

ACTAS DIGITALES DEL

XXXVIII ENCUENTRO DE GEOHISTORIA REGIONAL



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES GEOHISTÓRICAS- CONICET/UNNE
RESISTENCIA, 26, 27 Y 28 DE SEPTIEMBRE DE 2018

CONICET



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DEL NOROESTE

I I G H I

Arnaiz, Juan Manuel

Actas del XXXVIII Encuentro de Geohistoria Regional : VIII Simposio Región y Políticas públicas / Juan Manuel Arnaiz ; María Silvia Leoni de Rosciani ; compilado por María Laura Salinas ... [et al.]. - 1a ed compendiada. - Resistencia : Instituto de Investigaciones Geohistóricas, 2019.

Libro digital, DXReader

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-4450-07-4

1. Historia Regional. 2. Historia de la Provincia del Chaco . 3. Historia de la Provincia de Corrientes . I. Salinas, María Laura, comp. II. Título.
CDD 982

Fecha de catalogación: 26/06/2019

Primera edición.

Actas del XXXVIII Encuentro de Geohistoria Regional. VIII Simposio Región y Políticas públicas

Compiladoras

Dra. María Laura Salinas

Dra. Fátima Valenzuela

Diseño y maquetación

DG. Cristian Toullieux

© Instituto de Investigaciones Geohistóricas (IIGHI)-CONICET/UNNE

Av. Castelli 930 (3500) Resistencia (Chaco) (Argentina)

Correo electrónico: iighi.secretaria@gmail.com

ISBN 978-987-4450-07-4

Impreso en Argentina - Printed in Argentina

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Queda prohibida la reproducción parcial o total, por cualquier medio de impresión, en forma idéntica, extractada o modificada, en castellano o en cualquier otro idioma. Las opiniones vertidas en los trabajos publicados en esta compilación no representan necesariamente la opinión de la Institución que la edita.

Estimación de las potenciales demandas en salud a partir de los cambios en la dinámica demográfica en el Paraguay, 2000-2025 *

AUTORES

Claudina Zavattiero

IIGHI-UNNE/CONICET

claudinaz@hotmail.com

María Alejandra Fantin

IIGHI-UNNE/CONICET

afantin@bib.unne.edu.ar

Georgina Zavattiero Tornatore

FLACSO México

chochiz4@hotmail.com

RESUMEN

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

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

Como resultado se ha obtenido que la demanda efectiva de salud en el Paraguay en 2015 representó el 81,3% de la demanda total. Al calcular la proporción estimada de demanda total se obtiene un incremento potencial de la demanda en 110.000 personas por quinquenio entre 2020 y 2025, así la demanda total probable ascenderá a más de 2.250.000 personas en promedio entre 2020 y 2025 (aproximadamente el 30% de la población), de las cuales, un poco más de 1.950.000 se consideran como casos probablemente efectivos (86,7% de la demanda total estimada). La demanda se concentrará mayormente en zonas urbanas, en mujeres y en personas mayores.

Introducción

Las modificaciones en el tamaño y estructura por edades de la población, como efecto de la transición demográfica provocada especialmente por los cambios en los niveles de mortalidad y fecundidad, tienen consecuencias económicas y sociales diversas entre las que se encuentran los desafíos para los sistemas de salud (Miró, 2015) dado que las necesidades de atención se transforman a partir de dichos cambios (Cecchini & Martínez, 2011).

El bienestar de salud y el grado de protección del que gozan las personas resultan esenciales para que las mismas puedan contar con una vida próspera y, por ende, contribuir al desarrollo de social y económico de un país. 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). Por tanto, el derecho a la salud es inalienable a todos los se-

res humanos, abarcando, por un lado, la posibilidad de acceder a atención y servicios oportunos y de calidad y, por otro lado, al desarrollo de la vida humana en condiciones y ambientes saludables (NNUU, 2000).

En este contexto, el acceso al sistema de salud considera las posibilidades genuinas que tienen las personas de acceder a bienes y servicios de calidad para satisfacer las necesidades que se les presentan en el transcurso de su vida, más allá de su capacidad

* Estos resultados forman parte del proyecto de investigación "Estimación de las potenciales demandas en salud y cuidados a partir de los cambios en la dinámica demográfica" financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) a través del programa PROCENCIA.

adquisitiva, su género, su lugar de residencia, su edad, entre otros.

En el Paraguay, el derecho a la salud de toda la población está consagrado en la Constitución de 1992 (art. n° 4, 68 y 69), en el Código Sanitario (Ley N° 836/80) y en la Ley N° 1.032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud. Desde 2008 el Ministerio de Salud y Bienestar Social (MSPBS) propuso un nuevo enfoque del sistema de salud inspirado en los principios de universalidad, gratuidad, inclusión, atención integral de la salud, educación en salud y calidad de vida y participación ciudadana, plasmado en las “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad” (MSPBS, 2009). La implementación de dicha estrategia supone pasar de un modo asistencial y curativo a un modo promocional de la salud y de la calidad de vida. La gratuidad universal de la atención sanitaria comenzó a implementarse gradualmente desde 2008 (Resolución S.G. N° 140/08, S.G. N° 363/08 y S.G. N° 1.074/09).

A pesar de dicha transformación, Dullak y otros (2011) afirman que el sistema de salud en Paraguay esta segmentado y fragmentado¹, existiendo discrepancias entre el derecho de todas las personas a una vida larga y saludable y las condiciones reales de la sociedad en cuanto al goce efectivo del derecho a la salud. Las barreras geográficas, eco-

nómicas, socioculturales y normativas configuran un entramado de desigualdades que dificultan a las personas el acceso efectivo a los servicios de salud.

Además, contemplando que las necesidades de atención se transforman a partir de los cambios de la población (Cecchini & Martínez, 2011), es importante notar que durante las próximas décadas la población del Paraguay continuará creciendo y este escenario se dará conjuntamente con disminuciones relativas en el grupo de menores de 15 años, incremento sostenido de la proporción de personas de 60 años y más y una marcada tendencia a vivir en las ciudades (CELADE, 2015). Estos procesos se irán intensificando en los próximos años y tendrán importantes implicancias en el ámbito de la salud. En otras palabras, la situación demográfica ejercerá gran presión sobre el Estado, el cual, deberá generar los recursos suficientes para proveer calidad de vida a los habitantes, considerando que en todos los grupos de edades, y en especial a partir de los 60 años, aumenta el porcentaje de población con necesidades de cuidado de la salud.

En el marco que se viene presentando, el trabajo tiene la finalidad de cuantificar el tamaño potencial de la demanda de atención de salud en el Paraguay, desagregándola según las condiciones de acceso de la población: población con necesidad de salud (demanda total), con necesidad de salud atendida (demanda efectiva) y con necesidad de salud insatisfecha (demanda encubierta)².

Materiales y métodos

El enfoque del estudio es cuantitativo, con metodología descriptiva e inferencial, utilizando extrapolación a partir de una regresión loga-

rítmica³. Se asume el supuesto de continuidad de la tendencia, la cual podría variar de mediar alguna intervención. La población en estudio está constituida por las personas residentes en zonas urbanas y rurales el Paraguay entre 2000 y 2015.

Las fuentes de información utilizadas son las Encuestas Permanente de Hogares (EPH) para los indicadores de salud y las proyecciones nacionales de población (DGEEC, 2015a), construidas por la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos - DGEEC – a partir de datos del Censo Nacional de Población y Viviendas del año 2012, para la estimación hasta el año 2025, ambas fuentes generadas por la DGEEC del Paraguay. Se desagrega la información por área de residencia, sexo y grupos de edades (niñez, adolescencia y juventud, personas adultas y personas mayores) a modo de señalar los grupos que presentan mayores situaciones de vulnerabilidad en el ámbito de la salud.

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

1 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).

2 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.

3 Una regresión logarítmica es aquella que genéricamente se expresa como $y = a(\ln(x)) + b$. Se utiliza con asiduidad en los cálculos y desarrollos de las matemáticas, las ciencias naturales y 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.

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

Resultados

Cambios demográficos y determinantes sociales del estado de salud de la población en el Paraguay

La población del Paraguay, en torno a 6,8 millones de habitantes en 2015, ha cambiado su tamaño y estructura por edades a partir, principalmente, de la reducción de los niveles de fecundidad y de mortalidad⁴.

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

4 La tasa global de fecundidad (TGF) se redujo de 3,5 en 2001 a 2,6 hijos en promedio por mujer en 2015 (DGEEC, 2015). Al descender la natalidad, la principal causa del aumento poblacional fue la disminución de la mortalidad, en especial la infantil y la de personas mayores. La tasa bruta de mortalidad del Paraguay en 2001 era de 6,2 defunciones por cada mil habitantes, la cual descendió sostenidamente hasta el quinquenio 2015-2020, llegando a 5,65 por cada mil habitantes (DGEEC, 2015). Posteriormente comenzará a ascender como consecuencia del proceso de envejecimiento de la población.

son cada vez más longevas. 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). Sin embargo, vivir más años no siempre implica vivir mejor puesto que las enfermedades se vuelven crónicas durante la vejez (Ibarrarán, 2017), por lo que resulta sumamente relevante prever la demanda potencial en el sistema de salud.

Estos cambios en la estructura de la población coinciden con los observados en el perfil epidemiológico. En las últimas décadas se ha dado un desplazamiento de las enfermedades infecciosas y complicaciones materno-infantiles, como principales causas de muerte, hacia los padecimientos crónicos (MSPBS, 2015).

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

Según Wagstaff (2002), la pobreza genera mala salud y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres. En el Paraguay, la pobreza por ingresos afectó a casi 1.800.000 personas en 2015 (26,6% de la población, incluido un 5,4% en condiciones de extrema pobreza o indigencia) (DGEEC, 2015c). Ello implica que las personas en situa-

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

ción de extrema pobreza no tienen la capacidad de adquirir una canasta básica de alimentos, generando como resultado poblaciones mal nutridas o alimentadas. Según un estudio realizado en 2016, el 5,9% de los niños menores de 5 años padece desnutrición crónica (MSPBS/DGEEC/UNICEF, 2017), indicando, en la mayoría de los casos, procesos acumulativos de privación y pobreza (MSPBS, 2010).

Otro aspecto que incide en el estado de salud de la población es el acceso a servicios básicos. El acceso a agua corriente dista de ser universal en el país; en 2015, el 18,5% de los hogares no accedía a esta prestación, el 19,2% de los hogares no poseía desagüe cloacal adecuado y casi la mitad de los hogares continuaban utilizando la quema y el desecho en sitios no apropiados como medio de eliminación de residuos sólidos (DGEEC, 2015b). Existen grandes diferencias en lo que respecta a estos indicadores en el medio urbano y el rural, en detrimento de este último. Por otro lado, saber leer y escribir permite adquirir los conocimientos necesarios para cambiar prácticas tradicionales que acarrear riesgos a la salud. En este sentido, el porcentaje de población de 15 años y más que carece de dichas habilidades ascendía al 4,4% en 2015 (DGEEC, 2015b). Las mujeres presentaban mayor porcentaje de analfabetismo que los hombres, y la brecha se acrecentaba según se trate de mujeres urbanas o rurales (2,8%, y 9,5% respectivamente) (DGEEC, 2015b).

Acceso al sistema de salud

Un indicador que garantiza el acceso al sistema de salud ante cualquier enfermedad o accidente es la tenencia de seguro médico privado o proveniente de la seguridad social. En el país, la cobertura de este seguro sigue siendo baja a pesar de haber aumentado a razón de 0,7 puntos porcentuales por año entre 2005 y 2015 (DGEEC, 2015b). En 2015, el 28% de la población contaba con algún tipo de seguro, concentrándose

mayormente en las zonas urbanas (37,9%) y en las personas de 30 años y más (DGEEC, 2015b), lo que guarda relación con el acceso al seguro social a través de la relación de dependencia laboral.

La expansión territorial de los servicios de salud en el país es altamente asimétrica. Asunción y el departamento Central aledaño concentran la mayor parte de la cobertura de los servicios del Instituto de Previsión Social (IPS) y de los seguros privados (OPS/ASDI, 2003). El IPS es la institución prestadora más importante del sector (cubre al 20,4% de la población total, o lo que es lo mismo, al 72,6% de la población asegurada), aun en el área rural donde la cobertura de seguros en general es baja (12,8% de la población total cuenta con seguro, de ellos el 80,5% tiene seguro del IPS). La cobertura de este seguro está lejos de ser universal teniendo en cuenta que la población accede a través del empleo formal y por lo general asalariado. Por otra parte, casi 3 de cada 4 personas carece de algún tipo de seguro médico (DGEEC, 2015b), por lo que dependen de los servicios de salud del MSPBS.

Todas las personas en algún momento, a lo largo del ciclo de vida, demandan servicios de salud; no obstante, existe un grupo con necesidad innegable de utilización de servicios de salud (la población enferma o accidentada) y otro sin necesidades aparentes (personas sanas). En este sentido, se destaca que en 2015 el 31,7% de la población declaró haber estado enferma o accidentada durante los últimos 90 días previos a la entrevista, cifra que se acrecienta en la población de menores ingresos (35,5% del quintil más pobre), en zonas rurales (32,1%), entre las mujeres (33,3%) y, particularmente, en los primeros y últimos años de vida (49,1% en personas de 0 a 4 años y 54,1% en personas de 80 y más años) (DGEEC, 2015b).

A pesar de la necesidad de servicios de salud por parte de las personas enfermas o accidentadas, en

2015, casi una quinta parte de dicha población no recibió atención o no reporta haber consultado (18,7%) debido a barreras geográficas, económicas o culturales. Los hombres, las personas del área rural y adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años, presentan menor reporte de consultas (21%, 20,8% y 27,9% respectivamente) (DGEEC, 2015b).

Hay que señalar que en la última década (2005-2015) se pudo disminuir la exclusión en salud, probablemente debido a la expansión de los servicios de salud y la cobertura de seguridad social, así como la declaración de gratuidad de las consultas⁶. Gracias a ello, la proporción de personas que habiéndose enfermado o accidentado acudieron a consultar aumentó del 58,9% en 2005 a 81,3% en 2015, aunque a pesar de ello se mantienen los mismos grupos de mayor exclusión (personas del área rural, hombres y adolescentes y jóvenes) (DGEEC, 2015b).

La exclusión en salud, cuantificada mediante la población enferma o accidentada que no consultaba cuando tenía la necesidad de hacerlo, está dada sobre todo por cuestiones no atribuibles directamente al sistema de salud, es decir, se debe en mayor medida a la autoexclusión (automedicación y percepción subjetiva de dolencia no grave), de todos modos, esto debería llamar la atención del sistema competente en la materia. Si bien, la población posee sus propias prácticas y conocimientos que llevan al autocuidado, la automedicación significa la expo-

sición a riesgos debido al desconocimiento de las prácticas de buena salud, lo cual señala una doble falla del sistema dado la falta de garantía de acceso y la carencia de educación mediante campañas o acciones de salud pública.

En 2005, la autoexclusión representó la principal razón de no consulta (81,3% de la población enferma o accidentada) y en 2015 dicho porcentaje ascendió al 93,6%, siendo su principal causa la automedicación, con niveles promedio del 70% en los últimos 10 años. En ese contexto, en 2015 el 86,7% de niños y niñas de 5 a 14 años no asistieron a una consulta médica por haber sido automedicados (DGEEC, 2015b).

Los problemas atribuibles al sistema de salud como mala atención, carencia de asistencia cercana o costo de la consulta, perdieron relevancia con el tiempo llegando en 2015 a representar solo el 3,5% de las razones, luego de que una década atrás significara casi una quinta parte (DGEEC, 2015b).

Estimación de la demanda de servicios de salud

De acuerdo con todo lo expuesto hasta aquí, se realiza seguidamente una estimación de la demanda de servicios de salud en períodos quinquenales hasta el 2025, basada en las necesidades de atención de salud para prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud de las personas⁷ entre 2000 y 2015. Para ello, se obtiene la demanda efectiva declarada por las personas y la demanda encubierta que tiene en cuenta la población que

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

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

no utilizó los servicios a pesar de haber declarado haber estado enferma o accidentada.

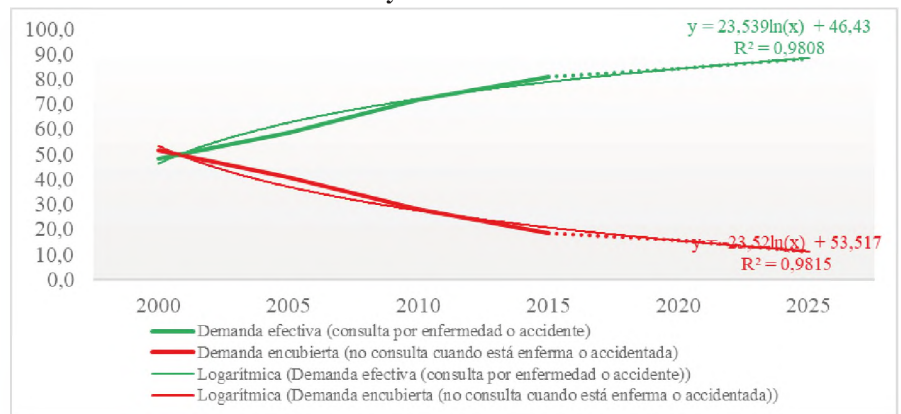
Entre 2000 y 2015, en promedio un poco más de un tercio de la población ha declarado haber estado enferma o accidentada. Pero, el porcentaje de esta población que asistió a una consulta médica varió considerablemente de 48,4% en 2000 a 81,3% en 2015, por lo tanto, la que no consultó disminuyó de 51,6% en 2000 a 18,7% en 2015 (Tabla 1).

Al estimar la población que entre 2020 y 2025 requerirá servicios de salud, se obtiene una demanda probable de más de 2.250.000 personas en promedio por año entre 2020 y 2025 (en términos relativos ronda el 30% de la población total), de las cuales un poco más de 1.950.000 personas se consideran como casos probablemente efectivos, es decir, esta demanda aumentaría a 84,3% de la demanda total en 2020 y a 88,6% en 2025.

La diferencia entre la demanda total y la efectiva representará el esfuerzo que el sistema de salud deberá realizar para mejorar la cobertura de atención: se estima que en 2020 será del 15,7% de la población enferma o accidentada y en 2025 del 11,4% (Figura 1). Es decir, caerá la demanda encubierta, si el sistema logra sostener el aumento de la demanda efectiva.

Además de lo anterior, deberán tenerse en cuenta las exigencias que los cambios demográficos ocasionarán en

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



Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000 a 2015 y Proyecciones de la población nacional 2000- 2025.

el sistema de salud, con sus características individuales (sexo y grupos de edades) y los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la decisión de solicitar o no asistencia, para cuya estimación se utiliza como proxy el área de residencia.

La Figura 2 muestra que en las edades extremas de la vida, menores de 5 años y personas de 80 años y más, se requiere mayor atención de salud al concentrarse en esos tramos de la vida los mayores niveles de enfermedades o accidentes. Y como se puede constatar, con el paso del tiempo, en el primer grupo disminuyó considerablemente la presencia de enfermedades y accidentes (de 63,5% en 2000 a 49,1% en 2015) y es de esperar que disminuya hasta el 46,5% para el 2025, posiblemente gracias a las prestaciones materno infantiles que se han brindado en el

país y menor prevalencia por caída de la tasa de fecundidad. En el otro extremo, las personas de edades más avanzadas seguirán reportando altos niveles de enfermedades o accidentes, esperándose un aumento estimado hasta el 46,5% entre 2020 y 2025 en el grupo de 60 a 79 años y de 57,5% en personas de 80 años y más en dicho período.

En todo el período analizado, las mujeres presentan mayores reportes de enfermedad o accidente que los hombres. Si bien, las mujeres viven más años que los hombres, su percepción subjetiva de la salud es peor; en general, los hombres presentan enfermedades más graves y fatales, mientras que las mujeres acumulan problemas crónicos que repercuten negativamente en la valoración de su salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). Según el Boletín

Tabla 1. Porcentaje de la población total 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)	
		Población	Porcentaje	Población	Porcentaje	Población	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.

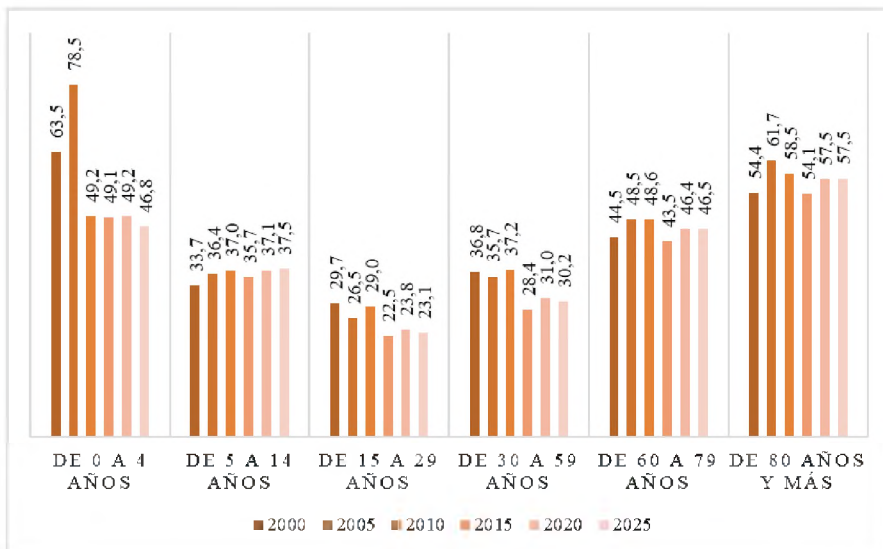
de la academia nacional de medicina de México (2014) basado en estudios epidemiológicos, las mujeres suelen manifestar una sintomatología más extensa de malestares que los hombres, en tanto estos, tratan de minimizar sus problemas de salud⁸.

Por área de residencia, si bien las zonas rurales presentaban mayores casos de enfermedad o accidente entre 2000 y 2015, se puede esperar un cambio de tendencia entre 2020 y 2025, posiblemente asociado a una mayor presencia del sistema de salud en zonas rurales o al proceso de urbanización en curso que incrementará la población que vive en área urbana frente a la rural (Figura 3).

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 de demanda efectiva más importante se dará en personas del área rural (Figura 4), siendo este grupo el que presentaba mayor exclusión; sin embargo, en términos absolutos representará la mitad de los casos del área urbana. Se espera que las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, y las personas de edad elevada alcancen niveles por encima

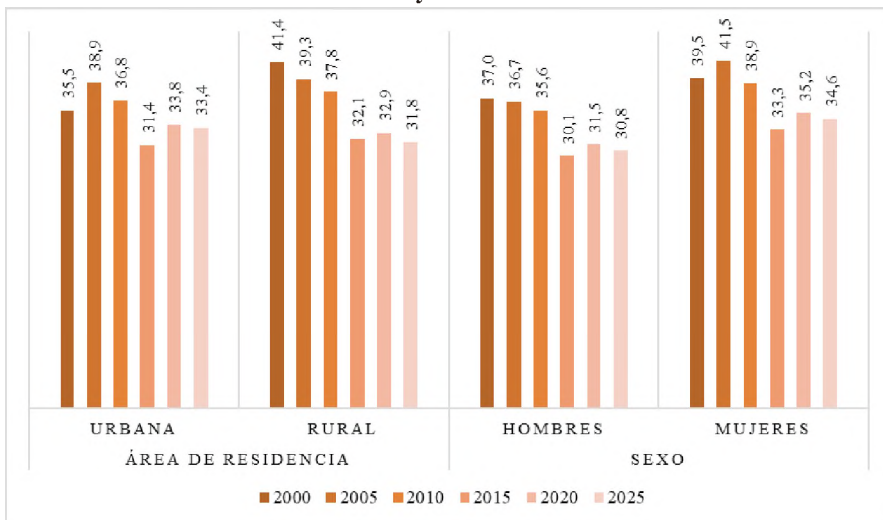
8 El informe del Ministerio de Sanidad y Consumo de España sobre “Salud y género 2006: Las edades centrales de la vida” (2008) considera que el modo de socialización de cada género y los modelos tradicionales y contemporáneos afecta a la salud de hombres y mujeres diferenciadamente. Para ellas, la sobrecarga de los cuidados hacia otras personas, la reproducción, las tareas no remuneradas, las situaciones de subordinación, abusos y la violencia de género; así como la doble jornada laboral, la competitividad, el ideal corporal y la eterna juventud, pueden explicar que ellas se sientan con peor salud y menor expectativa de vida saludable. Para ellos, el mantenimiento de las relaciones de poder, el ideal de éxito y la competitividad son explicativos del modo de enfermar de ellos.

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



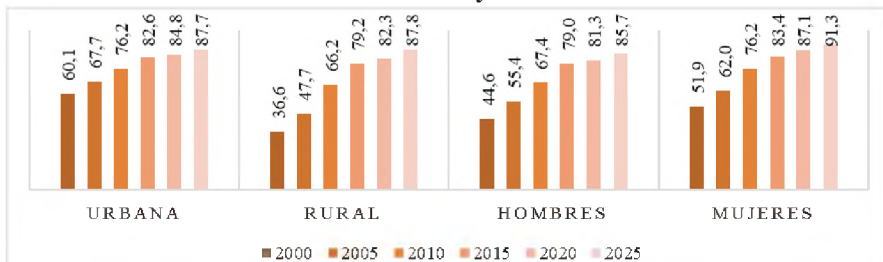
Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000 a 2015 y Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025.

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



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

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



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

del 90% de acceso a consultas médicas (Figura 4 y 5), lo cual será auspicioso para elevar el nivel de vida de la población, pero generará un gran desafío para el Estado que deberá responder con planificación estratégica, tanto en infraestructura, recursos humanos y presupuestarios.

Conclusiones

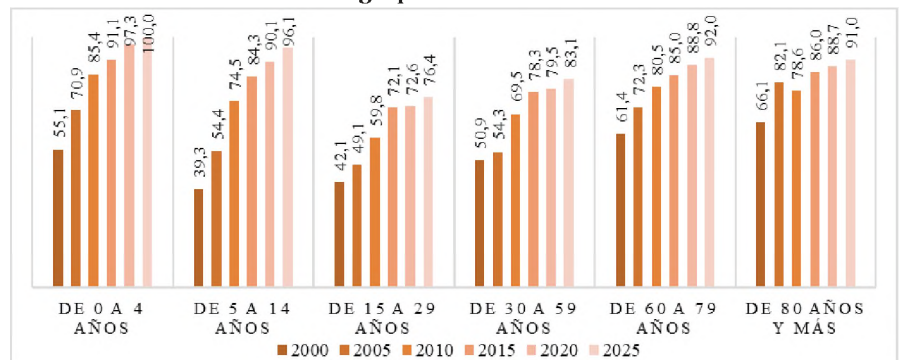
En la próxima década se irán intensificando los cambios en la estructura por edades de la población del país, con disminuciones relativas del grupo de menores de 15 años y un sostenido incremento de las personas de edad más avanzada. Estos cambios demográficos y el consiguiente proceso de transición epidemiológica, traerán consigo una mayor carga de morbilidad y mortalidad asociada a poblaciones más envejecidas. El advenimiento de un importante volumen de población adulta mayor debe alertar acerca de los cambios en los patrones epidemiológicos, el aumento de las enfermedades crónico – degenerativas y las mayores demandas en salud.

Deben tenerse en cuenta las demandas que los cambios demográficos ocasionan en el sistema de salud y las diversas características individuales y factores socioeconómicos que influyen en la decisión de solicitar asistencia, en un contexto en el que el país mantiene considerables niveles de pobreza.

De mantenerse la tendencia demográfica estimada y previsible bajo el supuesto de no mediar ninguna intervención, el sistema de salud deberá dar respuesta a un importante contingente de personas que solicitará atención, concentrándose en mayor volumen en zonas urbanas, en mayor proporción en mujeres, en personas menores a 15 años y de edad avanzada.

Al respecto, es evidente que la oportunidad de acceso a los bienes y servicios de salud no es equitativa, por lo cual se puede aseverar que existe discrepancia entre el derecho de todas las personas a una vida larga y saludable y las condicio-

Figura 5. Porcentaje de demanda efectiva de la población que reporta enfermedad o accidente (2000 a 2015) y estimación para 2020-2025, según grupos de edades



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

nes reales de la sociedad en cuanto al disfrute efectivo del derecho a la salud. En este sentido, es necesaria una intervención efectiva que supere los obstáculos sociales, culturales y económicos que dificultan a la población acceder al sistema de salud.

Resulta imperativo vincular el sistema de salud con el acceso a otros derechos, como el de educación, agua potable, saneamiento y eliminación de desechos, integrados a un sistema de protección social que contribuya a reducir la exclusión y a través de estas acciones incrementar la calidad y equidad de la salud, la calidad de vida de los habitantes y el desarrollo del país.

Referencias bibliográficas

- Acuña, M. C. (2005). *Exclusión, protección social y el derecho a la salud*, OPS/OMS. Boletín de la academia nacional de medicina de México (2014). «El hombre y la mujer enferman en forma diferente». *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 57(2), 53-56. Consultado el 17 de agosto de 2017. URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000200053&lng=es&tlng=es.
- Cecchini, S.; Martínez, R. (2011). *Protección social inclusiva en América Latina*. Una mirada integral, un enfoque de derechos N° 111. CEPAL. Santiago de Chile.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2015). *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100*. Revisión 2015 Paraguay. CEPAL. Santiago de Chile.
- Dullak, R.; Rodríguez-Riveros, M. I.; Bursztyn, I.; Cabral-Bejarano, M. S.; Ruoti, M.; Paredes, M. E.; Wildberger, C.; & Molinas, F.; (2011). “Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva”. En: *Ciência & Saúde Coletiva*, Junio-Sin mes, 2865-2875.
- España, Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). *Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida*. Madrid

- Ibarrarán, P. (2017). «Vivimos más pero somos menos saludables, ¿cómo lo enfrentamos?», Banco Interamericano de Desarrollo, consultado el 5 de octubre de 2017. URL: <https://blogs.iadb.org/salud/2017/08/14/vivimos-mas-pero-somos-menos-saludables/>
- Miró, C. A. (2015). *Antología y presentación*, Brígida García, Dídimo Castillo. — México, D. F.: Siglo XXI Editores; Buenos Aires: CLACSO, 383 p.
- Naciones Unidas (NNUU) (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, en < http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf> acceso 5 de octubre de 2017.
- Naciones Unidas (NNUU), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, Observación General No 14 (E/C.12/2000/4), Nueva York, Consejo Económico y Social.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). *Declaración de Alma Ata*, Conferencia sobre la Atención Primaria de la Salud (icphc/ala/78.10), Alma Ata, URSS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe (ASDI) (2003). “Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe”, Serie “Extensión de la protección social en salud #1”, Washington DC.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2016). *Panorama general Informe sobre Desarrollo Humano 2016 Desarrollo humano para todos*. PNUD. Nueva York.
- República del Paraguay, Banco Central del Paraguay (BCP) (2015). *Anexo Estadístico - Informe Económico 2015*. Asunción
- República del Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (2015). *Indicadores de Mortalidad – INDIMOR*. MSPBS. Asunción.
- República del Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (2009). *Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad*. MSPBS. Asunción.
- República del Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (2010). *Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez 2010-2015*. MSPBS. Asunción.
- República del Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (MSPBS/DGEEC/UNICEF) (2017). *Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados MICS Paraguay 2016, Resultados principales*.
- República del Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social - Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2015a). *Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015*. DGEEC. Fernando de la Mora.
- República del Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2015b). Base de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 1999 a 2015, en <http://www.dgeec.gov.py/microdatos_EPH/>
- Wagstaff, A. (2002). *Pobreza y desigualdades en el sector de la salud*. Revista panamericana de salud pública, 11(5-6), 316-326.