



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

Estimation of potential health demands from changes in population dynamics in Paraguay

Claudina Zavattiero¹, María Alejandra Fantin², Georgina Zavattiero Tornatore³

¹Mgter. en Demografía, Población y Desarrollo. Instituto de Investigaciones Geohistóricas – CONICET. Resistencia, Argentina. Email: claudinaz@hotmail.com

²Dra. en Demografía. Instituto de Investigaciones Geohistóricas - CONICET. Resistencia, Argentina. Email: afantin@bib.unne.edu.ar

³Mgter. en Ciencias Sociales. Asunción, Paraguay. Email: chochiz4@hotmail.com

Recibido: 01/11/2017; Aceptado: 28/11/2017

RESUMEN

La presente investigación se encarga de relacionar los cambios demográficos con el estado de salud de la población a fin de realizar estimaciones de las potenciales demandas en salud a partir de las transformaciones en la población previsible hasta el año 2025. Para el cumplimiento del Objetivo 3, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que establece “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (NNUU, 2015), es necesario lograr una cobertura sanitaria universal y para ello se requiere conocer la población a alcanzar. 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 crónicas – degenerativas y las mayores demandas en salud. Como resultado se ha obtenido que la demanda efectiva de salud en el año 2015 en Paraguay representa el 81,3% de la demanda total. Al calcularse la proporción estimada se obtiene una demanda probable de más de 2.250.000 personas en promedio en el período de 2020 a 2025, de las cuales aproximadamente 1.950.000 se consideran como casos probablemente efectivos. La demanda se concentrará mayormente en zonas urbanas, en mujeres y en personas adultas mayores. La diferencia entre la demanda total y la efectiva representa el esfuerzo que el sistema debe realizar para mejorar la cobertura de atención. Deben tenerse en cuenta los desafíos que los cambios demográficos ocasionaran en el sistema de salud, las diversas características individuales y factores socioeconómicos que influyen en la decisión de solicitar asistencia.

Palabras clave: estimación, demandas, salud, población, Paraguay

ABSTRACT

This paper analyzes the demographic changes with the health status of the population in order to estimate the potential demands on health from the transformations in the population predictable until the year 2025. For the fulfillment of Objective 3, of the Sustainable Development Goals, which establishes "ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages", it is necessary to achieve universal health coverage and required to know the population to attain. The advent of a significant amount of older adult population should warn about changes in epidemiological patterns, the increase in chronic degenerative diseases and greater demands on health. As a result, it has been obtained that the effective health demand in 2015 in Paraguay represents 81.3% of total demand. The probable demand is estimated in more than 2,250,000 people on average in the period from 2020 to 2025, of which approximately 1,950,000 are considered likely to be effective cases. The difference between total and effective demand represents the effort that the system must effectuate to improve coverage of care. The demand will be concentrated mainly in urban areas, in women and in older adults. The difference between total and effective demand represents the effort that the system must make to improve coverage of care. The challenges that demographic changes will have on the health system, the various individual characteristics and socioeconomic factors that influence the decision to request assistance must be taken into account.

Key words: estimation, demands, health, population, Paraguay

INTRODUCCIÓN

A partir del siglo XX se instala un cambio de paradigma que considera a la salud desde un concepto 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 (Cecchini & Martinez, 2011). Las metas de las políticas en el área de la salud son prácticamente las mismas en todo el mundo, siendo los objetivos universales: mejorar la salud y extender el tiempo de vida (OMS, 1978). Sin embargo, vivir más no siempre es vivir mejor puesto que las enfermedades son más crónicas durante la vejez (MSPBS, 2015).

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 universal a la salud¹ y la cobertura universal de salud son necesarios para mejorar los resultados de salud (OPS/ OMS, 2014), no obstante, existen barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que configuran un entramado de desigualdades e impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud.

En Paraguay el derecho a la salud de toda la población está contenido en la Constitución de 1992 (art. nº 3, 68 y 69), el Código Sanitario (Ley Nº 836/80) y la Ley Nº 1.032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud (SNS). El SNS opera mediante la oferta de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes. En este sentido,

¹ El acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan (OPS/ OMS, 2014).

Dullak y otros (2011) afirman que el sistema de salud en Paraguay esta segmentado y fragmentado².

En este contexto, desde 2008 el Ministerio de Salud y Bienestar Social (MSPBS) propuso un nuevo enfoque del sistema de salud inspirado en los principios de universalidad, gratuidad, inclusividad, atención integral de la salud, educación en salud y calidad de vida y participación ciudadana, plasmado en la Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad (MSPBS, 2009). La implementación de dicha estrategia supone pasar de un modo asistencial y curativo a un modo promocional de la salud y de la calidad de vida³.

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 continuará creciendo hasta llegar a 8,7 millones de habitantes en torno al 2065 y luego comenzará a disminuir (CELADE, 2015), y que este escenario poblacional se dará conjuntamente con disminuciones relativas en el grupo de menores de 15 años, aumento temporal en el grupo en edades de trabajar (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, 2015). Estos procesos se irán intensificando en los próximos años con importantes implicancias en el ámbito de la salud, por lo que la situación demográfica ejercerá una gran presión sobre el Estado que deberá generar los recursos suficientes para proveer calidad de vida a los habitantes.

MATERIALES Y MÉTODOS

El objetivo del estudio es cuantificar el tamaño potencial de la demanda de atención de salud en el Paraguay, desagregándolo según las condiciones de acceso de la población: población con necesidad de salud (demanda total), con necesidad de salud atendidas (demanda efectiva) y con necesidades de salud insatisfechas (demanda encubierta) debido a la existencia de barreras económicas, geográficas o culturales⁴. Esto se lleva a cabo a partir de un enfoque cuantitativo, con metodología descriptiva e inferencial utilizando extrapolación a partir de una función logarítmica⁵, asumiendo el supuesto de continuidad de la tendencia, la cual podría variar de mediar alguna intervención. La población en estudio está constituida por las personas residentes en el Paraguay en un momento dado y a lo largo del tiempo (entre 2000 y 2025).

Las fuentes de información utilizadas mayormente son las encuestas permanente de hogares (EPH) para los indicadores de salud y las proyecciones nacionales de población para la estimación a futuro, ambas fuentes de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos

² La segmentación (sector público, seguro social y sector privado con y sin fines de lucro) impone condiciones de acceso para la provisión y el aseguramiento que restringe el ejercicio del derecho a la salud y el logro de mejores resultados de salud. Por su parte, la fragmentación, que se da cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica, impide una estandarización adecuada de la calidad, contenido, costo y aplicación de las intervenciones de salud, y promueve un uso poco eficiente de los recursos al interior del sistema en su conjunto (Acuña, 2005).

³ En el marco de este cambio a un nuevo sistema nacional de salud, la atención primaria de salud y dentro de ella, las unidades de salud de la familia (USF) están llamadas a ejercer de puerta de entrada, de modo que todas las relaciones entre la ciudadanía y dicho sistema se canalicen necesariamente a través de las USF, que a su vez están encargadas de derivar a las personas a los distintos niveles de atención sanitaria cuando corresponda. De esta manera, apuntan a reducir la exclusión social aumentando la cobertura y el acceso a las redes de atención, en especial, la población vulnerable, asegurando una atención permanente y continua.

⁴ 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.

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

(DGEEC). Se desagrega la información por área de residencia, sexo y grupos de edad (niñez, adolescencia y juventud, adultos y adultos mayores) a modo de señalar los grupos que presentan mayores situaciones de vulnerabilidad.

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

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cambios sociodemográficos y factores que inciden en el estado de salud

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

La población actual de Paraguay, en torno a 6,8 millones de habitantes, ha cambiado de estructura a partir, principalmente, de la reducción de los niveles de fecundidad y de mortalidad. Estos fenómenos tienen impactos en el ritmo de crecimiento, tamaño, estructura y composición por sexo y edad de la población. Al descender la natalidad⁶, la principal causa del aumento poblacional fue la disminución de la mortalidad, en especial la infantil y la de los adultos mayores⁷. La disminución de la mortalidad constituye un importante logro que refleja mejoras en los sistemas sanitarios, educativos, económicos y sociales, al tiempo que representa un aumento de la longevidad de las personas.

La estructura de población abandona las características de una población joven (producto de las altas tasas de fecundidad prevalecientes hasta mediados del siglo pasado) e inicia el proceso de envejecimiento ocasionado por un mayor peso relativo del grupo de personas adultas mayores en la población total⁸, siendo este el cambio más significativo de la última década. La estructura por edades de la población está conformada por un 30,5% de la población menor a 15 años de edad, el 27,8% por la adolescencia y juventud (15 a 29 años), 32,7% tiene entre 30 y 59 años y 9,1% de la población tiene 60 años y más (DGEEC, 2016a).

De acuerdo con las proyecciones de población, en las próximas décadas la población continuará creciendo, producto de la inercia o potencial de crecimiento implícito en la propia estructura por edades, hasta llegar a 8,7 millones de habitantes en torno al 2065 y luego comenzará a disminuir (CELADE, 2015). En 2025 poco más de la mitad de la población tendrá menos de 30 años (53,1%), el 35,9% entre 30 y 59 años y el 11% será adulta mayor.

Estos cambios en la estructura de la población coinciden con los observados en el perfil

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

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

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

epidemiológico que da cuenta que los padecimientos crónicos han desplazado de forma acelerada a las enfermedades infecciosas y complicaciones materno-infantiles como causas de muerte en las últimas décadas (transición epidemiológica⁹).

Lo anterior ocurre en un contexto en el que Paraguay muestra avances en muchos de sus indicadores sociales durante la última década, con una mayor presencia del Estado con políticas públicas de mayor cobertura y amplitud. Lo expuesto es acompañado por niveles positivos de crecimiento económico en los últimos años, y niveles de pobreza (extrema y moderada) que venían en descenso hasta 2015. A pesar de lo mencionado, la trayectoria positiva es lenta¹⁰ y aún persisten algunos desafíos que inciden en el estado de salud de la población, como los que se describen a continuación.

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. A nivel nacional la pobreza afecta a más de 1.900.000 personas (28,9% de la población, incluido un 5,7% en condiciones de extrema pobreza o indigencia) (DGEEC, 2016b). Ello implica que las personas en situación de extrema pobreza no tienen la capacidad de adquirir una canasta básica de alimentos, generando como resultado poblaciones mal nutridas o alimentadas, y su relación con el estado de salud, por ejemplo, el 5,9% de los niños menores de 5 años padecen desnutrición crónica (MSPBS/DGEEC/UNICEF, 2017), indicando en la mayoría de los casos, procesos acumulativos de privación y pobreza (MSPBS, 2010).

Otros aspectos que inciden en el estado de salud de la población son las condiciones de la vivienda y el acceso a servicios públicos. El acceso a agua corriente dista de ser universal en el país (el 19,4% de los hogares no accede a esta prestación), el 20,9% 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 debido a un escaso servicio de recolección (Anexo, Tabla 1). En estos indicadores existen grandes diferencias entre el medio urbano y el rural, en detrimento de este último.

El grado de instrucción y el nivel educativo alcanzado por la población se considera como uno de los factores que podría influir sobre la capacidad de las personas de reconocer síntomas e identificarse como enfermos. En este sentido, la población de 15 años y más accede a niveles básicos de educación, es decir, en promedio a 9 años de estudio y un 5,4% es analfabeta. Las mujeres tienen mayor porcentaje de analfabetismo que los hombres, y aumenta según se trate de mujeres urbanas o rurales (3,8%, y 10,8% respectivamente) (DGEEC, 2016a).

Acceso al sistema de salud

Un indicador que garantiza una cobertura ante cualquier enfermedad o accidente es la tenencia de seguro médico. En el país la cobertura de seguro médico sigue siendo baja a pesar de haber aumentado a razón de 1,2 puntos porcentuales por año entre 2006 y 2011 y desacelerándose a 0,7 puntos porcentuales por año en el último quinquenio (2011-2016). Un

⁹ 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. Entre éstas se encuentran la diabetes, hipertensión, condiciones cardíacas y enfermedades pulmonares, que generalmente se asocian a estilos de vida poco saludables. Las principales causas de mortalidad en el Paraguay en 2015 son: enfermedad del sistema circulatorio, tumores y causas externas (MSPBS, 2015).

¹⁰ El último Informe sobre Desarrollo Humano (PNUD, 2016) ubicó al país en la posición 110, que corresponde a desarrollo medio y es uno de los más bajos de América del Sur.

cuarto de la población cuenta actualmente con algún seguro (25,9%), concentrándose mayormente en las zonas urbanas (34,3%) y en las personas de 30 años y más, lo que tiene relación con el acceso al seguro social a través de la relación de dependencia laboral (Tabla 1).

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

Características	2006			2011			2016		
	IPS	Otro tipo de seguro ^{2/}	No tiene o no responde	IPS	Otro tipo de seguro ^{2/}	No tiene o no responde	IPS	Otro tipo de seguro ^{2/}	No tiene o no responde
Total	11,5	7,5	81,0	17,4	7,4	75,3	18,4	7,4	74,1
Área de residencia									
Urbana	16,2	11,4	72,4	24,0	10,6	65,3	24,0	10,3	65,7
Rural	5,3	2,4	92,3	7,8	2,6	89,6	9,8	2,9	87,4
Sexo									
Hombres	10,5	7,4	82,1	16,5	7,5	76,0	17,9	7,5	74,7
Mujeres	12,5	7,5	80,0	18,3	7,2	74,6	19,0	7,4	73,6
Grupos de edad									
De 0 a 4 años	10,1	7,3	82,6	15,7	7,0	77,4	15,3	7,2	77,5
De 5 a 14 años	11,0	5,6	83,4	16,7	5,7	77,5	17,0	5,5	77,5
De 15 a 29 años	7,7	7,2	85,1	12,5	7,1	80,3	14,4	6,9	78,7
De 30 a 59 años	12,9	8,8	78,3	19,6	8,8	71,6	20,7	9,0	70,3
De 60 a 79 años	21,0	9,6	69,4	29,6	7,5	62,8	29,4	8,0	62,6
De 80 años y más	26,9	*	65,8	29,4	*	62,7	29,4	7,6	63,0

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 y local.

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

Todas las personas a lo largo del ciclo de vida demandan servicios de salud, no obstante, existe un grupo con necesidad innegable de utilización de servicios de salud (población enferma o accidentada) y otro sin necesidades aparentes (personas sanas). En este sentido, se destaca que en 2016 el 38% de la población declaró haber estado enferma o accidentada durante los últimos 90 días previos a la consulta, cifra que se acrecienta en la población de menores ingresos (44,7% del quintil más pobre), en zonas rurales (43,5%), entre las mujeres (39,9%) y particularmente en los primeros y últimos años de vida (54,8% en personas de 0 a 4 años y 57,3% en personas de 80 y más años) (Tabla 2).

A pesar de la necesidad de servicios de salud por parte de las personas enfermas o accidentadas, 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, las personas del área rural y adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años presentan mayor exclusión (26,6%, 27,8% y 33,6% respectivamente) (Tabla 2).

Conviene señalar que en la última década se registran avances en la disminución de la exclusión en salud, probablemente explicado por la expansión de los servicios de salud y de la

cobertura de seguridad social, así como la declaración de gratuidad de las consultas¹¹. La proporción de personas que habiéndose enfermado o accidentado acudieron a consultar aumentó del 60,9% en 2006 a 75,5% en 2016, no obstante, se mantienen los mismos grupos que presentan mayor exclusión (personas del área rural, hombres y adolescentes y jóvenes) (Tabla 2).

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

Para el 2006, la autoexclusión representó la principal razón de no consulta (79,6% de la población enferma o accidentada) y para el 2016 asciende al 92,6%; siendo su principal causa la automedicación, con niveles promedio del 60% en los últimos 10 años. No debe perderse de vista que en 2016 el 81,6% de niños y niñas de 5 a 14 años no asistieron a una consulta médica por haber sido automedicados (Tabla 2).

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

¹¹ Desde 2008 se implementa la gratuidad universal de la atención sanitaria (Resolución S.G. N° 140/08, S.G. N° 363/08 y S.G. N° 1.074/09). A finales del 2009 se logra la exoneración de pago de aranceles para todas las prestaciones médicas y odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del MSPBS.

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

Características		Total	Área de residencia		Sexo		Grupos de edad					
			Urbana	Rural	Hombres	Mujeres	De 0 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 29 años	De 30 a 59 años	De 60 a 79 años	De 80 años y más
2006												
Condición de salud	Enfermo o accidentado	23,4	20,7	27,1	22,4	24,5	49,7	21,0	15,7	20,2	33,0	40,7
Consulta médica	Se enfermó y consultó	60,9	69,6	52,3	58,9	62,8	65,3	57,1	54,9	59,8	70,3	73,9
	Se enfermó y no consultó	39,1	30,4	47,7	41,1	37,2	34,7	42,9	45,1	40,2	29,7	26,1
	Dolencia no grave	32,5	39,0	28,4	35,2	29,8	30,7	34,5	33,8	31,2	31,2	*
Razones de no consulta	Se automedicó	47,1	48,2	46,3	45,4	48,7	52,9	45,8	47,2	47,6	39,6	*
	Problemas de atención o costo ^{1/}	18,6	10,5	23,8	17,7	19,5	15,8	18,0	16,7	19,2	25,9	*
	Otra razón ^{2/}	1,8	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2016												
Condición de salud	Enfermo o accidentado	38,0	34,4	43,5	36,0	39,9	54,8	41,7	28,6	35,3	47,1	57,3
Consulta médica	Se enfermó y consultó	75,5	78,1	72,2	73,4	77,4	89,2	80,3	66,4	69,7	79,4	84,2
	Se enfermó y no consultó	24,5	21,9	27,8	26,6	22,6	10,8	19,7	33,6	30,3	20,6	15,8
	Dolencia no grave	17,0	18,1	15,9	16,6	17,4	19,1	15,2	19,8	15,4	17,3	*
Razones de no consulta	Se automedicó	75,6	75,2	76,0	76,9	74,2	75,3	81,6	72,9	76,5	70,0	66,8
	Problemas de atención o costo ^{1/}	3,2	2,1	4,4	2,8	3,7	*	*	*	3,8	7,3	*
	Otra razón ^{2/}	4,1	4,6	3,7	3,7	4,6	*	*	5,3	4,3	*	*

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

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

2/ Incluye: no tuvo tiempo y otra razón.

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

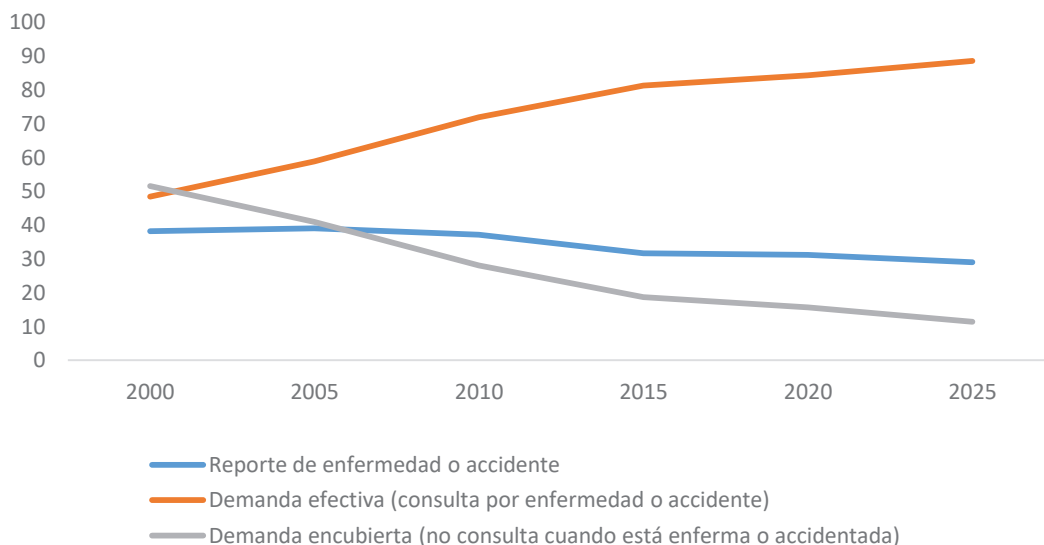
Estimación de la demanda de servicios de salud

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 personas¹² entre 2000 y 2015. Para ello, se obtiene la demanda efectiva declarada por las personas y la demanda encubierta que tiene en cuenta la población que no utilizó los servicios a pesar de haber declarado estar enfermos o accidentados.

Entre 2000 y 2015, en promedio un tercio de la población ha declarado haber estado enferma o accidentada. De ellas, 2 de cada 3 asiste a una consulta médica y el 35% restante se considera como demanda encubierta puesto que requería atención, pero no accedió (Tabla 3). La demanda efectiva de salud en el 2015 en Paraguay representa el 81,3% de la demanda total (Figura 1). Al calcularse la proporción estimada por medio de una función logarítmica se obtiene una demanda probable de más de 2.250.000 personas en promedio en el período de 2020 a 2025 (en términos relativos ronda el 30%), de los cuales aproximadamente 1.950.000 se consideran como casos probablemente efectivos (aumento a 86,5% de la demanda total). La diferencia entre la demanda total y la efectiva representa el esfuerzo que el sistema debe realizar para mejorar la cobertura de atención, se estima que en 2020 será del 15,7% de la población enferma o accidentada y en 2025 del 11,4% (Tabla 3).

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



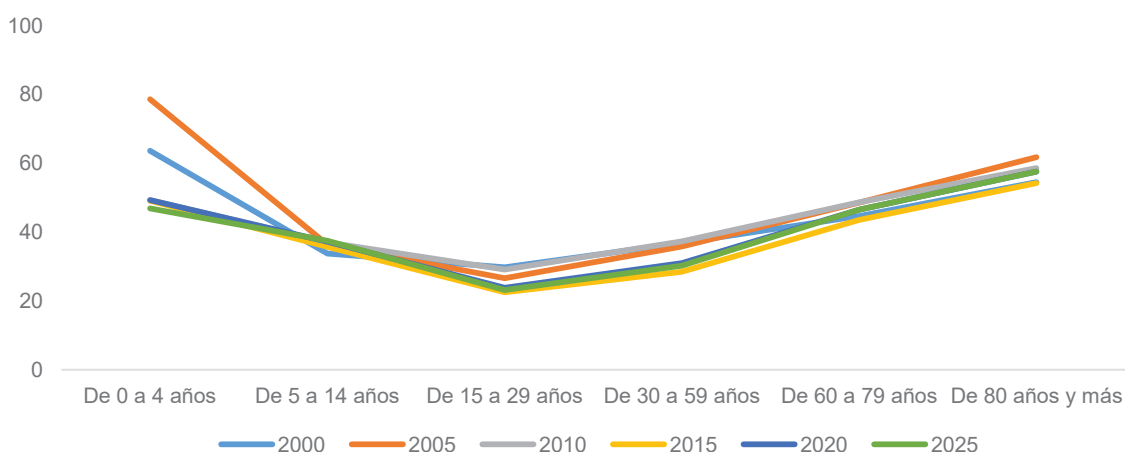
Fuente: Elaboración propia.

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

¹² 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.

La Figura 2 muestra que en las edades extremas de la 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 adultas 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.

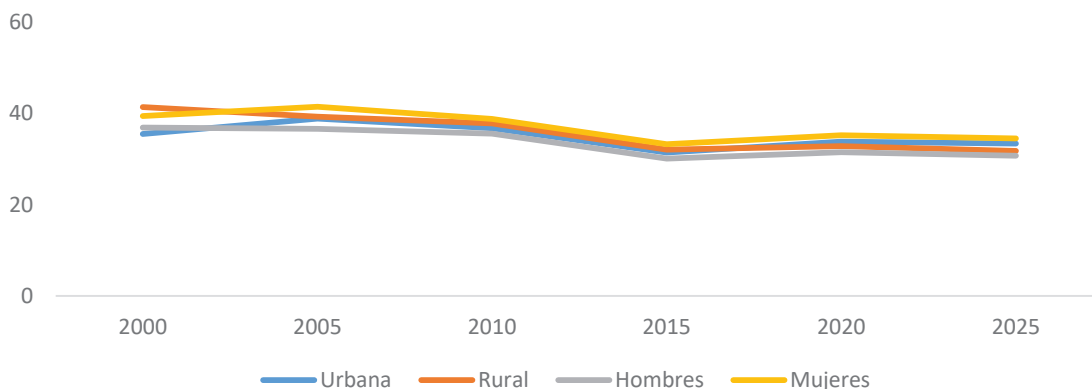
Figura 2. Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según grupos de edad



Fuente: Elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000 a 2015.

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

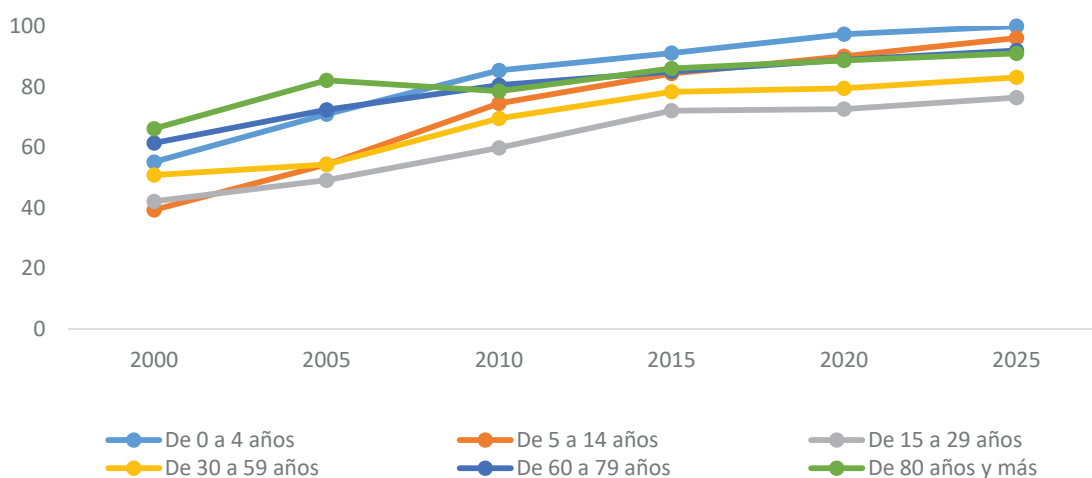
Figura 3. Porcentaje de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según área de residencia y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000 a 2015.

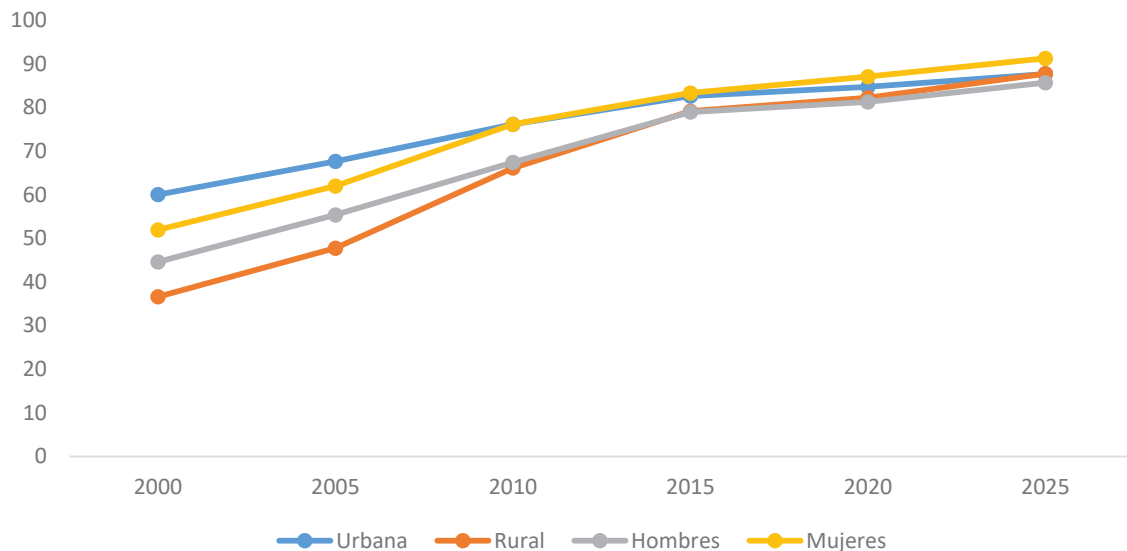
La demanda efectiva de salud tendrá un incremento sostenido en el tiempo alcanzando en promedio niveles de 86,5% del total de casos reportados de enfermedad o accidente entre 2020 y 2025. El aumento relativo más importante se dará en personas del área rural, siendo este grupo el que presentaba mayor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

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



Fuente: Elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000 a 2015.

Figura 5. 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.

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

Año	Población 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.

CONCLUSIONES

En la próxima década se irán intensificando los cambios en la estructura de población del país caracterizados por disminuciones relativas en el grupo de menores de 15 años, aumento temporal en el grupo en edades de trabajar y sostenido en los mayores de 60 años. En 2025 poco más de la mitad de la población tendrá menos de 30 años (53,1%), el 35,9% entre 30 y 59 años y el 11% será adulta mayor. Los cambios demográficos, socioeconómicos y el proceso de transición epidemiológica traen consigo una mayor carga de morbilidad y mortalidad asociada

a poblaciones más envejecidas, que a su vez presentan mayores niveles de enfermedades crónicas, lo que repercutirá en el sistema de salud, en un contexto en el que el país mantiene considerables niveles de pobreza. En este sentido, es necesaria una intervención activa que aborde los obstáculos sociales, culturales y económicos que dificultan a la población acceder al sistema de salud.

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

Además resulta imperante vincular el sistema de salud con el acceso a otros derechos como el de educación, agua potable, saneamiento integrados en un sistema de protección social que contribuyan a reducir la autoexclusión, en particular debido a 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.

Referencias Bibliográficas

- Acuña, M. C. (2005). Exclusión, protección social y el derecho a la salud. OPS/OMS.
- Cecchini, S.; Martínez, R. (2011). Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos N° 111. CEPAL. Santiago de Chile.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (2015). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2015 Paraguay. CEPAL. Santiago de Chile.
- Dullak, R.; Rodriguez-Riveros, M. I.; Bursztyn, I.; Cabral-Bejarano, M. S.; Ruoti, M.; Paredes, M. E.; Wildberger, C.; Molinas, F.; (2011). Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Junio-Sin mes, 2865-2875.
- Fantin, M. A. (2008). Población, Sociedad y Salud en la frontera argentino-paraguaya. Serie Investigaciones de la Asociación Paraguaya de Estudios de Población (ADEPO), con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Asunción
- Naciones Unidas (NNUU) (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A/RES/70/1). Disponible en http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). Declaración de Alma Ata, Conferencia sobre la Atención Primaria de la Salud (icphc/ala/78.10), Alma Ata, URSS.
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 53.o CONSEJO DIRECTIVO. 66.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS. Washington. Disponible en <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2016). Panorama general Informe sobre Desarrollo Humano 2016 Desarrollo humano para todos. PNUD. Nueva York.
- República del Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (2015). Indicadores de Mortalidad – INDIMOR. MSPBS. Asunción.
- República del Paraguay; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2009). Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. MSPBS. Asunción.
- República del Paraguay; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2010). Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez 2010-2015. MSPBS. Asunción.
- República del Paraguay; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (MSPBS/DGEEC/UNICEF) (2017). Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados MICS Paraguay 2016, Resultados principales.
- República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social - Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2015). Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015. DGEEC. Fernando de la Mora.
- República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2016a). Base de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 1999 a 2016. Disponible en http://www.dgeec.gov.py/microdatos_EPH/
- República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social - Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2016b). Principales resultados de pobreza y distribución del ingreso, Encuesta Permanente de Hogares 2016. DGEEC. Fernando de la Mora.
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Revista panamericana de salud pública, 11(5-6), 316-326.