICSO)





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.

Como resultado de la transición demográfica, la evolución de la población paraguaya ha estado marcada durante mucho tiempo por el aumento de su volumen. Pero desde el nuevo milenio ese crecimiento se ha desacelerado emergiendo cambios sustantivos en la composición por edades (CELADE, 2017), lo que se traduce en modificaciones significativas en las etapas del ciclo de vida de las personas: niñez, adolescencia y juventud, adultez y vejez.

El país se halla actualmente en el estadio de transición demográfica plena, lo que implica que el volumen de población continuará en aumento en las próximas décadas, aunque de manera más desacelerada. Este escenario contará con disminuciones en el volumen absoluto y relativo de personas menores a 15 años, un aumento temporal en el grupo de personas en edades productivas y un rápido, así como sostenido crecimiento del volumen de personas mayores (CELADE, 2017). Estos cambios revelan que el país posee relaciones de dependencia demográfica favorables pero transitorias y un incipiente e irreversible proceso de envejecimiento de la población.

Los cambios en la composición por edades de la población tienen consecuencias económicas y sociales diversas, entre las que se encuentran los desafíos para los sistemas de salud (Miró, 2015) puesto que el envejecimiento de la población ejercerá una gran presión sobre el Estado, el que deberá generar los recursos suficientes para proveer calidad de vida a los habitantes. Además, el sistema de salud afronta un cambio de paradigma al pasar a considerar a la salud como estado de bienestar (Fantin, 2008) y a constituir parte elemental de los derechos humanos (Cecchini y Martínez, 2011). En este sentido, las metas de las políticas en el área de la salud son prácticamente las mismas en todo el mundo: mejorar el bienestar integral y extender el tiempo de vida de las personas (OMS, 1978). Sin embargo, la prolongación de la vida no siempre asegura que sea con más calidad puesto que las enfermedades crónicas se intensifican durante la vejez (Ibarrarán, 2017).

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 advenimiento de una importante proporción de población adulta mayor debe alertar sobre 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 implicará. Además, las nuevas pautas culturales y demográficas (como las de fecundidad) modificaron las estructuras familiares, siendo éstas ahora menos numerosas o ensambladas, con lo cual el sistema de cuidados también será un problema en ciernes.

Los desafíos que el escenario poblacional actual y futuro imponen 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.

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

Entre los principales hallazgos resalta que la demanda efectiva de salud en el Paraguay en 2015 representó el 81,3% de la demanda total. Al calcular la proporción estimada de demanda total se obtiene un incremento potencial en 110.000 personas en el

quinquenio entre 2020 y 2025, de modo que la demanda total probable ascenderá a más de 2.250.000 personas en promedio por año entre 2020 y 2025 (aproximadamente el 30% de la población). De éstas, un poco más de 1.950.000 se consideran como casos probablemente efectivos (86,7% de la demanda total estimada). La demanda se concentrará mayormente en zonas urbanas, en mujeres y en personas mayores.

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.



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. Actualmente, el país se halla en el estadio de transición demográfica plena, lo que implica que el volumen de población continuará en aumento en las próximas décadas, aunque de manera más desacelerada.

Este escenario contará con disminuciones en el volumen absoluto y relativo de personas menores a 15 años, un aumento temporal en el grupo de personas en edades productivas y un rápido, así como sostenido crecimiento del volumen de personas mayores (CELADE, 2017). En este sentido, dichos cambios demográficos y en la estructura poblacional permiten avizorar que, en los próximos años, el sistema de salud enfrentará desafíos para garantizar al goce efectivo del derecho a la salud durante todo el ciclo de vida.

Es por lo expresado que la presente investigación busca relacionar los cambios demográficos con el estado de salud de la población y las demandas de atención, a fin de realizar estimaciones de las potenciales demandas en salud y cuidados a partir de las transformaciones demográficas previsibles 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 2100.
- Analizar el sistema de salud en el Paraguay y sus principales indicadores examinando la relación entre las condiciones de salud y las características demográficas.
- Identificar zonas de mayor riesgo a partir de la categorización territorial por departamentos de indicadores sociodemográficos y de salud.
- Estimar la incidencia que los cambios de la dinámica demográfica tendrán sobre la demanda de atención en el ámbito 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 más rezagadas del país y por ende con indicadores de desarrollo más críticos.

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, las nuevas pautas de fecundidad, así como las 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 ocasionarán al sistema de salud y de cuidados, para que a partir de ello se tomen las medidas necesarias atendiendo las etapas del ciclo de vida de las personas, así como las zonas geográficas y su situación socioeconómica.

Se espera que la investigación y el sistema de indicadores de potenciales demandas en salud y cuidados, basado en información estadística nacional sistematizada, sea de utilidad a los encargados de la planificación de las políticas públicas y responsables de decisiones. Las instituciones dedicadas a la focalización de la población vulnerable podrán servirse de esta investigación para identificar zonas en riesgo con criterios complementarios de focalización respecto de los ya utilizados tales como los ingresos monetarios o su combinación con necesidades de pobreza estructural.

El documento se organiza en cuatro capítulos, además de la presente introducción. El primer capítulo describe los cambios ocurridos en la dinámica demográfica en las últimas décadas y las tendencias futuras hasta 2100. 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. El cuarto capítulo da cuenta de la estimación de las potenciales demandas de atención de salud y cuidados hasta el año 2025. Finalmente se presentan las conclusiones a las que el presente estudio arriba.





Los cambios en la composición 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 los desafíos para los sistemas de salud son cruciales (Miró, 2015), puesto que las necesidades de atención se transforman a partir de los cambios de la población (Cecchini y 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 éste 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 bienestar (Cecchini y 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, 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.

Las metas de las políticas en el área de la salud son prácticamente las mismas en todo el mundo, siendo los objetivos universales: mejorar la salud y extender el tiempo de vida (OMS, 1978). Sin embargo, 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).

---

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> 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

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 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 (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

Por su parte, el acceso al sistema de salud considera las posibilidades genuinas que tienen las personas de acceder a bienes y servicios de calidad para satisfacer las necesidades que se les presentan en el transcurso de su vida, más allá de su capacidad adquisitiva, su género, su lugar de residencia, su edad, entre otros. 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, 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 (Arts. 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 Pública y Bienestar Social (MSPBS) propuso un nuevo enfoque del sistema de salud inspirado en los principios de universalidad, gratuidad, inclusivo, con 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, 2009a). La implementación de dicha estrategia supone pasar de un modo asistencial y curativo a un modo promocional de la salud y de la calidad de vida.

A pesar de dicha transformación, Dullak y otros (2011) afirman que el sistema de salud en Paraguay está segmentado y 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 para luego comenzar a disminuir (CELADE, 2017) y, por otro lado, 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 y 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.



# Método y fuentes de información

El enfoque del estudio es cuantitativo, con metodología descriptiva e inferencial, utilizando extrapolación a partir de una regresión logarítmica, la cual, genéricamente se expresa como  $y = a(\ln(x)) + b$ . Se utiliza con asiduidad en los cálculos y desarrollo 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.

Los datos secundarios utilizados provienen de 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 del Paraguay. Se desagrega la información por área geográfica, sexo y grupos de edad (niñez, adolescencia y juventud, personas adultas y personas mayores) a modo de identificar los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad en el ámbito de la salud.

Cabe señalar que si bien las fuentes mencionadas no son especializadas en salud, su periodicidad permite el monitoreo de los indicadores generados, además de otros atributos como la representatividad nacional, solvencia, validez de los registros y posibilidad de desagregación.

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). Dicha encuesta permite conocer la distribución del tiempo de hombres y mujeres en actividades de cuidado y apoyo a personas con dificultad y dependencia permanente, así como a personas de 60 años y más de edad<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> 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 (DGEEC, MH y MinMujer, 2017).

La población en estudio está constituida por las personas residentes en zonas urbanas y rurales del 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, a modo de evitar introducir en el modelo fluctuaciones interanuales, entre 2000 y 2015. 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 ello, la cifra estimada no contempla los casos de requerimiento de atención de salud preventiva.

Dicha población 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 la total y la efectiva. 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 incluye 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, para luego abordar el comportamiento de las migraciones y 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.

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 sanitaria, aspectos que se expondrán en el siguiente capítulo.

## **1.1 Dinámica demográfica**

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, por lo que a continuación se realiza un análisis de los componentes de la dinámica demográfica.

### **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. Posteriormente se espera que vuelva a incrementarse a consecuencia del proceso de envejecimiento de la población (Figura 1).

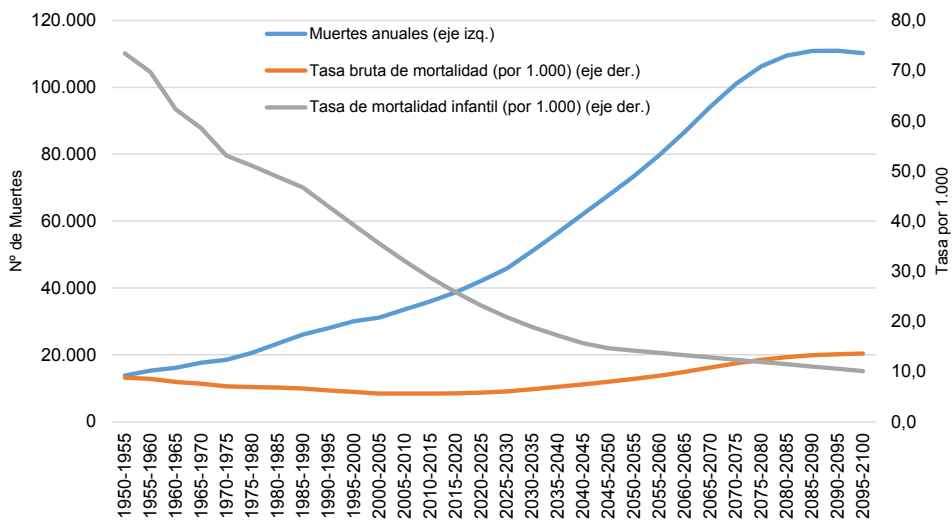


Figura 1. Evolución de la mortalidad, Paraguay, 1950-2100

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 (18,6 en 2010-2015) (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 2015 (MSPBS, 2015). 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, 2015), las que podrían reducirse o evitarse en el sistema de salud.



Dado ese panorama, es conveniente señalar que los partos institucionales han pasado de 84,5% en 2000 a 97,0% en 2015 (MSPBS, 2001 y 2016), que el 83,3% de las mujeres embarazadas asistieron al menos a cuatro consultas prenatales en 2015 (MSPBS, 2016), pero que, sin embargo, prevalece una elevada razón de mortalidad materna.

En 2015 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, 2015)<sup>4</sup>. 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 2015 (MSPBS, 2015). 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, la cual 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” (Meslé y Vallin, 1995 citado en CELADE 1997b, p. 8).

Esta 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).

---

<sup>4</sup> Según las estimaciones de la OMS (2014) la razón de mortalidad materna ubica a Paraguay en el lugar 112 entre 183 países a nivel mundial, registrando niveles intermedios en el contexto de América Latina que ubica a Uruguay como uno de los países con menor RMM (14 por 100.000 nacidos vivos) y a Bolivia entre los de mayor RMM (200 por 100.000 nacidos vivos) (OMS, 2014).

En el país, la tasa de mortalidad ha disminuido cambiando el perfil de las defunciones por causas y grupos de edad. Según datos del MSPBS entre 2008 y 2015 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. En otras palabras, los padecimientos crónicos han desplazado de forma acelerada a las enfermedades infecciosas y complicaciones materno-infantiles como principales causas de muerte en las últimas décadas (MSPBS, 2015).

Las principales causas de mortalidad en el Paraguay son las enfermedades del sistema circulatorio, tumores y diabetes (Figura 2). Esta tendencia ocasionará, en los próximos años, un aumento de la tasa de mortalidad y el correspondiente impacto en el sistema de salud.

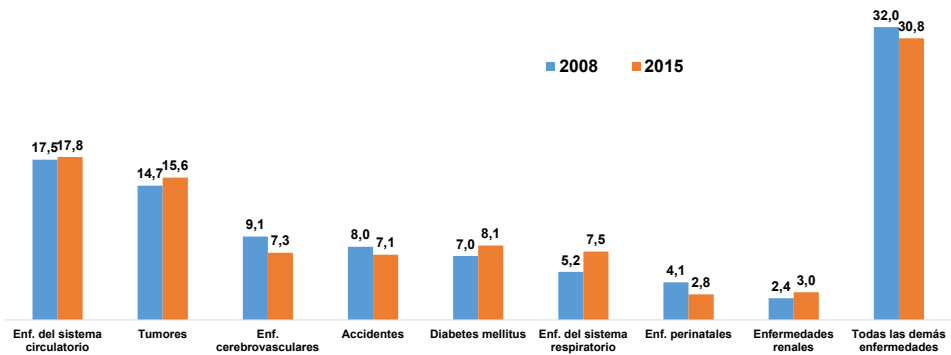
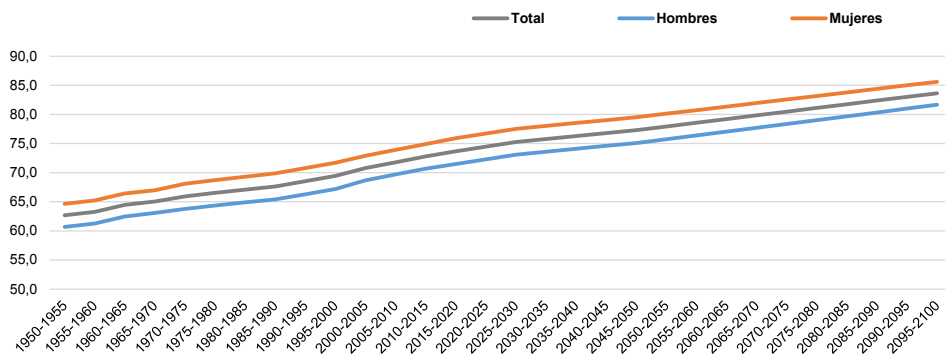


Figura 2. Distribución porcentual de las causas de mortalidad, Paraguay, 2008 y 2015

Fuentes: elaboración propia a partir de Subsistema de Estadísticas Vitales (SSIEV). Dirección de Estadísticas (DES) Indicadores de mortalidad INDIMOR año 2008 y 2017.

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<sup>5</sup>, 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 las siguientes 5 décadas, 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 de sobrevivencia en el promedio de vida de sus habitantes (Figura 3).



**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).

<sup>5</sup> Representa el número medio de años de vida esperados para un recién nacido, manteniendo el patrón de mortalidad existente, en la población residente en determinado espacio geográfico en un año considerado. Actualmente los hombres tienen una esperanza de vida de 71,5 años y las mujeres de 75,9 años (CELADE, 2015).

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.

### 1.1.2 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)<sup>6</sup> 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).

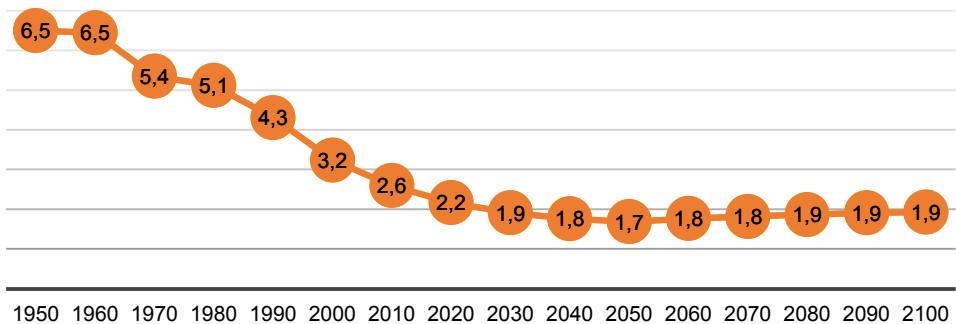


Figura 4. Evolución de la Tasa Global de Fecundidad, Paraguay, 1950-2100

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

<sup>6</sup> Es el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante el periodo fértil tuvieron sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio y no estuvieron expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del periodo fértil.

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 1990 (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<sup>7</sup> 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 composición por edades de la población como se verá más adelante.

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 hogar<sup>8</sup> y nivel socioeconómico.

---

<sup>7</sup> 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. Hugo 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).

<sup>8</sup> Cabe precisar que la lengua guaraní está asociada estadísticamente a los niveles de ingreso, educación, acceso a servicios de salud, entre otros, más bajos (PNUD, 2008). Esto se debería a que el uso del guaraní como medio de comunicación opera con mayor frecuencia entre los sectores más pobres de la población.

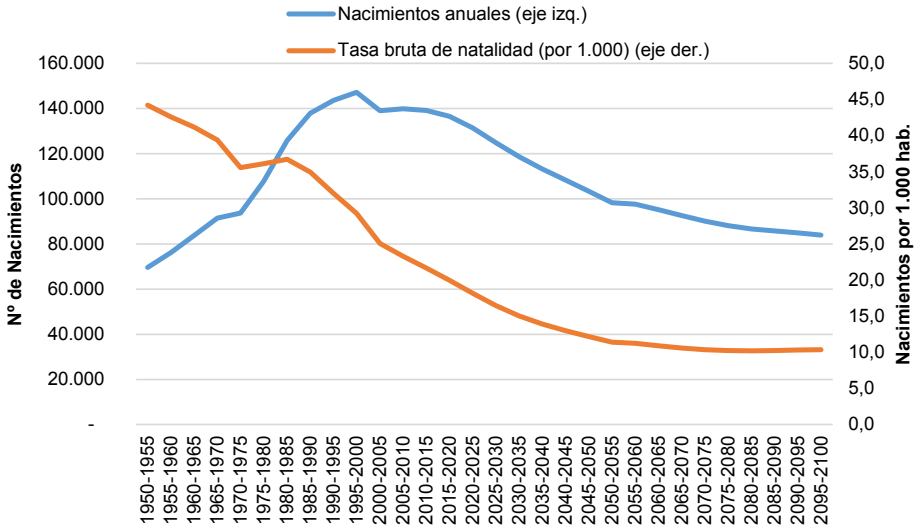


Figura 5. Evolución de la natalidad, Paraguay, 1950-2100

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

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).

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).

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 cúspide<sup>9</sup> 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 y luego entre los 20 y 24 años (Figura 6).

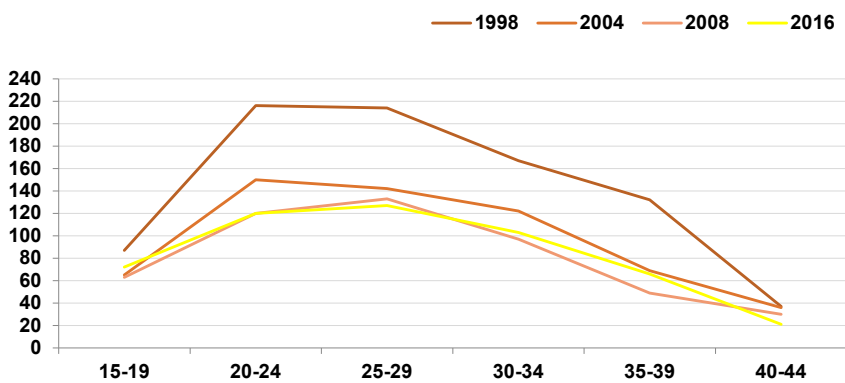


Figura 6. Evolución de las tasas específicas por grupos de edades, Paraguay, 1998, 2004, 2008 y 2016

Fuente: elaboración propia a partir de CEPEP (2009), Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, ENDSR 2008 y MSPBS, DGEEC y UNICEF (2017), Encuesta MICS Paraguay 2016.

<sup>9</sup>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.

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 19 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. Asociado a lo anterior también se tiene que el 17,7% de los nacidos vivos registrados en 2015 tienen como madres mujeres entre 10 y 19 años.

La fecundidad en el grupo de adolescentes 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). Sin embargo, tiene 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).

Respecto a esto último, hay que señalar 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 halla 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.

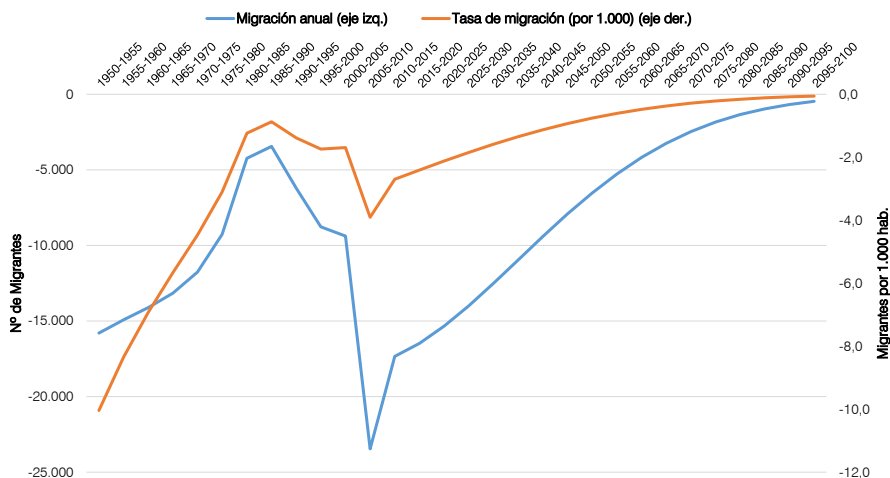


### 1.1.3 Migración.

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 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 (Argentina) o nuevos, como el caso de España.



**Figura 7. Evolución de la migración, Paraguay, 1950-2100** Fuente: elaboración propia a partir de CEPEP (2009), Fuente: elaboración propia a partir de CELADE (2017) Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100 (Paraguay).

### **1.1.4 Transición demográfica.**

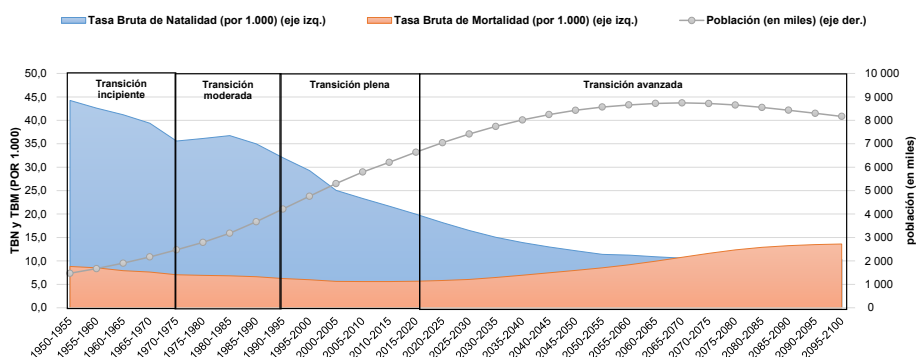
En el Paraguay, la transición demográfica se inició en torno a 1960 con el descenso de la mortalidad, seguido de la caída de la tasa de fecundidad, lo que impulsó el crecimiento natural de la población. Van de Kaa (1997), citado en Medina y Fonseca (2003, p. 33), sostuvo que “el desarrollo de las teorías 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 laboral, 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 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 de la población 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).

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.



**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).

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.

### 1.1.5 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 y que fueron presentadas anteriormente:

- Entre 1950 y 1970, la población crecía a una 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 fecundidad<sup>10</sup> (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.

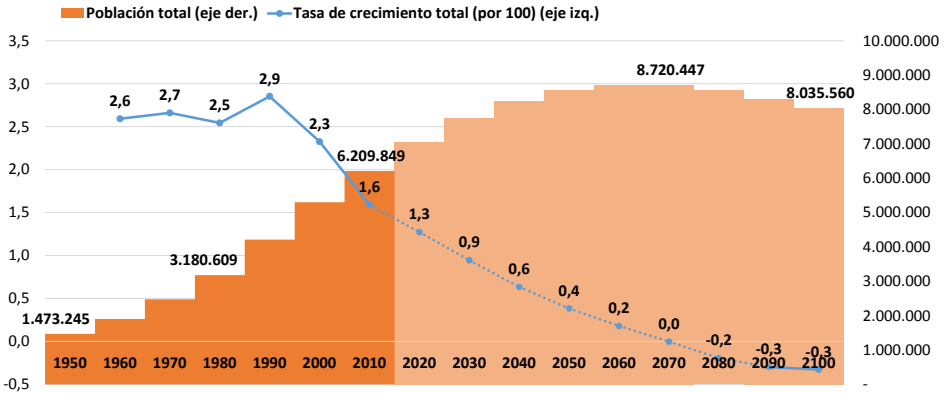


Figura 9. Volumen de la población y tasa de crecimiento media anual (%), Paraguay, 1950-2010

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

<sup>10</sup> 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).

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 la tasa de crecimiento demográfico continuará descendiendo, ello no implica que en el corto plazo la población deje de crecer en valores absolutos.

Esto es así debido a la inercia o potencial de crecimiento implícito en la propia composición por edades<sup>11</sup> 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 reducción de la fecundidad, la población total aumentará en 2065 un 31,7% respecto de 2015, para luego disminuir su volumen (CELADE, 2017).

### **1.1.6 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<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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).

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)<sup>13</sup>.

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<sup>14</sup> (DGEEC, 2015b).

Cabe señalar que la población de Asunción, capital del país con 117 km<sup>2</sup> de superficie, comenzó a disminuir su volumen desde 2008 siendo superada por los departamentos de Itapúa y Caaguazú (DGEEC, 2015b), 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).

---

<sup>13</sup> Esta distribución obedece a las condiciones climáticas y geo-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, incluida su capital (Souchaud, 2018).

<sup>14</sup> 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 carencia de dichas obras y la inexistencia de programas que permitan una fluida circulación de bienes y personas, proporcionando condiciones apropiadas de asentamiento a la población (STP, 1980).

Por su parte, debido al estancamiento industrial, el proceso de urbanización es relativamente nuevo (25 años) e irreversible. Entre 1950 y 2015 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 (66,4%) en 2015 (CELADE, 2017).

Es decir, de ser un país predominantemente rural y agrario hasta 1992 pasó a experimentar el proceso de urbanización<sup>15</sup>. El crecimiento de la población en los próximos años será eminentemente urbano, agregando tres 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 están 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. En contrapartida, en once departamentos del país más de la mitad de la población se asienta en zonas rurales (Figura 10).

---

<sup>15</sup> 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).

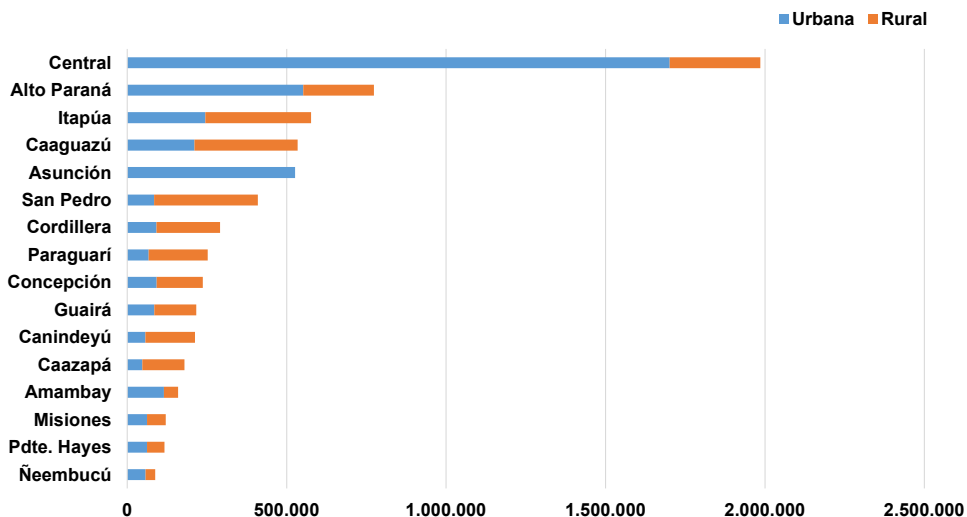


Figura 10. Distribución de la población por departamentoa según área de residencia, Paraguay, 2015

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

Nota<sup>1</sup>: 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. 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.

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) y sociales como educación y 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.



### **1.1.7 Cambios en la composición por edades de la población.**

Además del tamaño poblacional, los cambios de las variables demográficas ocurridos durante la transición en las últimas siete décadas modificaron la composición 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 24,9 años en 2015 y con tendencia a ir desplazándose paulatinamente hacia edades mayores, escenario en el cual la edad mediana de la población llegará a 46,2 años en 2100 (CELADE, 2017). Este proceso gradual se conoce como envejecimiento poblacional (CELADE, 2005).

Lo anterior ha llevado históricamente a considerar a la población paraguaya como predominantemente joven a causa de las altas tasas de fecundidad prevalecientes hasta mediados del siglo pasado. Sin embargo, reducciones en los niveles de mortalidad y consecuentemente el incremento de la esperanza de vida produjeron cambios en la estructura de la población.

La modificación de la estructura etaria 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 está 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% (CELADE, 2017).
- 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 rasgo joven puesto que el grupo menor a 15 años es inferior al 40% de la población total (CELADE, 2017).

- En 2015, la población del Paraguay se caracteriza por presentar una estructura con incipiente envejecimiento poblacional (30,1% de la población tiene menos de 15 años y 9% tiene 60 años y más) (CELADE, 2017).

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).

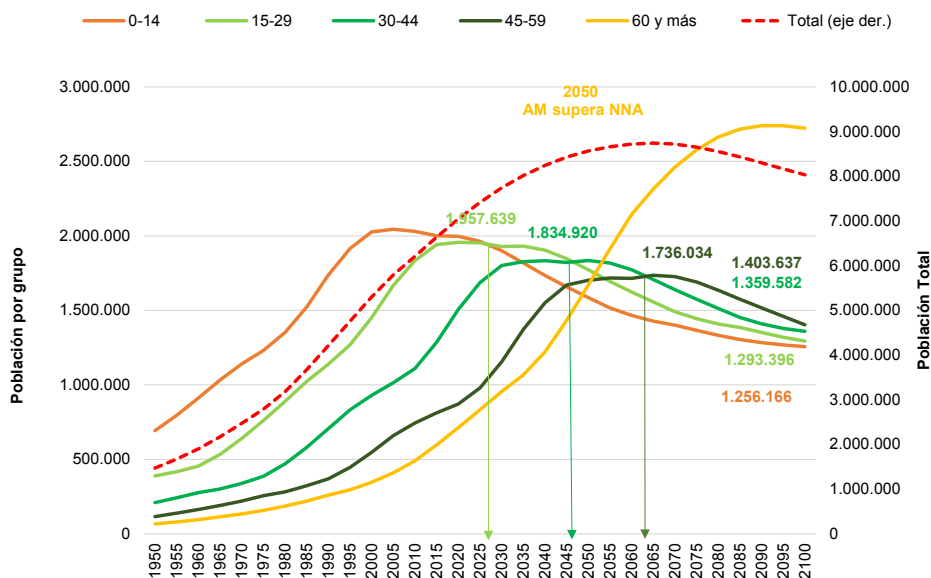


Figura 11. Evolución de la población por grupos de edades, Paraguay, 1950-2100

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 grupos 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).

Lo anterior se traduce en el paso de una estructura con características de población joven (producto de las altas tasas de fecundidad prevalentes hasta mediados del siglo pasado) a otra con incipiente envejecimiento, caracterizado por un mayor peso relativo del grupo de personas adultas mayores en la población total, siendo este el cambio más significativo de la última década. 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 composición 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 años), 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).

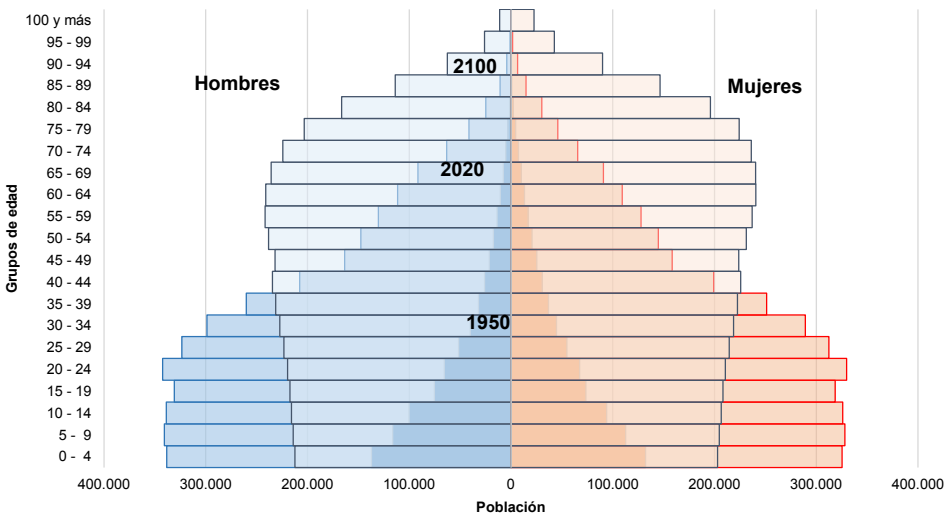


Figura 12. Pirámides de población (%), Paraguay, 1950, 2020, 2100

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 (CELADE, 2017).

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 duplica 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 una de cada 10 personas en la población en 2030 a dos de cada 10 en 2055 y tres 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.

**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 adultas mayores, por lo que la relación del crecimiento por grupos es de casi tres personas en edades productivas respecto a una 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 adultas 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.

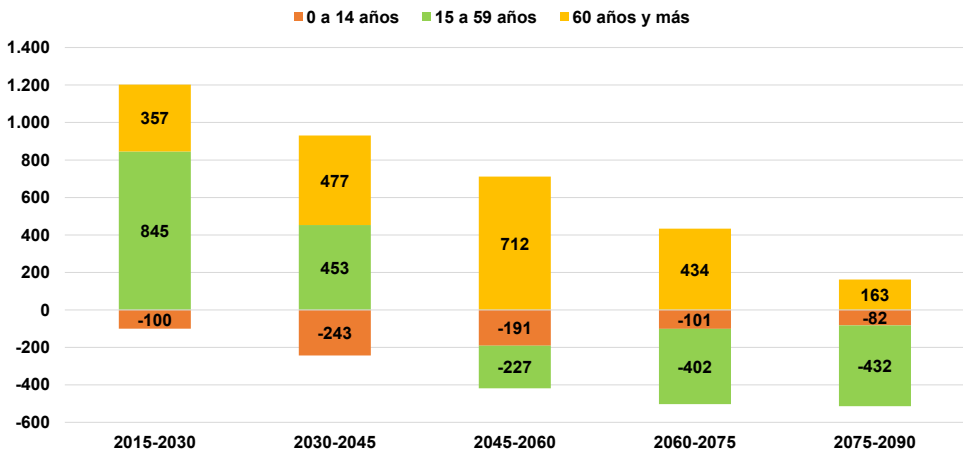


Figura 13. Evolución de la población (en miles) por grandes grupos de edad según periodos quincenales, Paraguay, 2015-2090

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

## 1.2 Determinantes sociales

Los cambios en el comportamiento de la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, arriba referidos, se ven afectadas por las disparidades sociales. La evolución relativa de la distribución del ingreso per cápita mensual en los últimos 15 años (2000-2015) se mantiene estable, aunque en niveles extremadamente desiguales. En promedio el 41% del ingreso total ha estado concentrado en el 10% más rico (decil 10), mientras el 1,2% en promedio del total del ingreso per cápita corresponde al decil más pobre (decil 1) (DGEEC, 2015b). De allí se desprende que algunos grupos de la población logran acceder al bienestar económico, mientras que son muchos más los sectores que continúan excluidos de los beneficios del crecimiento económico.

Al ser un país con una alta desigualdad, en 2015, el 70% de la población tiene ingresos per cápita mensuales por debajo de la media (Gs. 1.316.426) (DGEEC, 2015b). El ingreso por persona además es desigual entre área urbana y rural y también internamente dentro de cada área se evidencia la desigualdad de los ingresos. En el primer caso, el ingreso per cápita mensual urbano es 2,1 veces el del rural (Gs.1.662.573 y Gs. 784.083 respectivamente) (DGEEC, 2015b). Mientras que en el segundo caso, la participación del decil más rico en el ingreso total respecto a la del decil más pobre es 18,9 veces mayor en el área urbana y 19,3 veces en el rural, esta tendencia ha sido recurrente en el tiempo (DGEEC, 2015b).

De esta distribución resulta que el monto promedio de ingresos mensuales de un hogar paraguayo es de Gs. 4.591.000, siendo la principal fuente la de origen laboral (DGEEC, 2015c). En 2015, el promedio mensual de ingresos laborales es aproximadamente de Gs. 4.349.000; el de un hogar situado en el 20% más pobre apenas alcanza Gs. 937.000 y el 20% siguiente a Gs. 1.999.000 (DGEEC, 2015c.). Es decir, que casi el 40% de los hogares no logra, a través del trabajo de sus miembros, asegurar un ingreso mínimo (en términos del salario mínimo –Gs. 1.824.055– en 2015) para su subsistencia, situación que se compensa con ayudas familiares y apoyo del Estado.

La inequitativa distribución de los recursos y el bajo nivel de los ingresos de la población da lugar a la persistencia de la pobreza por carencia de ingresos. Según Navarro y Ortiz (2014):

*Una desigualdad de ingresos alta significa que muchas personas con bajos recursos sub-invierten en las dimensiones esenciales del capital humano (educación, salud, nutrición, ahorros jubilatorios). Esto afecta la productividad, el crecimiento económico, la generación de empleos de calidad y la capacidad para obtener mejores ingresos (p. 73).*

Entre 2006 y 2015 el país viene manteniendo una tendencia descendente de los niveles de pobreza por ingresos monetarios (extrema y moderada) (48,9% y 26,6% respectivamente) (DGEEC, 2015c). Lo expuesto es acompañado, en los últimos quince años (a excepción de 2009 y 2012), por niveles positivos de crecimiento económico (BCP, 2015), avances en muchos indicadores sociales y una mayor presencia del Estado con políticas públicas de mayor cobertura y amplitud. A pesar de lo mencionado, la trayectoria positiva es lenta<sup>16</sup> y aún persisten algunos desafíos que inciden en el estado de salud de la población.

La pobreza, a pesar de su reducción en el tiempo, afecta a más de una de cada cuatro personas, e incluye al 5,4% en condiciones de extrema pobreza o indigencia. Esta realidad involucra a más de 1.768.000 personas en el país y es casi dos veces mayor en términos porcentuales en el área rural frente al urbana (37,7% y 19,3% respectivamente), en tanto, la brecha entre áreas es todavía más profunda si se considera la pobreza extrema, la que es siete veces superior en el área rural respecto al urbana (11,2% y 1,6% respectivamente) (DGEEC, 2015c).

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, puesto que presentan los mayores niveles de la pobreza más dura o extrema. Esta condición afecta el desempeño de otros indicadores sociales, por lo que constituyen grupos de alta vulnerabilidad.

La pobreza extrema implica que las personas no tienen la capacidad de adquirir una canasta básica de alimentos, generando como resultado poblaciones mal nutridas o mal alimentadas, y su relación directa con el estado de salud. 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 (MSPBS, 2010). En el país, el 5,9% de los niños menores de 5 años padecen desnutrición crónica (MSPBS, DGEEC y UNICEF, 2017).



Ello es particularmente relevante en la niñez ya que presenta el 8,1% de su población en situación de extrema pobreza (DGEEC, 2015c).

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.

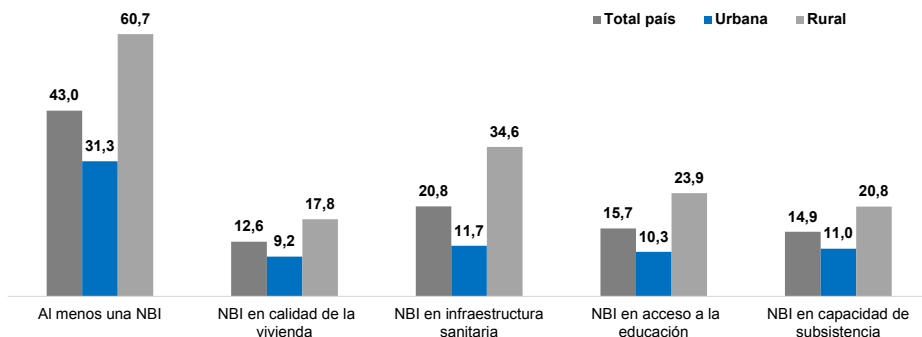
Las dolencias de salud de las personas en situación de pobreza no solo comprometen su calidad de vida, sino que afectan su principal capital (el capital humano), reducen sus ingresos por efecto de ausencia laboral y erosionan su presupuesto familiar. En el peor de los casos, cuando la enfermedad termina con la muerte o la incapacidad permanente del sostén de la familia, las deficiencias de salud se convierten en una catástrofe económica y emocional, con impacto en todos los miembros del hogar y probablemente hasta el mediano plazo.

Es necesario contemplar que las vulnerabilidades y privaciones no terminan cuando los ingresos monetarios de un hogar o una persona sobrepasan y se sitúan por encima de la línea oficial que define el nivel de pobreza, expresada en términos monetarios, pudiendo mantenerse pobres aun cuando hayan aumentado su nivel de ingresos. Esto es así ya que, aunque “la pobreza se identifique más frecuentemente con la falta de ingresos monetarios, sus causas implican la disminución de las capacidades de acceso a los servicios sociales y a las oportunidades para ejercer plenamente los derechos humanos, sin discriminación” (SAS, 2017, p. 12).

En este contexto, la pobreza es más que la escasez o la insuficiencia de ingresos, es más bien, “un síndrome situacional en el que se asocian el infra consumo, la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda, los bajos niveles educacionales, las malas condiciones sanitarias, una inserción inestable en el aparato productivo o dentro de los estados primitivos del mismo” (Altimir, 1979, p. 1).

De este modo, si se consideran otras dimensiones no monetarias, el perfil de la pobreza coyuntural se complementa con la pobreza estructural por medio de las dimensiones de necesidades básicas insatisfechas (NBI), pudiendo existir privaciones de ambos tipos. En 2012, el 43% de los hogares y el 44,5% de la población en el Paraguay es pobre por presentar al menos una NBI.

Las necesidades en infraestructura sanitaria y en acceso a la educación explican gran parte de esta pobreza, seguidas por la capacidad de subsistencia y en último lugar por la calidad de la vivienda. Nuevamente, la pobreza por NBI es más severa en áreas rurales, involucrando a más de la mitad de los hogares que residen en ella y con brechas que duplican las cifras del área urbana (Figura 14).



**Figura 14. Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) por área de residencia, según tipo de NBI, Paraguay, 2012**

Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): una aproximación a la pobreza estructural, 2012.

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 y el acceso a servicios públicos. El acceso a agua corriente dista de ser universal en el país, puesto que 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 (véase anexo, Tabla A1). En estos indicadores existen grandes diferencias entre el medio urbano y el rural, en detrimento de este último (DGEEC, 2015b).

El acceso a electricidad es casi universal (99,4%) y permite el uso de artefactos como heladera, ventilador o aire acondicionado, los que posibilitan un mínimo de calidad de vida dadas las altas temperaturas que se experimentan la mayor parte del año en el país. A pesar de ello, el alto costo de la tarifa eléctrica restringe el uso en hogares de determinados estratos económicos.

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% (Véase anexo, Tabla A1). 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).

Por su parte, 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 7,2% no asiste a la escuela y en el caso de la niñez y adolescencia del área rural dicha cifra asciende a 9,2%.

En este marco, se destaca que el Paraguay adherido diversos compromisos internacionales, entre los cuales uno mundial lo constituye los objetivos de desarrollo humano propuestos por las Naciones Unidas en el año 2015 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 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 (NNUU, 2015).

## 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 este ámbito, 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, la garantía a gozar de buenas condiciones de salud debe ser un punto de convergencia de diferentes carteras del Estado en las 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 el Paraguay el derecho a la salud se establece en la Constitución de 1992, por medio del artículo 69 que establece que “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad”. Además, el mismo artículo afirma que ninguna persona será privada de asistencia pública, tanto de prevención como de tratamiento, en casos de necesidad como enfermedades, pestes, plagas, catástrofes o accidentes. El artículo 69 de dicho instrumento plantea que se promoverá un Sistema Nacional de Salud (SNS) 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, las normas más importantes en este ámbito están representadas por el Código Sanitario (Ley N° 836/1980) 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), la Ley N° 1032/1996 que crea el SNS<sup>17</sup>.

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.

---

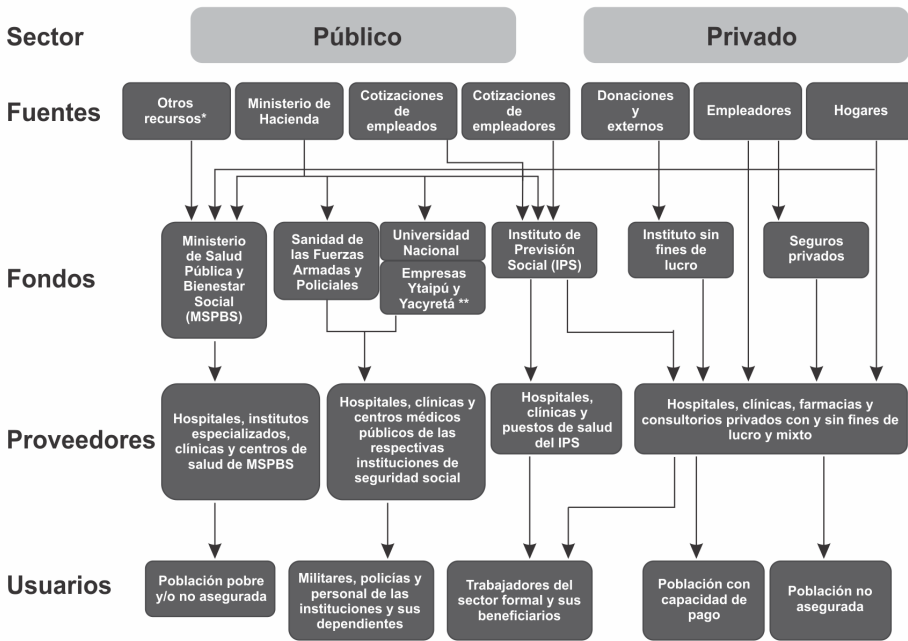
<sup>17</sup> La finalidad primordial del SNS es prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo (art. 3 de la Ley N° 1.032/96).

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 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 sistema de salud está asentado sobre el principio del derecho que tienen todos los habitantes del país, con independencia de que dispongan, adicionalmente, de algún tipo de seguro social o privado. El SNS opera y coordina la oferta de salud de los subsectores públicos, privados y mixtos, de seguros de salud y de las universidades y está integrado por: el MSPBS; la Sanidad Militar, la Policial y la de la Armada; el IPS; el Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil de San Lorenzo, perteneciente a la Universidad Nacional de Asunción (Figura 15).

El sector privado cuenta a su vez con entidades sin fines de lucro -como las organizaciones no gubernamentales y las cooperativas- y otras lucrativas -instituciones de medicina prepaga de seguros y proveedores privados con sanatorios, hospitales, clínicas, de diferente complejidad-. Estos se financian por pago de bolsillos de los usuarios y cotizaciones de los afiliados de los sistemas de medicina prepaga (Benítez, 2017). La Cruz Roja Paraguaya es una entidad mixta que recibe financiamiento tanto del Ministerio como de una fundación privada sin fines de lucro (MH, 2011).

Los trabajadores privados que se desempeñan en el mercado formal, así como sus respectivos grupos familiares y los del sector público nacional, tienen una cobertura adicional. En el primer caso provista por la seguridad social (IPS) y en el segundo por seguros privados.



\*Crédito externo, pagos de la Central Hidroeléctrica Ytaipú, recursos especiales  
 \*\*Empresas descentralizadas del Estado

Figura 15. Sistema de Salud de Paraguay.

Fuente: Mancuello y Cabral (2011).

Si bien el Decreto N° 7.833/2011 crea y reglamenta la Red Integrada de Salud entre el MSPBS y el IPS, el SNS trabaja de forma descoordinada y fragmentada, con diversas modalidades de financiamiento, regulación, afiliación y provisión de servicios. Se caracteriza por la falta de integración y la cobertura territorial asimétrica. Cada entidad financia la prestación de atención de salud en sus propias instalaciones, con poca coordinación entre ellos (Giménez et al., 2017). En el caso del MSPBS, la Ley N° 4758/2012 que crea el FONACIDE asigna el 10% de estos recursos bajo el concepto de “Fondo Nacional de Salud”.

Según Dullak et al. (2011) la segmentación del sistema de salud en Paraguay (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. Por su parte, la fragmentación, que se da cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica<sup>18</sup>, 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).

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, inclusivo, atención integral de la salud, promoción de la salud y calidad de vida y participación ciudadana, plasmado en la Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad (2008-2015) (MSPBS, 2009a), la cual, entre otras medidas declaró la gratuidad universal de la atención sanitaria (atención, internación hospitalaria, cirugías, estudios auxiliares, medicamentos, etc.) en todas las dependencias de la red de servicios del MSPBS, a modo de estrategia para reducir el alto gasto de bolsillo para la atención o recuperación de la salud (Resolución S.G. N° 140/2008, S.G. N° 363/2008 y S.G. N° 1.074/2009)<sup>19</sup>.

Se suma a estas gestiones la creación de la Dirección de Atención Primaria de Salud (Resolución S.G. N° 101/2008) y la implementación del Modelo de Salud de la Familia para mejorar la cobertura insuficiente y la baja calidad en la prestación de servicios. En consecuencia, se empezó a implementar la Atención Primaria de Salud (APS), a fin de acercar los servicios a la población.

---

<sup>18</sup> 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).

<sup>19</sup> 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 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.

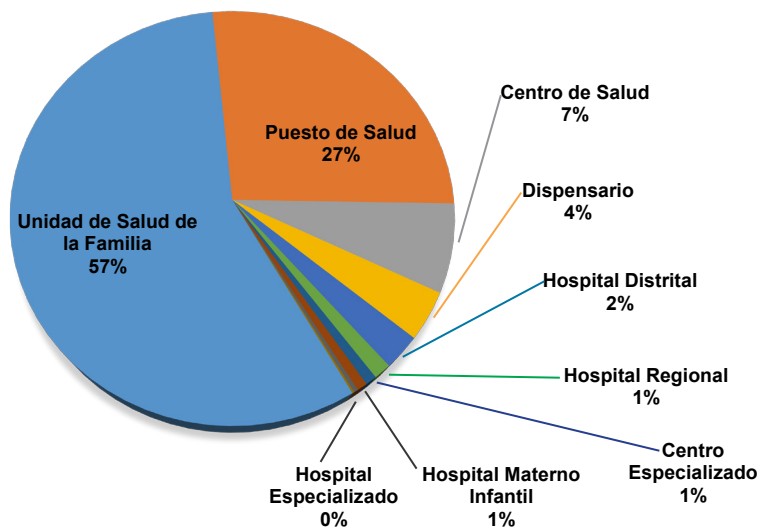
Por su parte, con el objetivo de contrarrestar los efectos de la excesiva fragmentación en el sistema de salud y contribuir en el acceso y la cobertura universal de salud, el MSPBS, impulsó la conformación de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIIS). La RIIS que, basada en la estrategia 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.

Actualmente está en vigencia la Política Nacional de Salud 2015-2030 (Decreto N° 4541/2015 y Resolución S.G. N° 612), enfocada principalmente en el acceso universal a los servicios de salud y cobertura universal de salud en todo el territorio nacional. La política consta de varios planes sectoriales.

En 2015 la infraestructura del MSPBS está compuesta por 1.404 establecimientos que proveen servicios asistenciales de salud para la atención comunitaria y la atención primaria de salud (sin internación) y para la atención médica especializada y fortalecimiento de las prestaciones de salud (Figura 16) (véase anexo, Tabla A2). Parte importante de la atención especializada se concentra en la zona central del país. La asistencia en emergencias médicas está en Asunción y es el único a nivel nacional para esa especialidad (MSPBS, 2015).





**Figura 16. Establecimientos del Ministerio de Salud (%), 2015**

Fuente: Elaboración propia a partir de MSPBS/DIGIES/DES.

## 2.1 Las unidades de salud de la familia (USF)

Dado que las unidades de salud de la familia (USF) representan en 2015 casi el 60% del total de establecimientos del MSPBS se analiza particularmente su conformación. En el marco de la APS, las USF están llamadas a funcionar como puerta de entrada a la comunidad, de modo que las relaciones entre la ciudadanía y el sistema de salud se canalicen necesariamente a través de las USF.

Están encargadas a la vez de derivar a las personas a los distintos niveles de atención sanitaria cuando corresponda. Apuntan a reducir la exclusión social aumentando la cobertura y el acceso a las redes de atención, en especial, de la población vulnerable, asegurando una atención permanente y continua. Su estrategia consiste en 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 (Serafini, 2016).

Cuentan con un equipo mínimo de salud como primer nivel de atención y responsable de la salud de la población adscrita, encabezado por un médico de familia. Estas unidades prestan en forma gratuita servicios de consulta, atención domiciliaria, inserción comunitaria, mediante actividades de prevención y promoción de la salud, atención médica y rehabilitación, rehabilitación e inclusión social (MSPBS, 2009b). 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.

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). Su instalación en el territorio nacional es gradual habiéndose iniciado con 13 unidades en los bañados de Asunción en el 2008 y contando en 2015 con 795 unidades distribuidas en los 17 departamentos más la capital (o regiones sanitarias del país). 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).

En 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 2015) el crecimiento promedio fue de 20 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 17).

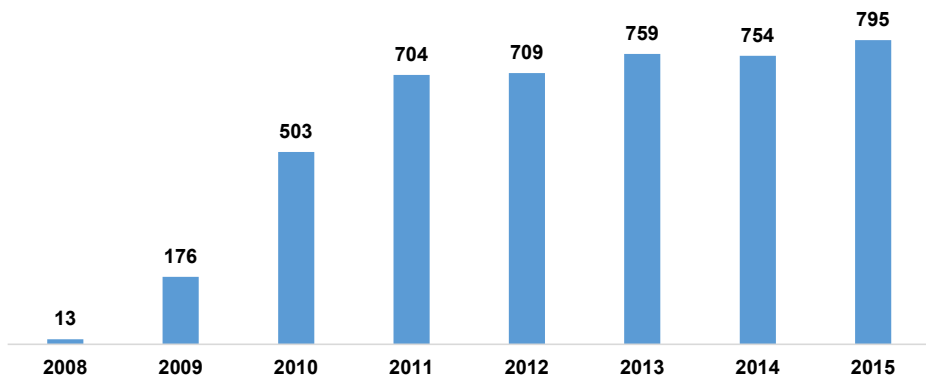


Figura 17. Número de unidades de salud de la familia instaladas por año, 2008-2015 (acumulativo)

Fuente: elaboración propia a partir de MSPBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SIEV)

A pesar de la relevancia del sistema de atención primaria de salud, a la fecha aún existe un déficit de unidades y por ende, persisten poblaciones no cubiertas. Si se considera que en 2016 las USF tenían una cobertura aproximada de 2.240.000 habitantes, se estima que se requieren 2.420 unidades para contar con una cobertura universal, y se cuenta con 800, en otras palabras, la cobertura estimada de USF instaladas es del 32,7%. Además, aunque el diseño de la estrategia trató que la concentración de USF estuviera acorde con la densidad poblacional en los sitios con más alto índice de pobreza, donde las USF son más necesarias, persiste el déficit. Los departamentos que presentan en simultáneo menor cobertura de población total y en situación de pobreza (en términos relativos) son: Caaguazú, Central, Amambay y Boquerón. Sobre estos departamentos se deberían focalizar los esfuerzos de ampliación (Zavattiero, 2018).

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) (Zavattiero, 2018).

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 (Zavattiero, 2018).

## **2.2 Inversión en salud**

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, 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 (Benítez, 2017).

El gasto en salud está creciendo constantemente en todos los países (Tabla 2), ello parece no 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).

En cuanto a la inversión pública en salud en el Paraguay, se ha experimentado un incremento progresivo 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
<b>Chile</b>	739,6	754,6	891,1	1.023,2	1.108,0	1.192,1	1.137,4
<b>Brasil</b>	716,8	731,9	919,7	1.055,1	984,9	993,5	947,4
<b>Uruguay</b>	740,6	827,1	1.030,1	1.211,8	1.322,3	1.464,7	1.442,3
<b>Argentina</b>	673,8	712	738,5	795,8	726,8	731,5	605,2
<b>Venezuela</b>	446,8	670,6	684,1	564,1	613,2	605,5	873,4
<b>Colombia</b>	359,7	361,0	422,4	479,6	546,7	549,4	569,2
<b>Ecuador</b>	242,0	237,2	274,9	309,0	368,2	439,6	579,2
<b>Perú</b>	200,9	224,1	254,5	282,5	330,8	346,5	358,6
<b>Paraguay</b>	216,1	237,7	293,8	375,8	398,4	469,0	464,1
<b>Bolivia</b>	88,3	104,1	109,8	132,8	149,3	178,7	208,8

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial (CADEP, 2015).

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).

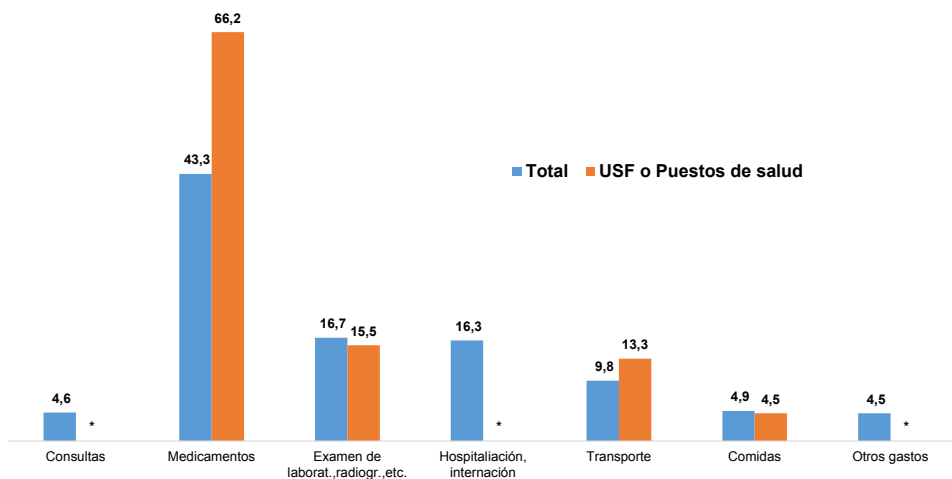
Aunque con oscilaciones, el gasto privado en salud ha pasado de representar el 4,9% del PIB en el 2000 al 5,3% en el año 2014, siendo este gasto significativamente superior a la inversión anual que hace el Estado en la materia (Tabla 3).

**Tabla 3. Porcentaje de gasto privado y público respecto al PIB anual, Paraguay**

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 (CADEP, 2015).

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 enfermedad. En 2014, la composición del gasto bolsillo en salud<sup>20</sup> se concentra principalmente en el rubro medicamentos (43,3%), seguido por los gastos destinados a exámenes de laboratorio 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 gasto<sup>21</sup> (Figura 18).



**Figura 18. 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.

<sup>20</sup> No se contempla el gasto mensual destinado al pago del seguro médico de IPS o privado.

<sup>21</sup> Es importante resaltar las limitaciones de interpretación de los resultados, porque no están desagregados por niveles de especialidad, de complejidad de la atención, etc.

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 afectando a 222.662 personas. Para pago de comidas se destinó 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).

Lo anterior 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**

A pesar del despliegue expuesto en infraestructura e inversión, la cobertura del sistema de salud no es universal. La mayor participación en atención en salud en 2015 la brinda el MSPBS, cubriendo al 59,2% de las personas enfermas o accidentadas, mayormente en hospitales y centros de salud. Dicha cifra ha aumentado 14 puntos porcentuales en la última década (2006-2015) (DGEEC, 2015b).

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 y 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 se topa con 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 4).



**Tabla 4. Evolución de la cobertura de seguro médico en salud<sup>1/</sup> por área de residencia, sexo y grupos de edad, según años seleccionados (%), Paraguay**

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

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

1/ Incluye seguro médico que el encuestado consideró principal.

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

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

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 médico, 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<sup>1/</sup> por área de residencia, según años seleccionados (%), Paraguay**

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 <sup>2/</sup>	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 (%), Paraguay**

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 consultas<sup>22</sup>. 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) (Tabla 7).

La exclusión en salud, cuantificada mediante la población enferma o accidentada que no asiste a una consulta médica cuando tenía 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 puesto que la autoexclusión podría no ser voluntaria sino a causa de la falta de protección social. 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.

---

<sup>22</sup> Desde 2008 se implementa la gratuidad universal de la atención sanitaria (Resolución S.G. N° 140/08, S.G. N° 363/08 y S.G. N° 1.074/09). A finales del 2009 se logra la exoneración de pago de aranceles para todas las prestaciones médicas y odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del MSPBS.

Para el 2005, la autoexclusión representó la principal razón de inasistencia a consulta médica (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%.

**Tabla 7. Población según condición de enfermedad y exclusión de los servicios, por características y años seleccionados (%), Paraguay**

Características		Total	Área de residencia		Sexo		Grupos de edad					
			Ur-bana	Rural	Hom-bres	Mu-jeres	De 0 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 29 años	De 30 a 59 años	De 60 a 79 años	De 80 años y más
<b>2005</b>												
Condición de salud	Enfermo o accidentado	39,1	38,9	39,3	36,7	41,5	78,5	36,4	26,5	35,7	48,5	61,7
Consulta médica	Se enfermó y consultó	58,9	67,7	47,7	55,4	62,0	70,9	54,4	49,1	54,3	72,3	82,1
	Se enfermó y no consultó	41,1	32,3	52,3	44,6	38,0	29,1	45,6	50,9	45,7	27,7	17,9
Razones de no consulta	Dolencia no grave	22,6	29,0	17,6	23,6	21,6	17,3	20,6	24,0	26,2	21,1	*
	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 <sup>1/</sup>	17,0	9,2	23,0	16,5	17,4	19,3	17,1	13,7	16,4	26,7	*
	Otra razón <sup>2/</sup>	1,7	*	*	*	*	*	*	*	*	*	0,0
<b>2010</b>												
Condición de salud	Enfermo o accidentado	37,2	36,8	37,8	35,6	38,9	49,2	37,0	29,0	37,2	48,6	58,5
Consulta médica	Se enfermó y consultó	71,9	76,2	66,2	67,4	76,2	85,4	74,5	59,8	69,5	80,5	78,6
	Se enfermó y no consultó	28,1	23,8	33,8	32,6	23,8	14,6	25,5	40,2	30,5	19,5	21,4
Razones de no consulta	Dolencia no grave	18,1	18,8	17,5	19,0	17,0	*	14,8	20,0	19,6	*	*
	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 <sup>1/</sup>	7,0	*	11,4	7,7	6,2	*	*	*	7,6	*	*
	Otra razón <sup>2/</sup>	4,7	7,3	*	4,5	4,9	*	*	*	5,4	*	0,0
<b>2015</b>												
Condición de salud	Enfermo o accidentado	31,7	31,4	32,1	30,1	33,3	49,1	35,7	22,5	28,4	43,5	54,1
Consulta médica	Se enfermó y consultó	81,3	82,6	79,2	79,0	83,4	91,1	84,3	72,1	78,3	85,0	86,0
	Se enfermó y no consultó	18,7	17,4	20,8	21,0	16,6	8,9	15,7	27,9	21,7	15,0	14,0
Razones de no consulta	Dolencia no grave	13,0	14,6	11,0	13,2	12,8	*	8,9	15,0	14,4	*	*
	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 <sup>1/</sup>	3,5	3,2	3,9	3,6	3,4	*	*	*	*	*	*
	Otra razón <sup>2/</sup>	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 (%), Paraguay**

Establecimiento	2006					2016				
	Total	Urbana	Rural	Hombres	Mujeres	Total	Urbana	Rural	Hombres	Mujeres
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 al nivel de 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 la mayoría de 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 19).

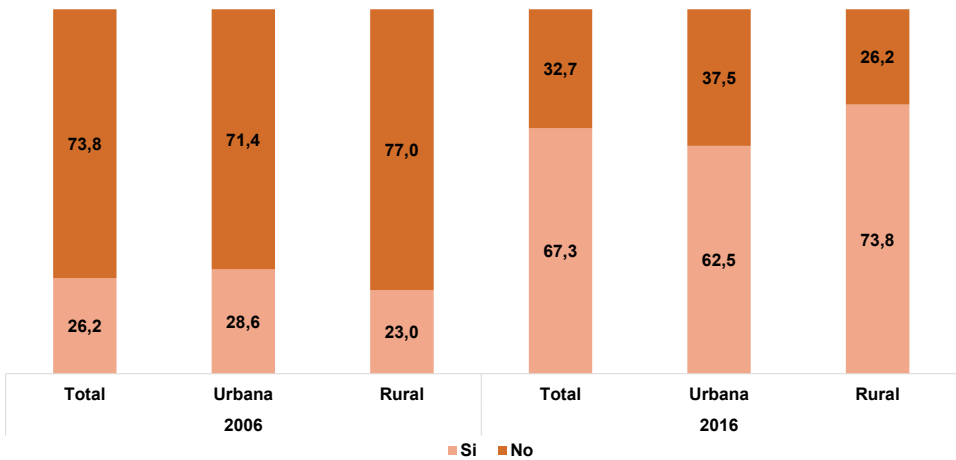


Figura 19. Población enferma o accidentada que asistió a una consulta y recibió medicamentos gratuitos por área de residencia, años seleccionados (%)

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



## **2.4 El cuidado de las personas dependientes por miembros del hogar**

El cuidado de personas dependientes por parte de un miembro de hogar de 14 años de edad y más (cuidador) hacia otro miembro (persona cuidada) puede darse en razón de la edad o de algún impedimento físico o mental, es decir por problemas de salud.

Respecto a ello, según el último censo nacional de población (2012), una de cada 10 personas en el Paraguay presenta algún tipo de discapacidad, siendo en mayor medida visual, seguida de la motriz, lo que sitúa a más de 510.000 personas en condiciones de dependencia (DGEEC, MH y MinMujer, 2017). La Encuesta sobre Uso del Tiempo en Paraguay (EUT, 2016) permite inferir, través del número de personas cuidadoras, la cantidad de personas que requieren de cuidados permanentes debido a una dificultad o dependencia, ascendiendo a 36.455 personas que requieren ser atendidas, trasladadas a establecimientos de salud y/o centros de rehabilitación (Tabla 9).

Del mismo modo, personas que no presentan discapacidad requieren ser cuidadas por otras personas por algún problema de salud. Este requerimiento es mayor en el grupo de 0 a 5 años (156.000 niños y niñas aproximadamente), seguido de otras 88.000 personas del grupo de 6 a 14 años, otras 74.000 personas entre 15 y 59 años y finalmente 58.555 personas adultas mayores debido a cuidados temporales de salud (Tabla 9). En el marco del proceso de envejecimiento que experimenta el país, es posible que en los próximos años la cifra de personas adultas mayores que demandan atención de cuidado se incremente considerablemente.

Tanto en tiempo como en participación, la actividad de cuidado tiene un rasgo feminizado, hecho que también afecta la salud de las cuidadoras, en especial de las que brindan cuidados en forma permanente. Se debe contemplar que la sobrecarga de tiempo de cuidado no remunerado se condice con la escasa cobertura de servicios de cuidado a personas con discapacidad en el país. El trabajo no remunerado de cuidado a personas miembros del hogar fragiliza socialmente a quienes lo proveen y se convierte en un factor de exclusión social. En este sentido, el cuidado no solamente implica destinar una cantidad importante de horas, sino que puede ser la razón principal por la cual muchas mujeres se dedican en forma exclusiva al trabajo no remunerado, reduciendo sus oportunidades de desarrollo personal y profesional (Rojero, 2007).

**Tabla 9. Trabajo no remunerado de cuidado de la salud de miembros del hogar (personas de 14 años o más), por parte de la población de 14 años de edad y más, participación (%) y promedio de horas semanales**

Grupo cuidado	Actividad realizada	Total			Hombres			Mujeres			Distribución de tasa de participación	
		Población	%	Hs. Semana	Población	%	Hs. Semana	Población	%	Hs. Semana	Hombres	Mujeres
Personas con dificultad y dependencia permanente	Cuidó temporalmente	34.892	0,7%	5,5	7.295	0,3%	5,8	27.597	1,1%	5,4	20,9%	79,1%
	Cuidó de manera permanente	36.455	0,7%	11,9	8.216	0,3%	16,0	28.239	1,1%	10,7	22,5%	77,5%
	Trasladó a establecimientos de salud y/o centros de rehabilitación	13.617	0,3%	1,4	4.537	0,2%	1,1	9.080	0,4%	1,6	33,3%	66,7%
	Acompañó a establecimientos de salud y/o centros de rehabilitación	13.435	0,3%	2,6	2.836	0,1%	1,9	10.599	0,4%	2,7	21,1%	78,9%
De 0 a 5 años	Trasladó a establecimientos de salud	155.306	3,2%	1,1	48.433	2,0%	0,9	106.873	4,3%	1,1	31,2%	68,8%
	Acompañó a establecimientos de salud	158.357	3,2%	2,3	39.178	1,6%	2,2	119.179	4,8%	2,3	24,7%	75,3%
De 6 a 14 años	Trasladó a establecimientos de salud	88.736	1,8%	1,4	21.680	0,9%	1,4	67.056	2,7%	1,4	24,4%	75,6%
	Acompañó a establecimientos de salud	87.580	1,8%	2,6	21.587	0,9%	2,3	65.993	2,7%	2,7	24,6%	75,4%
De 15 a 59 años	Trasladó a establecimientos de salud	73.443	1,5%	1,5	44.572	1,8%	1,6	28.871	1,2%	1,4	60,7%	39,3%
	Acompañó a establecimientos de salud	75.329	1,5%	4,2	39.138	1,6%	3,4	36.191	1,5%	5,0	52,0%	48,0%
De 60 años y más	Cuidó de la salud temporalmente por accidente o enfermedad no permanente	58.555	1,2%	5,9	22.520	0,9%	5,5	36.035	1,5%	6,1	38,5%	61,5%
	Trasladó a establecimientos de salud	32.505	0,7%	1,3	15.204	0,6%	1,5	17.301	0,7%	1,1	46,8%	53,2%
	Acompañó a establecimientos de salud	33.101	0,7%	3,8	13.062	0,5%	3,5	20.039	0,8%	4,0	39,5%	60,5%

Fuente: Elaboración propia con datos de Encuesta sobre Uso del Tiempo 2016 (STP/DGEEC. MH-BID, 2017).

Según Gómez (2008):

“La evidencia derivada de estas mediciones proporciona munición para promover políticas que concilien las responsabilidades de ambos sexos en las esferas pública y privada, garanticen el derecho ciudadano a protección social, y aseguren una adecuada disponibilidad de servicios de cuidado que no se financie fundamentalmente con el aporte de este trabajo” (Gómez, 2008, p. 13).

### ***3. Categorización geográfica de indicadores sociodemográficos y de salud***

Este capítulo categoriza geográfica una serie de indicadores sociodemográficos y de salud a nivel departamental a fin de mostrar que los datos nacionales pueden ocultar diferencias en cuanto a los problemas y las necesidades de salud dentro del país y en este sentido, determinar zonas con necesidades prioritarias y las inequidades en materia de salud que requieren una urgente intervención, con miras a reducir las desigualdades y propiciar el desarrollo del país.

Según Varela et al. (2014 citado en Binstock, 2016), el lugar de residencia implica un acceso a bienes y servicios diversos, pero también a espacios de socialización y modelos y dinámicas sociales y culturales específicas. En este sentido, ciertos indicadores ocultan la grave discriminación a la que están sujetas las poblaciones más vulnerables, es indicativa de condiciones socioeconómicas precarias, niveles de información general y de escolaridad bajos, y dificultades en el acceso a servicios de salud de calidad. Por lo expuesto, se combinan indicadores demográficos desagregados a nivel departamental con las condiciones de salud de la población (Tabla 10), entregando un set de indicadores de fuentes nacionales verificables que permiten el seguimiento y monitoreo de las potenciales demandas en salud y cuidados a partir de las transformaciones en la población. Cabe señalar que se consideran indicadores de resultado de salud a nivel de población que reflejan una situación determinada y contextos temporales y culturales específicos.

Este ejercicio permite generar, analizar y validar datos oportunos y fidedignos sobre sistemas y servicios de salud, además de monitorear y evaluar el logro o el avance con respecto a las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), según lo establecido en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, específicamente, el ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Además, el monitoreo de los cambios en los patrones de distribución de un indicador en el tiempo permite formular hipótesis relevantes, como el impacto de las acciones y políticas sanitarias, los cambios de los patrones de susceptibilidad de la población frente a las enfermedades, entre otras.

Para realizar la categorización de los indicadores seleccionados se han calculado terciles de distribución que permiten establecer tres niveles o riesgo: bajo, medio y alto. Además, es importante contemplar que los indicadores pueden ser positivos y negativos de acuerdo al modo en que se relacionan con el concepto de salud, ya sea de forma directa o inversa. Por ejemplo: la esperanza de vida al nacer es un indicador de supervivencia a largo plazo, por lo tanto, puede considerarse un indicador de salud positivo, por el contrario, la tasa de mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna son indicadores negativos. La matriz de los indicadores incluye los datos tanto del numerador como del denominador, y en ocasiones una base multiplicativa de la población (por 100, 1.000, 100.000) para mejorar la comprensión de la magnitud del indicador. Se utilizan en mayor medida los de tipo razón, proporción o tasa a modo de facilitar la comparabilidad en el tiempo o el espacio.

**Tabla 10. Listado de indicadores demográficos socioeconómico y de la salud.**

DIMENSIÓN	INDICADOR	FUENTE DE DATOS
Demográfica	Población total según sexo y departamento, 2000-2025	DGEEC. Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015
	Relación de dependencia total/ Bono demográfico por área de residencia y departamentos (valores relativos y absolutos), 2000-2025	Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015
	Crecimiento anual de la población por grandes grupos de edad y departamentos (tasa y valores absolutos), 2000-2025	Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015
	Índice de envejecimiento por área de residencia y departamentos (valores relativos), 2000-2025	Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015
	Razón de masculinidad por departamentos (valores relativos), 2000-2025	Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015
	Porcentaje de la población femenina en edad reproductiva por departamentos (valores relativos), 2000-2025	Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015
	Índice de disponibilidad de atención a los ancianos por departamentos (valores relativos), 2000-2025	Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015
	Nacimientos estimados por departamentos (valores absolutos y tasa bruta de natalidad), 2001-2024	Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015
	Tasa global de fecundidad por departamentos (promedio de hijos por mujer), 2000-2025	Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015

**Tabla 10. Listado de indicadores demográficos socioeconómico y de la salud (cont.)**

DIMENSIÓN	INDICADOR	FUENTE DE DATOS
Demográfica	Nacidos vivos de madres adolescentes por departamentos según grupos de edad (valores relativos y absolutos), 2004-2017	MSPBS
	Tasa específica de fecundidad adolescente (10 a 14 y 15 a 19 años de edad) por departamentos según grupos de edad, 2005-2017	MSPBS
	Muertes estimadas por departamentos (valores absolutos y tasa bruta de mortalidad), 2001-2024	Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015
	Razón de mortalidad materna (muertes registradas por 100.000 nacidos vivos) por departamentos, 2000-2017	MSPBS
	Tasa de mortalidad perinatal (22 semanas de gestación, muertes registradas por 1.000 nacidos vivos) por departamentos, 2000-2017	MSPBS
	Tasa de mortalidad fetal (muertes registradas por 1.000 nacidos vivos) por departamentos, 2000-2017	MSPBS
	Tasa de mortalidad neonatal (muertes registradas por 1.000 nacidos vivos) por departamentos, 2000-2017	MSPBS
	Tasa de mortalidad pos neonatal (muertes registradas por 1.000 nacidos vivos) por departamentos, 2000-2017	MSPBS
	Tasa de mortalidad infantil (muertes registradas por 1.000 nacidos vivos) por departamentos, 2000-2017	MSPBS
	Tasa de mortalidad en menores a 5 años (muertes registradas por 1.000 nacidos vivos) por departamentos, 2000-2017	MSPBS
	Esperanza de vida al nacer según sexo y departamento, 2001-2024	Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2016

**Tabla 10. Listado de indicadores demográficos socioeconómico y de la salud (cont.)**

DIMENSIÓN	INDICADOR	FUENTE DE DATOS
Sanitaria	Población enferma o accidentada durante los 90 días previos a la entrevista según acceso a consulta médica por departamentos (valores relativos y absolutos) y características seleccionadas, 2003-2017	Encuesta Permanente de Hogares (EPH)
	Población según tenencia de seguro médico por departamentos (valores relativos y absolutos), 2003-2017	Encuesta Permanente de Hogares (EPH)
Socioeconómica	Población total por estatus y condición de pobreza por departamentos (valores relativos y absolutos) según características seleccionadas, 2012-2017	Encuesta Permanente de Hogares (EPH)
	Población con acceso a saneamiento mejorado por departamentos (valores relativos y absolutos), 2000/01-2017	Encuesta Permanente de Hogares (EPH)
	Población con acceso a agua mejorada por departamentos (valores relativos y absolutos), 2000/01-2017	Encuesta Permanente de Hogares (EPH)
	Hogares con acceso a electricidad por departamentos (valores relativos y absolutos), 2000/01-2017	Encuesta Permanente de Hogares (EPH)

Fuente: elaboración propia.

Dado el contexto expuesto en los capítulos anteriores, a continuación, se revisan ciertos indicadores que por su afectación o relevancia para el desarrollo del país se considera que deben ser tenidos particularmente en cuenta. Se han seleccionados algunos de situación de la salud como las tasas de mortalidad, unos de demanda de atención de la salud como población enferma o accidentada y natalidad y otros de contexto socioeconómico y demográfico como la pobreza y el índice de disponibilidad de atención a los ancianos (Tabla 11). El análisis de los indicadores a lo largo del tiempo y en diferentes territorios suministra evidencia de la efectividad de las políticas, los programas y las intervenciones que tienen como objetivo mejorar la salud y extender el tiempo de vida y garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud.

La razón de mortalidad materna (RMM), representa el número de muertes maternas -muertes de mujeres por causas y condiciones relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio (hasta 42 días después de que el embarazo llega a término)- por mil, dividido por el número de nacidos vivos, en la población en el año de interés. Estima, aunque de manera indirecta, el riesgo de una mujer de morir por causas relacionadas con el embarazo y refleja el acceso a los servicios y la calidad de la atención ofrecida a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio (OPS, 2018).

En Paraguay, la RMM se ubica en el orden de 67,3 defunciones cada 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, es probable que el número real sea mayor, debido al subregistro de las muertes que no han sido notificadas. El promedio nacional es cuatro veces superior en el departamento de Alto Paraguay y se duplica en otros como Concepción, Misiones, Paraguairí, Amambay y Boquerón (Tabla 11).

Otro indicador con mayor afectación en el Chaco paraguayo y ampliamente vinculado con el anterior es la tasa de mortalidad infantil (TMI), que estima el riesgo que tienen los bebés nacidos vivos de morir antes de completar un año de vida. El análisis de esta estimación en el tiempo y en relación con diferentes causas y subgrupos etarios (neonatal y postneonatal) permite monitorear su magnitud y tener evidencia preliminar de la efectividad de las políticas, los programas y las intervenciones que tienen como objetivo prevenir las defunciones infantiles.

En 2017 en el Paraguay se registran 12,6 defunciones por 1.000 nacidos vivos. El departamento de Alto Paraguay exhibe la mayor brecha llegando casi a triplicar la cifra nacional (TMI de 33,7), seguido de los otros dos departamentos del Chaco (Boquerón y Pdte. Hayes) que casi duplican el promedio del país. Ello da cuenta del espacio de acción de aun queda por realizar para reducir las inequidades al interior del país (Tabla 11).

Por otra parte, los sistemas y servicios de atención de la salud enfrentan muchos desafíos, como el aumento de las necesidades de atención y consecuentemente de los gastos y costos (tanto para el gobierno como para las personas). Este cambio se debe en parte a los cambios que se presentan con la transición demográfica y el envejecimiento de la población, las tendencias epidemiológicas y los cambios en el patrón de las enfermedades y otros factores comportamentales. Para dar cuenta de lo mencionado se ha seleccionado el indicador de “Porcentaje de población enferma o accidentada durante los 90 días previos a la entrevista según acceso a consulta médica” y la Tasa bruta de natalidad.

En el primer caso, el acceso a los servicios institucionales de salud se da en siete de cada 10 personas enfermas o accidentadas. Dicha cifra que, de por sí da cuenta de una exclusión del 30% de la población que requiere atención médica, disminuye a dos de cada tres personas en los departamentos de San Pedro, Caaguazú, Alto Paraná, Amambay y Canindeyú (Tabla 11).



En el segundo caso, la tasa de natalidad permite estimar la cantidad de servicios de atención prenatal, de parto y postparto que el sistema de salud deberá prever para garantizar la cobertura y calidad de la salud materno infantil. En este sentido, se evidencian tasas más elevadas en los departamentos más rezagados como Concepción, San Pedro, y los correspondientes al Chaco: Pdte. Hayes, Boquerón y Alto Paraguay. En todos ellos, la tasa de natalidad ronda los 24 nacimientos por cada mil habitantes, en tanto el nivel nacional es 4 puntos inferior (Tabla 11).

El indicador de contexto socioeconómico seleccionado da cuenta del nivel de pobreza de los departamentos, calculado a partir de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) que en los últimos años incluyó en su relevamiento una muestra representativa para todos los departamentos, constituyéndose en una de las principales fuentes para el análisis de la situación socioeconómica territorial. La pobreza a nivel nacional en 2017 afecta a 26,4% de la población, sin embargo, en los departamentos de Caazapá, Concepción, San Pedro, Caaguazú, Canindeyú y Paraguari dicha cifra supera el porcentaje promedio en 1,5 veces y más, es decir, cifras que se tenían a nivel nacional hace 5 o más años atrás (Tabla 11).

Además, los territorios con mayores niveles de pobreza presentan también problemas en otros indicadores como alta tasa de fecundidad general y adolescente en particular, alta tasa de mortalidad general y en especial la postneonatal, además de mayores reportes de población enferma o accidentada.

El índice de disponibilidad de atención a los ancianos, entendido como la relación entre el número de personas de 80 años y más y el de mujeres de 50 a 64 años que eventualmente podría brindar soporte por lo ya comentado en el apartado anterior, muestra que la composición por edades de la población del país es favorable para la atención potencial de las personas de edad avanzada, con 23 personas de 80 años y más por cada 100 mujeres de 50 a 64 años. Esta cifra es menor en Alto Paraná y Central, departamentos con dinámicas poblacionales más urbanizadas y en Amambay, Canindeyú, Boquerón y Alto Paraguay (Tabla 11) que en el mediano plazo y frente a la composición por edades de su población, requerirán de políticas de cuidado de personas mayores.

Finalmente, y en base a los resultados presentados es importante destacar la gran asimetría en las condiciones de vida de la población entre departamentos, particularmente en aquellos más rezagados como San Pedro, Pdte. Hayes, Boquerón, Alto Paraguay, Amambay y Canindeyú, lo que obliga a contemplar el enfoque territorial para lograr una mayor efectividad en las políticas de salud.

**Tabla 11. Indicadores demográficos socioeconómico y de la salud generados a nivel departamental.**

Departamento	Demografía										
	Población total, 2017	Relación de dependencia total/ Bono demográfico, 2017	Crecimiento anual de la población, 2017	Índice de envejecimiento, 2017	Razón de masculinidad, 2017	Porcentaje de la población femenina en edad reproductiva, 2017	Índice de disponibilidad de atención a los ancianos, 2017	Nacimientos estimados, 2017	Tasa bruta de natalidad, 2017	Tasa global de fecundidad (promedio de hijos por mujer), 2017	Porcentaje de Nacidos vivos de madres adolescentes (10 a 19 años), 2017
<b>Total</b>	6.953.646	0,6	1,4	30,9	101,7	52,6	23,0	144.695	20,8	2,5	16,5
Asunción	524.190	0,65	-0,2	52,8	89,2	51,3	30,2	7.884	15,0	1,9	11,4
Concepción	244.071	0,75	1,5	23,8	105,8	49,7	26,2	6.028	24,7	3,0	18,5
San Pedro	419.629	0,72	1,2	25,6	109,7	49,9	24,3	9.810	23,4	3,0	20,1
Cordillera	299.234	0,65	1,3	40,1	107,9	51,1	33,8	6.063	20,3	2,5	16,5
Guairá	220.818	0,66	1,0	38,0	106,3	50,8	29,7	4.478	20,3	2,5	16,7
Caaguazú	545.904	0,69	1,1	28,5	106,6	50,8	24,1	12.043	22,1	2,8	18,0
Caazapá	184.530	0,75	1,4	26,8	106,1	49,3	28,8	4.456	24,1	3,0	20,8
Itapúa	592.017	0,68	1,3	28,0	102,7	52,1	23,7	12.854	21,7	2,6	19,4
Misiones	123.442	0,67	1,2	40,5	101,9	51,4	29,5	2.500	20,2	2,4	16,1
Paraguarí	254.884	0,68	0,5	47,6	107,1	49,3	35,8	4.656	18,3	2,4	16,5
Alto Paraná	796.689	0,62	1,5	21,9	103,1	54,6	12,3	17.057	21,4	2,6	17,1
Central	2.072.041	0,58	2,1	30,8	97,3	55,0	19,0	41.677	20,1	2,3	13,5
Ñeembucú	88.784	0,65	0,6	57,3	100,8	50,6	30,7	1.481	16,7	2,2	14,0
Amambay	164.462	0,67	1,6	25,9	99,9	52,5	20,9	3.669	22,3	2,6	20,0
Canindeyú	221.647	0,65	2,1	20,1	110,9	53,3	14,9	5.179	23,4	2,8	23,0
Pdte. Hayes	121.075	0,69	1,9	25,7	107,7	51,1	22,0	2.938	24,3	3,0	24,3
Boquerón	63.011	0,65	2,1	26,4	107,1	51,9	19,7	1.495	23,7	3,0	21,2
Alto Paraguay	17.219	0,70	1,9	25,8	115,7	50,4	21,8	429	24,9	3,2	29,5

Fuente: elaboración propia en base a estadísticas oficiales.

**Tabla 11. Indicadores demográficos socioeconómico y de la salud generados a nivel departamental (cont.).**

Departamento	Demografía										
	Población total, 2017	Tasa específica de fecundidad adolescente (15 a 19 años de edad), 2017	Muertes estimadas, 2017	Tasa bruta de mortalidad, 2017	Razón de mortalidad materna (muertes registradas por 100.000 nacidos vivos), 2017	Tasa de mortalidad perinatal (muertes registradas por 1.000 nacidos vivos), 2017	Tasa de mortalidad fetal (muertes registradas por 1.000 nacidos vivos), 2017	Tasa de mortalidad neonatal (muertes registradas por 1.000 nacidos vivos), 2017	Tasa de mortalidad pos neonatal (muertes registradas por 1.000 nacidos vivos), 2017	Tasa de mortalidad infantil (muertes registradas por 1.000 nacidos vivos), 2017	Tasa de mortalidad en menores a 5 años (muertes registradas por 1.000 nacidos vivos), 2017
<b>Total</b>	6.953.646	55,9	39.303	5,7	67,3	15,8	9,4	9,0	3,6	12,6	14,5
Asunción	524.190	45,3	3.901	7,4	33,0	13,9	8,0	7,2	2,9	10,0	11,4
Concepción	244.071	64,8	1.278	5,2	156,0	16,9	9,4	10,7	3,8	14,5	16,5
San Pedro	419.629	65,8	2.293	5,5	56,1	18,5	11,4	9,4	4,1	13,5	15,1
Cordillera	299.234	52,9	2.000	6,7	22,0	14,8	7,9	10,8	1,5	12,3	13,9
Guairá	220.818	48,7	1.424	6,4	0,0	14,6	8,1	8,1	3,4	11,5	12,9
Caaguazú	545.904	52,6	3.068	5,6	82,5	14,6	9,5	7,1	3,9	11,0	13,3
Caazapá	184.530	54,9	1.029	5,6	39,9	16,0	10,4	8,4	4,4	12,8	14,4
Itapúa	592.017	47,6	3.251	5,5	104,8	15,2	9,8	7,2	3,3	10,5	12,3
Misiones	123.442	51,0	814	6,6	154,2	18,5	12,8	6,7	3,1	9,8	12,8
Paraguarí	254.884	39,6	1.889	7,4	173,4	14,9	7,6	10,8	3,8	14,6	17,7
Alto Paraná	796.689	65,0	3.553	4,5	58,2	17,4	9,5	12,2	4,2	16,4	18,2
Central	2.072.041	50,8	11.013	5,3	41,2	13,5	8,2	7,4	3,4	10,9	12,4
Ñeembucú	88.784	33,0	698	7,9	117,0	24,6	17,5	10,5	1,2	11,7	15,2
Amambay	164.462	75,5	867	5,3	152,0	24,9	14,3	11,6	3,3	14,9	17,9
Canindeyú	221.647	72,1	1.040	4,7	110,5	17,7	11,3	9,4	4,1	13,5	16,0
Pdte. Hayes	121.075	98,3	707	5,8	82,5	21,9	14,0	13,6	7,4	21,0	23,1
Boquerón	63.011	112,5	357	5,7	125,5	23,2	11,9	15,1	5,6	20,7	25,1
Alto Paraguay	17.219	111,3	121	7,0	280,9	30,9	5,6	30,9	2,8	33,7	33,7

Fuente: elaboración propia en base a estadísticas oficiales.

Alto Riesgo      Bajo Riesgo      En torno al promedio

**Tabla 11. Indicadores demográficos socioeconómico y de la salud generados a nivel departamental (cont.).**

Departamento	Demografía		Pobreza	Salud		Viviendas		
	Población total, 2017	Esperanza de vida al nacer, 2017	Porcentaje de Población en situación de pobreza, 2017	Porcentaje de Población enferma o accidentada durante los 90 días previos a la entrevista según acceso a consulta médica, 2017	Porcentaje de Población según tenencia de seguro médico, 2017	Porcentaje de Población con acceso a saneamiento mejorado, 2017	Porcentaje de Población con acceso a agua mejorada, 2017	Hogares con acceso a electricidad, 2017
<b>Total</b>	6.953.646	74,0	26,4	70,9	26,8	82,9	87,3	99,3
Asunción	524.190	74,1	11,6	81,0	50,7	92,4	99,7	99,9
Concepción	244.071	74,1	44,0	71,5	14,7	61,7	91,9	97,8
San Pedro	419.629	73,7	43,6	65,4	12,3	62,8	95,7	99,2
Cordillera	299.234	74,1	26,9	75,0	18,5	85,6	98,0	98,9
Guairá	220.818	74,0	33,9	71,5	17,5	69,9	77,8	98,9
Caaguazú	545.904	73,9	43,7	64,3	16,9	69,7	84,4	99,5
Caazapá	184.530	74,3	47,0	68,4	10,3	51,6	78,6	98,8
Itapúa	592.017	74,0	33,2	69,6	22,7	76,2	84,4	98,9
Misiones	123.442	74,0	27,5	80,1	25,1	83,6	94,6	97,8
Paraguarí	254.884	73,9	35,8	75,0	15,3	76,3	88,7	97,6
Alto Paraná	796.689	74,1	21,4	67,8	26,0	89,0	55,1	99,9
Central	2.072.041	74,3	16,2	72,9	35,8	96,4	96,2	99,7
Ñeembucú	88.784	74,0	24,2	75,8	27,9	79,1	69,8	98,0
Amambay	164.462	73,8	15,2	62,7	23,8	91,1	84,4	98,5
Canindeyú	221.647	73,4	38,0	66,3	10,4	65,5	86,6	99,8
Pdte. Hayes	121.075	72,4	20,0	80,2	31,8	63,3	90,5	90,8
Boquerón	63.011	72,9	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Alto Paraguay	17.219	69,3	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: elaboración propia en base a estadísticas oficiales.

## 4. 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 personas<sup>25</sup> entre 2000 y 2015. Para ello, se obtiene la demanda efectiva declarada por las personas y la demanda encubierta que tiene en cuenta la población que no utilizó los servicios a pesar de haber declarado estar enfermos o accidentados.

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

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 12).

La demanda efectiva de salud en el 2015 en Paraguay representa el 81,3% de la demanda total (Figura 20). 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 12). 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.

---

<sup>25</sup> Esta necesidad responde a factores físicos, es decir, demanda de salud por accidente, enfermedad, embarazo, discapacidad o factores ligados al ciclo de vida. La demanda de servicios (si se busca o no servicios de salud) está asociada a una decisión por parte de las personas, lo cual está condicionado a que se perciba un síntoma de enfermedad, se sufra un accidente, o se requiera de controles preventivos.

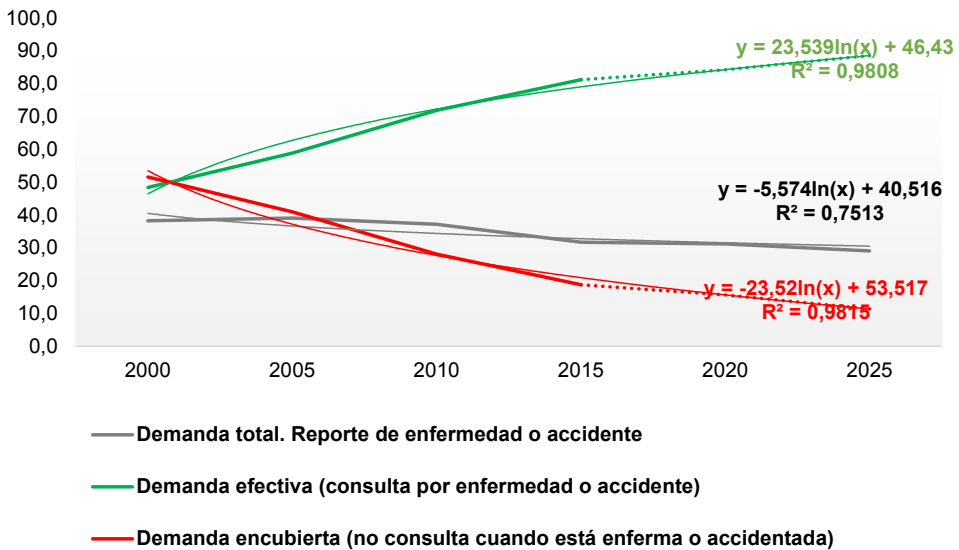


Figura 20. Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según demanda efectiva y encubierta

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.

Tabla 12. 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.

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

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 asistencia.

La figura 21 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.

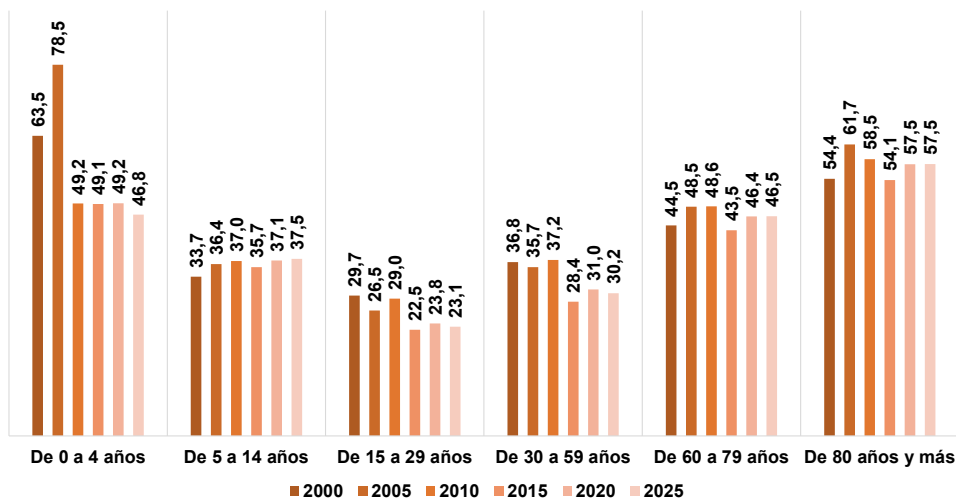
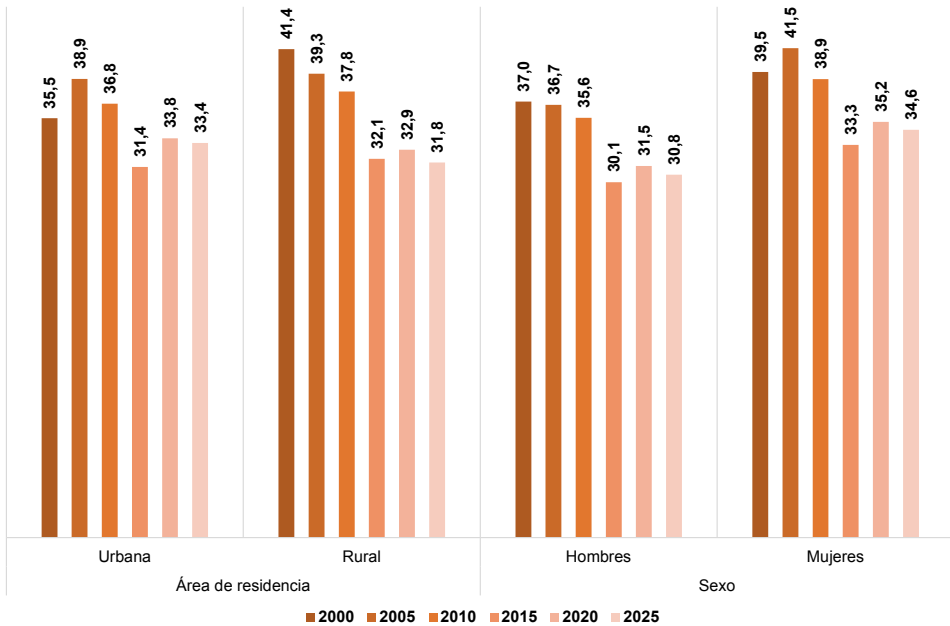


Figura 21. Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según grupos de edad

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. En lo que concierne al 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 22).



**Figura 22. 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 (Véase anexo, Tabla A3). 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 (Figuras 23 y 24).



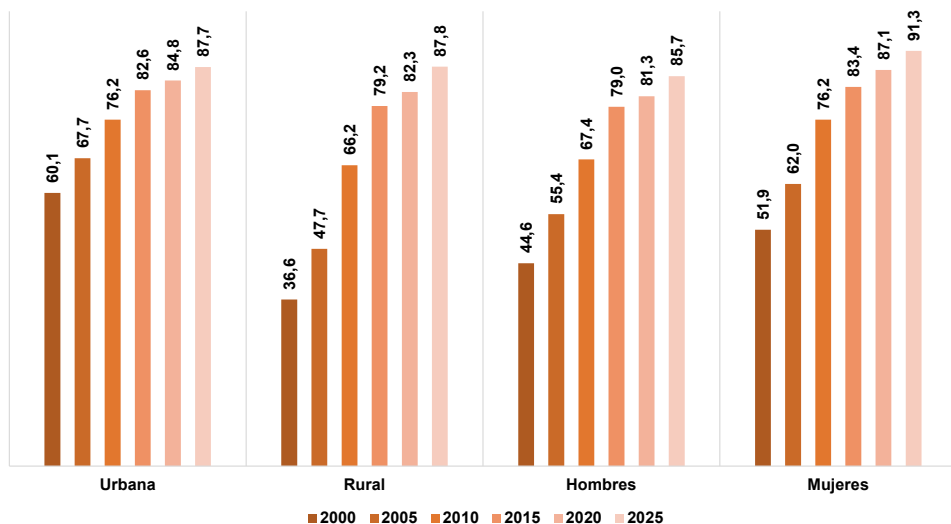


Figura 23. Porcentaje de demanda efectiva de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según grupos de edad

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.

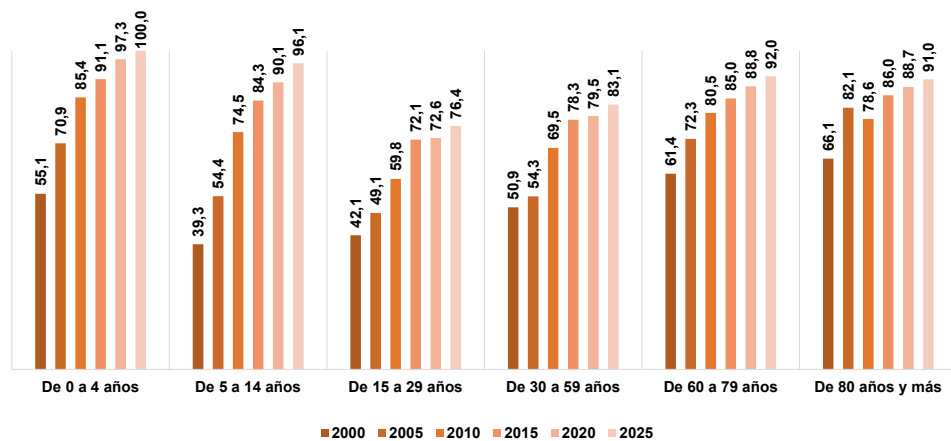


Figura 24. Porcentaje de demanda efectiva de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según área de residencia y sexo

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.



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.

En 2015 la composición por edades de la población está conformada por un 58,8% de población menor a 30 años de edad, 32,4% entre 30 y 59 años y 8,8% de la población con 60 años y más (DGEEC, 2015a). La población continuará creciendo hasta 2065, lo que aumentará la demanda de infraestructura en viviendas, servicios básicos, educación, alimentación, e indiscutiblemente de los servicios de salud.

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).

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. 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, 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. Como consecuencia, el gasto en salud se podrá ver afectado si no se realizan las reformas necesarias para avanzar hacia la sostenibilidad del gasto que permita brindar acceso y calidad de la atención de la salud. Por todo ello, las políticas de salud deben considerar explícita y minuciosamente los cambios en la estructura de la población.

Se deja para próximas investigaciones realizar un estudio desde la oferta de servicios de salud y requerimientos financieros a modo de evidenciar si el sistema sanitario tiene capacidad para dar respuesta a la demanda actual y futura. Las desagregaciones realizadas permitieron identificar los requerimientos específicos en materia de salud, no obstante, se recomienda el relevamiento de información sobre demandas de servicios médicos preventivos.



# Referencias bibliográficas

- Acuña, M. C. (2005). Exclusión, protección social y el derecho a la salud. OPS/OMS.
- Altimir, Ó. (1979). La dimensión de la pobreza en América Latina. Cuadernos de la CEPAL, Santiago, Chile: CEPAL.
- 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.
- Benítez, G. (2017). Paraguay: distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales resultados. Asunción, Paraguay: CADEP. Recuperado de <https://mega.nz/#!sewGgAaZ!tmOeMPL0JbVJcZOYk4wrWp-c4fFopGyVVNe4dgQsg1Y>
- Binstock, G. (2016). Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: apuntes para la construcción de una agenda común. Ciudad de Panamá, Panamá: UNFPA.
- Brizuela, F. (2005). Mortalidad: evolución y tendencias: 1970-2000. Serie Condiciones de vida en Paraguay. Fernando de la Mora, Paraguay: DGEEC
- Camisa, Z. (1975). Introducción al estudio de la fecundidad, Serie B, N° 1007, San José, Costa Rica: CELADE. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/8351/S7500592\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/8351/S7500592_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 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). (2005). Cambios en la estructura poblacional, Una Pirámide que exige miradas. En Temas de Población y Desarrollo N° 1 Transición Demográfica. Santiago, Chile: CELADE. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37301/Temas%20de%20Poblacion\\_1\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37301/Temas%20de%20Poblacion_1_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). (2013). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2017 América Latina. Recuperado de [https://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](https://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm)
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). (2017). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2017 Paraguay. Recuperado de [https://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](https://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm)
- Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). (2009). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008 (ENDSSR 2008): Informe final. Asunción, Paraguay: CEPEP
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2008). Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe. Trigésimo segundo periodo de sesiones de la CEPAL, Santo Domingo, República Dominicana, 9 al 13 de junio. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2894/S0800268\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2894/S0800268_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 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
- Chackiel, J. (2004). La dinámica demográfica en América Latina. Serie Población y Desarrollo N° 52. Santiago, Chile: CEPAL. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7190/S045328\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7190/S045328_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 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/](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.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). (2016a). Análisis del Déficit Habitacional en Paraguay 2012 / Maria Belem Montalto. Fernando de la Mora: DGEEC.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, Ministerio de Hacienda, Ministerio la Mujer (DGEEC, MH y MinMujer). (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., 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.
- Gimenez, L., Lugo, M. A., Martínez, S., Colman, H., Galeano, J. J., y Farfan, G. (2017). Paraguay: Análisis del sistema fiscal y su impacto en la pobreza y la equidad (Nº 74). Tulane University, Department of Economics. Recuperado de <http://documents.worldbank.org/curated/en/168961525857290194/pdf/CEQ.pdf>
- Gómez, E. (2008) “La valoración del trabajo no remunerado: una estrategia clave para la política de igualdad de género” en *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y evaluar el trabajo doméstico no remunerado* (Washington DC: Organización Panamericana de la Salud) pp. 3-19.
- Grajales, I. C. y Cardona, D. (2005). La segunda transición demográfica y el nivel de desarrollo de los departamentos de Colombia. Medellín, 2008. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2011; 28(3): 209-220. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018993001>
- 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.
- Mancuello A., J. N., y Bejarano, M. S. C. (2011). Sistema de salud de Paraguay. *Revista Salud Pública del Paraguay*, 1(1), 13-25.
- Medina, M., Fonseca, M. do C. (2003). Reflexiones sobre los paradigmas que explican la fecundidad. Barcelona, España, Programa ALFA-POP del Centre d’Estudis Demogràfics, Universidad Autónoma de Barcelona
- Ministerio de Hacienda (MH). (2011). Informe de Evaluación de Programa emblemático gubernamental Unidades de salud de la Familia. Unidad de Economía Social Asunción. Diciembre 2011. Recuperado de [http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/04/APS\\_Programa\\_emblematico\\_Caballero2010.pdf](http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/04/APS_Programa_emblematico_Caballero2010.pdf).
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (2009a). 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). (2001). Indicadores Básicos de Salud 2000 Paraguay. Dirección General de Información Estratégica en Salud. Asunción: MSPBS
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2009b). Manual de funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF). Asunción: MSPBS.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2015). Indicadores de Mortalidad. Asunción: MSPBS.

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2016). Indicadores Básicos de Salud 2015 Paraguay. Dirección General de Información Estratégica en Salud. Asunción: MSPBS
- 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. Asunción.
- 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](http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf)
- Navarro, B. y Ortiz E. (2014). El sistema de pensiones de Paraguay, debilidades que exhibe y perspectivas de la reforma. Asunción, Paraguay: CADEP
- Oddone, H. y Guidini, J. (2013). Políticas públicas sobre migraciones y participación de la sociedad civil en Paraguay. En: Las políticas públicas sobre migraciones y la sociedad civil en América Latina, Coord. Leonaro Mario Chiarello, SIMN, N.York
- 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 (OPS) (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>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018). Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS y ASDI) (2003). Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe, Serie “Extensión de la protección social en salud #1”, Washington DC,
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2016). Panorama general Informe sobre Desarrollo Humano 2016 Desarrollo humano para todos. Nueva York: PNUD.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2008). Informe de Desarrollo Humano, Paraguay. Equidad para el desarrollo, Asunción. Recuperado de <http://www.py.undp.org/content/paraguay/es/home/library/poverty/informe-nacional-sobre-desarrollo-humano-2008--equidad-para-el-d.html>
- Rajs, D.; Parada, S. y Peyser, A. (1994). La mortalidad materna en América Latina y el Caribe. Notas de población. CEPAL. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12499/NP60-07\\_es.pdf?sequence=1](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12499/NP60-07_es.pdf?sequence=1)
- Riquelme, Q., y Vera, E. (2015). Agricultura campesina, agronegocio y migración. El im pacto de los modelos de producción en la dinámica de los territorios. Asunción: Centro de Documentación y Estudios.

- Rivarola, M. (2018). Políticas fiscales y desigualdad en Paraguay. En *Fiscalidad para la equidad social Tomo I*. Decidamos, Campaña por la Expresión Ciudadana, Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya. Asunción: Decidamos, CADEP (pp.7-28). Recuperado de <http://www.decidamos.org.py/fiscalidad/wp-content/uploads/2018/06/FISCALIDAD-PARA-LA-EQUIDAD-TOMO-1-FINAL.pdf>
- Rojero, L. (2007) “La Encuesta sobre Uso del Tiempo y su aplicación en Políticas Públicas”, Ponencia en la V Reunión Internacional de Expertas y Expertos en Encuestas sobre Uso del Tiempo, 22 de noviembre, México DF.
- Secretaría de Acción Social (SAS). (2017). Indicadores de derechos humanos vinculados a los programas sociales de la Secretaría de Acción Social. 2017. ACNUDH.
- Secretaría Técnica de Planificación (STP). (1980). Diagnostico demográfico del Paraguay (1950-1977). Volumen 1. Asunción
- Serafini, V. (2016). Protección social clave para la igualdad de oportunidades. CADEP-Paraguay Debate-Unión Europea.
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista panamericana de salud pública*, 11(5-6), 316-326.
- Zavattiero, C. (2009). Paraguay: progress and challenges of family planning as a universal right. En “Demographic transformations and inequalities in Latin America: Historical trends and recent patterns”. UNFPA/ ALAP. Editor Serie Investigaciones N° 8, pp. 339-343. Recuperado en: <http://www.alapop.org/docs/publicaciones/investigaciones/DemogTransformations.pdf>
- Zavattiero, C. (2018). Evaluación de las Unidades de Salud de la Familia - USF. En *Fiscalidad para la equidad social Tomo II*. Decidamos, Campaña por la Expresión Ciudadana, Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya. Asunción: Decidamos, CADEP pp. 49-91. Recuperado de <http://www.decidamos.org.py/fiscalidad/wp-content/uploads/2018/06/FISCALIDAD-PARA-LA-EQUIDAD-TOMO-2-FINAL.pdf>

Anexo

Tabla A1. Indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud, Paraguay

Indicador	Valor	Fuente y año
<b>Indicadores demográficos</b>		
Población total	6.755.756	DGEEC 2015
Población menor a 5 años (%)	10,4	DGEEC 2015
Población menor a 15 años (%)	30,7	DGEEC 2015
Población de 60 años y más (%)	8,8	DGEEC 2015
Población indígena (%)	1,8	CNPV 2012
Edad mediana (años)	25	DGEEC 2015
Población en áreas urbanas (%)	60,5	DGEEC 2015
Tasa Global de Fecundidad	2,6	DGEEC 2015
Nacimientos anuales (en miles)	144,4	DGEEC 2015
Tasa bruta de mortalidad (por 1000)	5,7	DGEEC 2015
Muertes anuales (en miles)	38,3	DGEEC 2015
Esperanza de vida al nacer	73,6	DGEEC 2015
<b>Indicadores de salud</b>		
Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos	81,8	MSPBS 2015
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	14,2	MSPBS 2015
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	16,4	MSPBS 2015
Defunciones registradas de menores de 5 años por enfermedades infecciosas Intestinales (EDA) por 1.000 nacidos vivos	2,3	MSPBS 2015
Defunciones registradas de menores de 5 años por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) por 1.000 nacidos vivos	8,3	MSPBS 2015
Defunciones registradas sin asistencia médica (%)	27,3	IBS 2016
Recién nacidos con bajo peso al nacer (<2500 gramos) (%)	6	IBS 2016
Incidencia de Tuberculosis, todas las formas, por 100.000 habitantes	34,9	IBS 2016
Embarazadas con 4 o más controles prenatales (%)	79,7	IBS 2016
Partos institucionales (%)	97	IBS 2016
Partos por cesárea (%)	48,7	IBS 2016
Población que cuenta con algún tipo de seguro médico (%)	28,0	EPH 2015
Población accede a servicios de salud cuando lo requiere (enfermedad o accidente) (%)	81,3	EPH 2015
Población con discapacidad (%)	10,7	CNPV 2012
<b>Factores externos que inciden en la salud de la población</b>		
Población en situación de pobreza monetaria (%)	26,6	EPH 2015
Población en situación de pobreza extrema monetaria (%)	5,4	EPH 2015
Hogares con servicio de recolección de basura (público o privado) (%)	51,7	EPH 2015
Hogares con desagüe cloacal (desagüe por red pública, pozo ciego con y sin cámara séptica) (%)	80,8	EPH 2015
Hogares con servicio de corriente eléctrica (%)	99,4	EPH 2015
Hogares con acceso a agua corriente (ESSAP, SENASA, red comunitaria y red privada) (%)	81,5	EPH 2015
Nivel de instrucción de la población de 15 años y más (promedio de años)	9,2	EPH 2015
Población de 15 años y más analfabeta (%)	4,4	EPH 2015
Población de 6 a 17 años que no asiste a una institución de enseñanza formal (%)	7,2	EPH 2015

Fuente: elaboración propia a partir de

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

DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2015

DGEEC, Censo Nacional de Población y Viviendas 2012

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

MSPBS, Indicadores Básicos de Salud (IBS) 2016

**Tabla A2. Establecimientos del MSPBS y número de camas según regiones sanitarias, Paraguay, 2015**

Regiones Sanitarias	Hospital Regional	Hospital Distrital	Hospital General	Hospital Especializado	Centro Especializado	Hospital Materno Infantil	Centro de Salud	Puesto de Salud	USF	Dispensario	TOTAL	CA-MAS
1. Concepción	1	1	0	0	0	1	4	15	48	4	74	170
2. San Pedro	1	2	1	0	0	0	5	60	68	0	137	287
3. Cordillera	1	2	0	0	0	0	11	13	43	0	70	191
4. Guairá	1	1	0	0	2	0	8	19	56	0	87	167
5. Caaguazú	1	4	0	0	0	0	5	28	44	3	85	226
6. Caazapá	1	2	0	0	0	0	7	9	49	0	68	122
7. Itapúa	1	2	0	0	0	1	12	33	59	0	108	430
8. Misiones	1	2	0	0	0	0	7	22	36	0	68	143
9. Paraguari	1	4	0	0	1	0	9	14	47	0	76	222
10. Alto Paraná	1	4	0	0	0	0	7	27	77	13	129	268
11. Central	1	8	0	4	2	4	6	14	104	1	144	1.398
12. Ñeembucú	1	1	0	0	0	0	0	45	25	0	72	126
13. Amambay	1	2	0	0	0	0	0	0	21	0	24	96
14. Canindeyú	1	1	0	0	0	0	2	33	48	8	93	69
15. Presidente Hayes	1	1	0	0	0	0	3	17	18	17	57	141
16. Boquerón	1	0	0	0	0	1	0	15	11	3	31	29
17. Alto Paraguay	1	0	0	0	0	0	2	7	8	4	22	26
18. Asunción	0	0	1	0	6	3	9	7	33	0	59	1.097
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>37</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>97</b>	<b>378</b>	<b>795</b>	<b>53</b>	<b>1.404</b>	<b>5.208</b>

Fuente: MSPBS (2015). Listado de Establecimientos de Salud de las Regiones Sanitarias - Sistema de Movimiento Hospitalario (SMH) y MSPBS. Atención Primaria en Salud (APS). Listado de unidades de salud de la familia (USF).

**Tabla A3. Porcentaje de la población con alguna enfermedad o accidente reportada (2000 a 2015) según demanda efectiva y encubierta, y estimación para 2020-2025**

Año	Población según proyección	Reporte de enfermedad o accidente		Demanda efectiva (consulta por enfermedad o accidente)		Demanda encubierta (no consulta cuando está enferma o accidentada)	
		Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
<b>Urbana</b>							
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
<b>Rural</b>							
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
<b>Hombres</b>							
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

**Tabla A3. Porcentaje de la población con alguna enfermedad o accidente reportada (2000 a 2015) según demanda efectiva y encubierta, y estimación para 2020-2025**

Año	Población según proyección	Reporte de enfermedad o accidente		Demanda efectiva (consulta por enfermedad o accidente)		Demanda encubierta (no consulta cuando está enferma o accidentada)	
		Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
<b>Mujeres</b>							
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
<b>De 0 a 4 años</b>							
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
<b>De 5 a 14 años</b>							
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

**Tabla A3. Porcentaje de la población con alguna enfermedad o accidente reportada (2000 a 2015) según demanda efectiva y encubierta, y estimación para 2020-2025**

Año	Población según proyección	Reporte de enfermedad o accidente		Demanda efectiva (consulta por enfermedad o accidente)		Demanda encubierta (no consulta cuando está enferma o accidentada)	
		Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
<b>De 15 a 29 años</b>							
424.208	29,7	178.639	42,1	245.569	57,9	495.234	48,0
429.979	26,5	211.114	49,1	218.865	50,9	448.816	37,9
521.507	29,0	311.808	59,8	209.699	40,2	286.953	23,8
426.784	22,5	307.639	72,1	119.145	27,9	185.491	16,6
464.919	23,8	337.580	72,6	127.369	27,4	163.226	12,9
461.707	23,1	352.642	76,4	109.098	23,6	115.755	8,7
<b>De 30 a 59 años</b>							
545.022	36,8	277.199	50,9	267.823	49,1	195.098	44,8
605.630	35,7	328.912	54,3	276.718	45,7	153.122	28,5
714.309	37,2	496.545	69,5	217.375	30,4	49.821	14,6
620.436	28,4	485.921	78,3	134.515	21,7	30.597	8,9
768.620	31,0	610.784	79,5	157.668	20,5	8.955	2,6
840.676	30,2	698.540	83,1	141.932	16,9	-	0,0
<b>De 60 a 79 años</b>							
140.594	44,5	86.314	61,4	54.280	38,6	269.833	60,7
174.163	48,5	126.003	72,3	48.160	27,7	224.767	45,6
204.106	48,6	164.252	80,5	39.855	19,5	128.771	25,5
223.056	43,5	189.591	85,0	33.465	15,0	76.716	15,7
289.376	46,4	257.052	88,8	32.334	11,2	51.332	9,9
343.878	46,5	316.257	92,0	27.633	8,0	20.657	3,9



**Tabla A3. Porcentaje de la población con alguna enfermedad o accidente reportada (2000 a 2015) según demanda efectiva y encubierta, y estimación para 2020-2025**

Año	Población según proyección	Reporte de enfermedad o accidente		Demanda efectiva (consulta por enfermedad o accidente)		Demanda encubierta (no consulta cuando está enferma o accidentada)	
		Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
<b>De 80 años y más</b>							
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.



El libro *Las demandas potenciales en salud y cuidados desde los cambios en la dinámica demográfica en Paraguay* de Claudina Zavattiero, María Alejandra Fantin y Georgina Zavattiero constituye un hito de la demografía paraguaya. El estudio es, además, un aporte científico al conocimiento de los fundamentos y características de los cambios en la población de la sociedad paraguaya desde la reciente –y tardía– transición demográfica.

La investigación emprendida a partir de una perspectiva teórica informada por la demografía y con un abordaje metodológico de enfoque cuantitativo, tanto descriptivo como inferencial, tuvo importantes hallazgos en términos de la cuantificación de la demanda efectiva actual de salud en el país y la propensión de la demanda total futura, mostrándose que ésta se concentrará especialmente en zonas urbanas y concerniendo de modo específico a las mujeres y a los adultos mayores. El mérito del trabajo consiste en generar información y análisis sobre la dinámica de la población, su tendencia intertemporal, la velocidad e intensidad de las transformaciones demográficas y la distribución, así como la movilidad espacial de la población, en tanto constituyen dimensiones esenciales en la planificación de la salud pública.

*Las demandas potenciales* signa el campo de la demografía por trazar las más notorias cualidades de manejo conceptual y tratamiento metódico del material empírico de varias fuentes para exponer con claridad, rigor y precisión un objeto de estudio que no solamente vincula virtuosamente el dominio de conocimiento de las dinámicas de la población y los rasgos del sector institucional de la salud, sino también las tendencias y perspectivas de la situación de la salud pública en función de las fortalezas y debilidades de las políticas públicas.

Los desafíos que el escenario demográfico en la actualidad y del futuro próximo, imponen sobre las condiciones sociales y económicas, impulsan la articulación de los procesos demográficos con las políticas de salud pública en busca de un sistema de protección integral. En este sentido, el estudio contribuye a acumular conocimiento y fortalecer los aportes al campo científico nacional, incidir con evidencias en las políticas públicas, así como generar fuentes de información para las acciones colectivas que busquen apuntalar el bienestar de todos y todas.

