

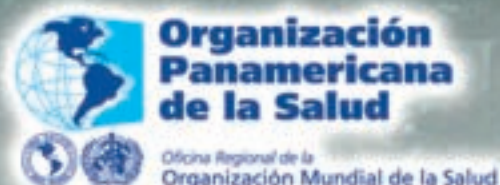
# ***EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD***

## **PARAGUAY 2007**

### ***Análisis a Nivel Nacional y Regional***



**Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social**



Publicación auspiciada por los Programas de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud/Tecnología y Prestación de los Servicios de Salud - Paraguay, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS.

***Aclaración:***

*Los puntos de vista expresados en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores y no comprometen a las instituciones a las que estén vinculadas, ni significa acuerdo o posición oficial de OPS/OMS. Se puede reproducir total o parcialmente el texto siempre que se indiquen los autores y la fuente.*

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL**

**Dr. Oscar Martínez Doldán**  
Ministro

**Dra. Norma Dure de Bordón**  
Vice Ministra

**Dr. Roberto Dullak Peña**  
Director General de Planificación y Evaluación

**DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA, ENCUESTAS Y CENSOS**

**Lic. Zulma Sosa de Servín**  
Directora General

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

**Dra. Carmen Rosa Serrano N.**  
Representante en el Paraguay

**EQUIPO TÉCNICO**

**Nimia Torres**

**Marta Peña**

**Marcia Moreira**

**Javier Uribe**

**EDITORES**

**Marcia Moreira**

**Javier Uribe**

## PRESENTACIÓN

*La pobreza sigue siendo una amenaza constante al desarrollo armónico de las sociedades, con incidencia negativa en el bienestar de los individuos y en la gobernabilidad, creando grupos dispares de población con accesos diferentes a los beneficios que deben recibir.*

*En los últimos años se ha incrementado la conciencia de la necesidad que los habitantes de los países, incluyendo el nuestro, estén protegidos en lo que se refiere a mantener o recuperar su salud, en la perspectiva que ésta forma parte esencial del desarrollo humano y de las naciones.*

*El resultado es la creación de mecanismos que permiten que el ciudadano esté protegido socialmente frente al riesgo de enfermar, así como la enfermedad y de sus secuelas; además de la creación de marcos para la integración de los esfuerzos institucionales en la lucha contra la pobreza y la inequidad.*

*En el año 2003 fue publicado el "Primer Informe de Diagnóstico de la Exclusión Social en el Paraguay". El documento, de contenido técnico, ha constituido un invaluable aporte al conocimiento de la situación de exclusión de las personas en cuanto al acceso a la salud, y ha permitido en diferentes instancias el desarrollo de políticas para mejorar esta situación.*

*Es auspicioso que en el marco de la importancia dada a esta temática, hoy estemos presentando una actualización de los datos e informaciones; y lo que constituye un avance: el proceso analítico discriminado por Departamentos. Esto permitirá un análisis más exhaustivo del tema, y creemos influirá positivamente en la formulación de políticas, planes y estrategias para disminuir las brechas entre los diferentes Departamentos de nuestro país.*

Asunción, noviembre de 2007.



Dr. OSCAR MARTÍNEZ DOLDÁN  
Ministro



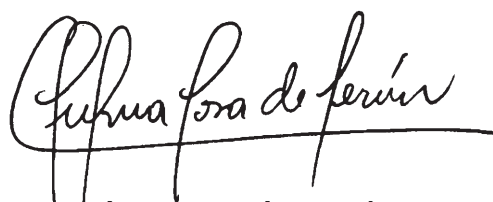


## PRÓLOGO

*La exclusión en salud es una de las expresiones más claras de la exclusión social. La persistencia de barreras geográficas, económicas, culturales o de otro tipo se traduce en la falta de acceso a mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud, a la protección financiera contra los riesgos y consecuencias de la enfermedad de gran parte de la población paraguaya, en especial de los estratos más pobres.*

*Mediante el presente documento, que constituye la segunda edición de la medición de la exclusión social en salud en el Paraguay, la DGEEC pretende fomentar la conciencia social sobre las circunstancias que afectan a las personas más desfavorecidas.*

*Esperamos que este trabajo conjunto, realizado principalmente con datos provenientes de las encuestas de hogares, aporte una base sólida para la intervención por parte de los organismos públicos de bienestar social y de toda la sociedad, que permita la superación de los problemas de salud de la población paraguaya.*



Lic. Zulma Sosa de Servín

Directora General

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos





## PREFACIO

*El reconocimiento de la exclusión en salud como una entidad conceptual distinguible y susceptible de medir, ha constituido un avance importante en la comprensión de los fenómenos que afectan el acceso a la salud. Entre 2001 y 2003 la OPS/OMS desarrolló y validó un instrumento que permite caracterizar y medir este fenómeno sobre la base de un análisis jerárquico destinado a identificar sus causas mediante elementos cualitativos y cuantitativos, a partir de la definición de exclusión en salud como "la falta de acceso de individuos o grupos a los bienes, servicios y oportunidades en salud que otros individuos o grupos de la sociedad disfrutan". El resultado de los estudios de caracterización de la exclusión en salud realizados con esta metodología, ha aportado insumos importantes para el proceso de elaboración de políticas en los países. Paraguay fue uno de los primeros países en aplicar la metodología e incorporarla como herramienta para el monitoreo de sus políticas de salud. La presente publicación es también pionera en el sentido que presenta por primera vez un análisis seriado de la situación de exclusión en salud en el país en tres años consecutivos, desde 2003 a 2005.*

*El análisis arroja información valiosa en relación a cómo se manifiesta el fenómeno en el país, a quiénes afecta, cuáles son sus determinantes más importantes y cómo se ha comportado en el transcurso del tiempo. Llama la atención por ejemplo que a diferencia de lo que ocurre en otros países, en el caso de Paraguay los excluidos son mayoritariamente jóvenes -entre 6 y 17 años de edad- de sexo masculino. Ello plantea la urgencia de diseñar políticas dirigidas a estimular y acoger la demanda por salud de un grupo etéreo que tiende a no percibir sus necesidades de salud y es en general "poco visible" para el sistema de salud. El hecho que los excluidos además hablen predominantemente guaraní, pertenezcan al quintil de ingresos más pobre y tengan un bajo nivel educacional, apunta a la necesidad de abordar los determinantes sociales que contribuyen a inhibir la demanda por salud y al mismo tiempo empeoran la situación de salud.*

*El análisis permite apreciar que el sector público continúa siendo la principal fuente de provisión de servicios y el espacio institucional al cual la mayoría de la gente recurre para satisfacer sus necesidades de salud. Los datos muestran cómo, en la medida que la oferta pública se ha expandido, la exclusión asociada a motivos geográficos ha disminuido, pero aún persiste. Ello señala la importancia de fortalecer la red de provisión de servicios acorde con objetivos sanitarios claros, integrando de manera creativa recursos públicos, privados y de la Seguridad Social. El hecho que la principal causa de exclusión en salud sea la*

*automedicación, sugiere la existencia de altos niveles de autoexclusión y expone la enorme necesidad de fortalecer la capacidad del sistema no sólo para proveer servicios sino también para regular y garantizar el acceso equitativo a bienes y tecnologías de salud de calidad.*

*Finalmente, es preciso destacar que el análisis seriado muestra que la exclusión en salud ha disminuido en el país, principalmente en el año 2005. Esto debe ser un motivo de orgullo para las autoridades y trabajadores de salud de Paraguay y debe impulsarlos a continuar trabajando en pos de lograr el acceso universal a los bienes y servicios de salud para la población del país. También representa, para la OPS/OMS, un gran estímulo para continuar apoyando a los países en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de sus políticas de salud, en el fortalecimiento de sus sistemas de salud y en la generación de las herramientas conceptuales y metodológicas necesarias para una toma de decisiones informada y en beneficio de la salud de todos los habitantes de las Américas.*

**Dra. CECILIA ACUÑA**

*Gerente del Programa OPS-ASDI en Protección Social en Salud*

*Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de  
Fortalecimiento de los Sistemas de Salud*

*OPS/OMS, Washington D.C.*

## INDICE

INTRODUCCIÓN.	13
I. MARCO CONCEPTUAL.	14
II. CONTEXTO PAÍS.	16
III. DEMANDA ASISTIDA EN EL SISTEMA DE SALUD.	18
IV. CARACTERIZACIÓN Y MEDICIÓN DE LA EXCLUSIÓN .	21
V. SINTESIS DEL PERFIL DE LOS EXCLUIDOS, 2003-2005.	29
VI. CLASIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DE EXCLUSIÓN DE ACUERDO A LA COBERTURA, ACCESIBILIDAD, ESTRUCTURA Y PROCESOS.	32
VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS COMPARATIVOS 1997/1998 - 2005. INDICADORES INTERNOS Y EXTERNOS.	34
VIII. ANÁLISIS DE INDICADORES DE EXCLUSIÓN POR DEPARTAMENTOS. AÑOS 2003-2005.	38
IX. COMPARACIÓN DE INDICADORES SELECCIONADOS DE EXCLUSIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS. AÑOS 2003-2005.	112
CONCLUSIONES	118
RECOMENDACIONES	121
GLOSARIO DE TÉRMINOS	124
BIBLIOGRAFÍA	126

## ABREVIATURAS

BCG	Vacuna contra la Tuberculosis
EPSS	Extensión de la protección social en salud
ESSAP	Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay
DPT	Vacuna contra la difteria, tétanos y tos ferina
GEEC	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos
EIH	Encuesta Integrada de Hogares
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
IPS	Instituto de Previsión Social
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PEA	Población Económicamente Activa
PGGN	Presupuesto General de Gastos de la Nación
PIB	Producto Interno Bruto
SENASA	Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental
SICO	Sistema Integrado de Contabilidad del Estado

## INTRODUCCION

El presente estudio tiene como objeto analizar indicadores de exclusión en salud en Paraguay, aplicando la metodología indicada en la Guía para la caracterización de la exclusión social en salud elaborada en la Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en el año 2006, tomando en consideración las características particulares del país, así como la disponibilidad de datos e informaciones del sector.

El análisis de los indicadores considerados permitirá:

- a) Analizar la exclusión en salud como determinante del estado de salud tanto a nivel nacional como departamental.
- b) Identificar los indicadores más adecuados para medir la exclusión en salud en el país y en los departamentos.
- c) Identificar, a través de los indicadores utilizados, las estrategias implementadas para mejorar el estado de salud de la población y su impacto sobre la situación de exclusión.

Así como se indica en la Guía, conocer estos elementos permitirá contar con un diagnóstico de la situación de exclusión en salud y facilitará la identificación de las intervenciones más adecuadas para reducir la exclusión y extender la protección en salud. Los indicadores de exclusión analizados en el estudio han sido obtenidos a partir de las Encuestas Permanentes de Hogares de los años 2003, 2004 y 2005.

En el capítulo I se presenta el marco conceptual del estudio de referencia, indicando los conceptos básicos y trazadores de los indicadores. En el capítulo II se analiza brevemente el contexto económico-demográfico-social del país, indicando el total de la población y su distribución por área urbana y rural, la tasa de analfabetismo de la población, diferenciando por sexo y área geográfica. Además se presentan sucintamente, la población económicamente activa, el PIB del país, la situación fiscal, el gasto de la administración central, la presión tributaria y el gasto social.

En el capítulo III se realiza como introducción al tema de la exclusión social en salud, una descripción y análisis de la demanda asistida de salud en el sistema de salud de Paraguay, detallada por subsectores y quintiles de ingreso. Por su parte, en el capítulo IV se presenta la caracterización de la exclusión en salud, presentando indicadores internos y externos a nivel país.

En el capítulo V se analizan dos trazadores de la exclusión, las personas que estando enfermas con dolencias no leves no consultan y los que tienen ingresos por debajo de la línea de pobreza. En el capítulo VI se reordenan los indicadores de acuerdo a la cobertura y estructura del sistema de salud, procesos y accesibilidad a servicios para los años 1997-2005.

En el capítulo VII se realiza una comparación de indicadores relevantes, tanto internos como externos de las EIH 1997/98 y 2000/01 como de la EPHs de los años 1999, 2003-2005. En el VIII capítulo se analizan los indicadores internos y externos de los 17 departamentos del país, además de la Capital y seguidamente en el capítulo IX se realiza una comparación de indicadores seleccionados de los diferentes departamentos.

Finalmente se presentan conclusiones del análisis realizado y se presentan recomendaciones de políticas considerando las conclusiones más importantes obtenidas de los indicadores de exclusión.

## I. MARCO CONCEPTUAL

"La noción de exclusión social hace referencia a un conjunto de procesos que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de ciertos grupos sociales frente a factores de riesgo que pueden llevarlos a una situación de pobreza y vulnerabilidad social. La exclusión social se puede definir como la imposibilidad de un sujeto o grupo social para participar efectivamente a nivel económico, social, cultural, político e institucional. El concepto de exclusión social incluye al menos tres dimensiones: 1) económica, en términos de privación material y acceso a mercados y servicios que garanticen las necesidades básicas; 2) política e institucional, en cuanto a carencia de derechos civiles y políticos que garanticen la participación ciudadana; y, 3) sociocultural, referida al desconocimiento de las identidades y particularidades de género, generacionales, étnicas, religiosas o las preferencias o tendencias de ciertos individuos y grupos sociales".<sup>1</sup>

Aunque no existe una definición específica de la exclusión social en salud, en la Guía para la caracterización de la exclusión social en salud<sup>2</sup>, para el desarrollo del estudio se definió la exclusión en salud como la situación en la cual un individuo o grupo de individuos no accede a los mecanismos que le permitirían dar satisfacción a sus necesidades de salud. Por tanto, se entiende la exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros grupos de la sociedad disfrutan. En este contexto, es importante recordar que la exclusión en salud tiene su origen en tres dimensiones:<sup>3</sup>

**La primera dimensión son los problemas de acceso.** Estos problemas son de tres tipos:

- Falta de acceso a las prestaciones asociadas con el suministro de bienes públicos (como agua potable o vacunas);
- Falta de acceso a los servicios individuales de atención de salud, en general, o a algunas de ellas en particular;
- Falta de acceso a un sistema de protección contra los riesgos económicos y sociales de enfermar.

En todos estos casos, la exclusión suele relacionarse con alguna de las siguientes causas o con todas:

- Déficit de infraestructura adecuada, ya sea para la provisión de atención de salud individual o colectiva (es decir, inexistencia de establecimientos de salud, falta de cobertura funcional de programas de salud pública);
- Existencia de barreras que impiden el acceso a la atención de salud, aunque haya la infraestructura adecuada. Estas barreras pueden ser geográficas, (transporte, carreteras), económicas (incapacidad de financiar la atención de salud) y culturales (modelos de atención inapropiados). Pueden estar determinadas por la situación contractual o de empleo (desempleo, informalidad del empleo), o por la estructura de los sistemas (los sistemas con alto grado de segmentación muestran mayores grados de exclusión), o por la falta de modelos de atención basados en un enfoque intercultural.

**La segunda dimensión son los problemas en materia de financiamiento.**

Se refieren particularmente a la ausencia de mecanismos solidarios. Ningún hogar debe contribuir con más de una proporción aceptable de sus ingresos totales (que evite el empobrecimiento o la indigencia) para tener acceso a los servicios de salud. Además de las consideraciones éticas que sustentan la solidaridad en el financiamiento, la necesidad de contar con un financiamiento solidario se funda en las pruebas de que el costo de los servicios constituye un obstáculo al acceso (en particular, para los más pobres), representa un costo de oportunidad elevado para mantener o desarrollar el bienestar de la familia (particularmente con respecto a

<sup>1</sup> Definición del texto Exclusión Social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe. Estanislao Gacitúa, Carlos Sojo y Shelton Davis Editores.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, "Guía para la caracterización de la exclusión social en salud". Washington D.C. 2006.

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana CSP26/12. 2002.

evitar o superar la condición de pobreza), y es altamente regresivo (es decir, los hogares más pobres, se ven obligados a costear más de su bolsillo que los menos pobres, en ausencia de un sistema adecuado de cobertura).

***La tercera dimensión es la de la dignidad en la atención.***

Se refiere a aspectos que no están relacionados con la utilización ni con el financiamiento, y que se juzgan elementales para la satisfacción de las legítimas aspiraciones de los miembros de la sociedad. Incluye, entre otras dimensiones, el respeto a las tradiciones y culturas de los grupos sociales de características étnicas distintas de las de la mayoría. Este factor conduce también al fenómeno de la autoexclusión; es decir, personas que teniendo derecho y acceso a servicios, prefieren no utilizarlos por estos motivos. Tienen que ver con esta dimensión de la exclusión, factores como el idioma, las creencias o la sensación de un trato inhumano o poco respetuoso de los pacientes.

Este informe pretende dar seguimiento a los indicadores elaborados y analizados en el informe de exclusión social en salud publicado en octubre del año 2003. Es por ello que los indicadores fueron elaborados de acuerdo al protocolo de protección social en salud del mismo modo que los indicadores del año 2000/2001, y la exclusión se expresa como falta de acceso a mecanismos básicos de satisfacción de necesidades de salud (infraestructura deficiente y barreras geográficas, económicas y culturales) y a la falta de acceso a mecanismos de protección financiera contra los riesgos y las consecuencias de enfermar (no se tiene acceso a un esquema de seguros).

A diferencia del estudio anterior, en el cual se presentaron datos de la Encuesta Integrada de Hogares 2000/01, en este documento los indicadores fueron elaborados con datos de las Encuestas Permanentes de Hogares (EPHs) de los años 2003, 2004 y 2005. Las EPHs son encuestas cuyo objetivo principal es la medición del empleo y sus características principales, que incluye módulos de vivienda, educación y salud con un número reducido de variables; es por ese motivo que no se han podido replicar la totalidad de los indicadores.

Igual que en el documento de exclusión social en salud del año 2003 los resultados se presentan desagregados teniendo en consideración el dominio geográfico de residencia de la población, los niveles de pobreza, los quintiles de ingreso y el idioma más hablado dentro del hogar.

La desagregación de los indicadores pretende mostrar dos dimensiones de la exclusión:

- 1) la socioeconómica, y
- 2) la sociocultural.

Estas dimensiones hacen eco al carácter multidimensional y multicausal de la exclusión social.

La dimensión socioeconómica refleja la realidad demográfica y las tendencias económicas. Un aspecto clave para la presentación de esta dimensión es la proposición de que los procesos predominantes de la exclusión socioeconómica coexisten en la marginación de las poblaciones rurales. Esto no quiere decir que todas las personas de origen rural están excluidas en el mismo grado y de la misma manera. La mayor parte de la población paraguaya se dedica a la agricultura y vive en el campo, por ello los indicadores se presentan desglosados por dominio geográfico. La exclusión socioeconómica asume la forma diferenciada de acceso a los mercados (trabajo y servicios salud).

La dimensión sociocultural fortalece los hallazgos y análisis de la dimensión socioeconómica. En el caso de Paraguay el idioma es un marcador cultural importante. La lengua guaraní ha sido socialmente subvalorizada, a pesar de su reconocimiento oficial, afecta oportunidades económicas y sociales (trabajo, acceso a servicios, etc.).

Como ha sido indicado en el informe de exclusión social en salud en Paraguay de octubre del 2003, la exclusión es un fenómeno multicausal y complejo, cuyas causas se encuentran dentro y fuera del sector salud y que debido a su relación con otros fenómenos sociales, es posible pensar que la exclusión en salud forma parte de estos fenómenos y a menudo se confunde con la pobreza.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, "Guía para la caracterización de la exclusión social en salud". Washington D.C. 2006.



## II. CONTEXTO PAIS

En el año 2005, la población del Paraguay fue de 5.837.253 habitantes, de acuerdo a datos de la EPH 2005.<sup>5</sup> De dicha población 58,0% vive en **áreas urbanas** y el 42,0% en **áreas rurales**. La distribución por sexo a nivel nacional muestra una igual proporción de hombres y mujeres.

La **tasa de analfabetismo**<sup>6</sup> del año 2005 ha sido de 5,1% siendo mayor en las mujeres (6,1%), en el sector rural del país (8,0%) y principalmente en las mujeres rurales del país (9,9%). El promedio de años de estudio de la población de 25 años y más, es de 7,4 años, existiendo además marcadas diferencias entre el sector rural (5,3 años) y urbano (8,8 años). Las razones de inasistencia a una institución de enseñanza formal son fundamentalmente económicas (70,6%).

La **Población Económicamente Activa**<sup>7</sup> ha venido creciendo a una tasa de 3,2% aproximadamente, cifra concordante con la tasa de crecimiento de la población total, constituyendo en el año 2005 el 61,8% del total de la población. La **tasa de desempleo abierto**<sup>6</sup> disminuyó del 7,3 al 5,8% entre los años 2004 y 2005, y la **tasa de subempleo** aumentó de 24,2% a 25,1% durante los mismos años, indicadores ambos muy sensibles al comportamiento macroeconómico del país. Se destaca, además, que dos de cada cinco trabajadores ocupados no son asalariados, es decir, trabajan por su cuenta o como patrones.

Aunque en el año 2002 se ha producido un estancamiento de la economía, el **Producto Interno Bruto (PIB)**<sup>8</sup> ha crecido durante los años 2003-2005 y principalmente durante el año 2004, año en el cual el crecimiento ha sido influenciado por el desempeño de los sectores ganadero y comercial. Este crecimiento es el mayor que se ha dado desde el año 1995, año en el cual el crecimiento fue de 5,5%.

En el **Sector Fiscal**<sup>9</sup>, la Presión Tributaria ha experimentado un crecimiento de aproximadamente dos puntos entre los años 2002 y 2005, siendo el promedio de dichos años de 11%, promedio superior a la presión tributaria del período 1997-2001 (10,3%), correspondiendo al IVA el mayor peso. El aumento de la presión tributaria se debe tanto a mejoramientos en la administración tributaria como a la aplicación de la Ley de Ordenamiento Administrativo y Adecuación Fiscal implementada a partir de junio del 2004.

El **Gasto de la Administración Central como proporción del PIB** ha disminuido durante los años 2003 (17,7%), principalmente 2004 (16,8%) y 2005 (17,6%) si los comparamos con el año 2002 (20,8%). Los gastos corrientes, y en particular el gasto en servicios personales y jubilaciones y pensiones, constituyen los principales componentes del total de gastos. En general, la proporción de **gastos presupuestados** con respecto a los **ejecutados** son mayores, existiendo disparidades entre la ejecución presupuestaria de los gastos corrientes y la ejecución de los gastos de capital.

La Administración Central ha registrado superávit en los años 2004-2005 luego de un periodo con continuos déficit principalmente en el período 1996-2003. La presión tributaria se ha incrementado en

<sup>5</sup> EPH 2005. DGEEC.

<sup>6</sup> Encuesta Permanente de Hogares 2005. Principales Resultados. DGEEC.

<sup>7</sup> La PEA está constituida por todas las personas de 10 años en adelante que suministran mano de obra disponible para la producción de bienes y servicios, es decir, aquellas que en el período de referencia adoptado, trabajan o buscan trabajo activamente. Censo de 1992 y Encuesta de Hogares 2005. Dirección de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC).

<sup>8</sup> Gerencia de Estudios Económicos, Departamento de Cuentas Nacionales y Mercado Interno. BCP.

<sup>9</sup> Informe de la Dirección de Estudios Económicos y de la Dirección de Política Fiscal del Ministerio de Hacienda.

aproximadamente 2 puntos como proporción del PIB entre los años 2002-2005. Este hecho ha permitido revertir el déficit de la administración fiscal.

Por su parte, el **gasto público social**<sup>10</sup> de constituir el 10% del PIB en el año 2002, disminuyó a un 6,7% en el año 2005, destacándose los gastos en educación y cultura, seguridad y asistencia social, seguido por los gastos en salud pública.

#### Variables Macroeconómicas. Años 2002-2005.

Variables	2002	2003	2004	2005
PIB (millones de Gs.)	29.104.530	35.666.425	41.521.883	47.471.968
PIB (var. %)	0,0	3,8	4,1	2,9
PIB per cápita	922	998	1.223	1.323
Población Econ. Activa	2.532.491	2.556.642	2.762.459	2.779.810
Tasa de desocupación (%)	16,4	13,0	10,9	9,4
Tasa de Inflación (%)	14,6	9,3	2,8	9,9
Reservas Internacionales Netas (millones de USD)	641,3	983,4	1.168	1.297
Presión Tributaria	10,0	10,3	11,9	11,9
Gasto Ad. Central (% del PIB)	20,8	17,7	16,8	17,6
Déficit Ad. Central (% del PIB)	-3,2	-0,4	1,6	0,7
Gasto Público Social (% del PIB)	10,0	8,2	7,3	6,7
Deuda Externa (millones de USD)	2.283	2.478	2.391	2.271

Fuente: Boletín de Cuentas Nacionales 1994-2004. Boletín de Deuda Pública Externa. BCP. Informes de la Dirección de Política Fiscal y de Estudios Económicos.

El saldo de la Deuda Externa ha disminuido si comparamos principalmente el año 2005 con el año 2003, mientras que las Reservas Internacionales Netas se han incrementado entre los años considerados en un 100% aproximadamente.

<sup>10</sup> Informe Financiero del Ministerio de Hacienda. Año 2006.

### III. DEMANDA ASISTIDA EN EL SISTEMA DE SALUD

Para la realización del presente informe, y considerando una mejor aproximación de la cobertura real a través de la demanda efectiva de atención, la estimación de la cobertura real se efectuó utilizando la demanda asistida obtenida de las encuestas permanentes de hogares de los años 2003 y 2004, ampliando la información, de acuerdo a la disponibilidad de datos de la encuesta de hogares 2005.

Los cuadros se elaboraron tomando como base la población enferma o accidentada que consultó a un establecimiento de salud por esa enfermedad o accidente, que representa al 52,2% en el año 2003 y al 52,3% en el año 2004. La caracterización por quintiles predominantes considera la atención realizada por los diferentes subsectores a la población enmarcada en los quintiles de mayor porcentaje de cobertura (más del 20%) por parte de estos subsectores. En el sector privado se incluye también a la población que consultó en farmacias, casas de curanderos, etc.

#### POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
	Nº	%		Nº	%	
Subsector Público	353.494	38,2	2º, 3º y 4º quintil	457.520	44,9	1º, 2º, y 3º quintil
Seguridad Social (IPS)	112.432	12,2	3º, 4º y 5º quintil	107.592	10,6	4º y 5º quintil
Privado*	458.861	49,6	4º y 5º quintil	453.889	44,5	4º y 5º quintil
Total	924.787	100,0		1.019.001	100,0	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004 . Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

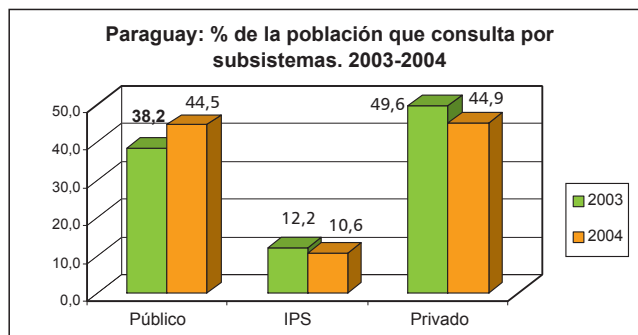
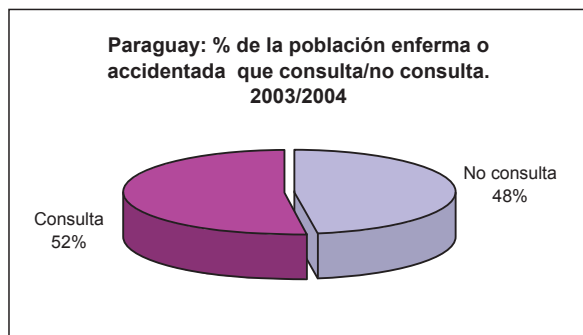
Entre los años 2003 y 2004 se puede observar que la cobertura de atención del subsector público se ha incrementado, y las coberturas de la seguridad social y el sector privado han decrecido, principalmente este último pasando del 49,6% al 44,5%. El subsector público pasa de atender predominantemente a la población del 2º al 4º quintil en el 2003, para atender principalmente a la población de ingresos más bajos, 1º al 3º quintil, siendo los de este último quintil atendidos principalmente por la seguridad social en el 2003 además de la población con ingresos más altos (4º y 5º quintil), pero para el 2004 la atención se centra predominantemente en la población de ingresos más altos.

#### POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA QUE CONSULTO POR SUBSISTEMAS, SEGÚN QUINTILES

Sector	Público		IPS		Privado	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
20% más pobre	18,4	20,1	1,4	4,8	14,6	14,5
20% siguiente	23,6	25,2	7,7	10,9	14,5	16,9
20% siguiente	24,1	22,5	28,5	19,4	19,1	17,5
20% siguiente	21,6	19,3	36,9	35,0	21,1	22,1
20% más rico	12,2	13,0	25,5	30,0	30,8	29,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

De acuerdo a datos de las EPH 2003 y 2004, se puede notar que mientras la proporción de la población que consulta se mantiene igual durante los años 2003 y 2004, la distribución cambia. Una mayor proporción de la población que se enferma y consulta lo hace en el sector público, es decir, la disminución de consultas en el sector privado y en el IPS se vuelca al sector público.



En cuanto a la población con seguro médico, en el año 2005 se destaca un aumento de la población asegurada que constituye el 21,7% del total de la población contra un 18,4% del año 2004, el cual se debió principalmente al aumento de la cobertura de seguro del IPS.

**POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO**

Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	586.069	10,3	585.706	10,3	730.040	12,5
Privado	435.042	7,7	387.614	6,8	453.477	7,8
Sanidad Militar	19.360	0,3	20.553	0,4	29.473	0,5
Sanidad Policial	32.672	0,6	36.432	0,6	36.400	0,6
Seguro Local	3.017	0,1	6.822	0,1	8.034	0,1
En el exterior	16.212	0,3	10.753	0,2	8.414	0,1
No tiene	4.577.866	80,7	4.653.795	81,6	4.571.415	78,3

**Fuente:** Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

Según datos de las encuestas de hogares 2003 y 2004, en promedio el 66% de la población asegurada al IPS utilizó los servicios de su seguro, el porcentaje de asegurados de la Sanidad Policial que consultaron fue de 41,1% y 49,0% respectivamente. Sin embargo, se observa una importante diferencia para el caso de la Sanidad Militar, cuyo porcentaje de asegurados que consultó en el 2003 (64,8%) aumentó a 88,9% en el 2004. Por otra parte, también se observa un aumento del porcentaje de la población que no tiene seguro y son asistidos por las instituciones públicas; en el 2003 representaban al 47,1% y para el 2004 aumentó al 53,4% de la población enferma o accidentada que no tiene seguro y consultó.

**Paraguay: Población enferma o accidentada por tipo de seguro y establecimiento de consulta.  
Años 2003-2004**

Tipo de seguro médico	Población enferma o accidentada que consulta	IPS		Sanidad militar		Sanidad policial		Otro Sector Público		Hospital / Consul. priv.		Otros <sup>1/</sup>		Total
		2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	
IPS	152.422	66,0	66,7	0,3	-	-	-	11,6	10,8	15,7	18,2	6,4	4,3	100,0
Seg. privado indiv.	88.984	3,7	1,8	0,7	-	0,0	0,5	8,4	11,6	83,1	82,8	3,9	3,3	100,0
Seg. privado laboral	7.631	3,1	2,1	-	-	-	-	9,3	35,4	78,7	52,5	9,0	10,0	100,0
Sanidad militar	2.959	-	-	64,8	88,9	-	-	28,3	-	7,0	7,4	0,0	3,8	100,0
Sanidad policial	6.464	-	-	1,6	1,2	41,1	49,0	44,7	26,7	7,0	19,9	5,6	3,2	100,0
Seguro Local	540	-	-	-	-	-	-	100,0	32,4	-	13,6	0,0	54,0	100,0
No tiene <sup>2/</sup>	670.156	1,3	0,7	0,3	0,3	0,2	0,1	47,1	53,4	27,0	23,2	24,0	22,3	100,0
<b>Total</b>	<b>929.156</b>	<b>12,2</b>	<b>10,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>37,2</b>	<b>43,2</b>	<b>30,8</b>	<b>27,1</b>	<b>18,8</b>	<b>17,9</b>	<b>100,0</b>

1/ Farmacia, casa de curandero, su casa, otra casa particular, etc.

2/ Incluye a los que tienen seguro en el exterior y a los que no tienen seguro.

**Fuente:** Encuestas Permanentes de Hogares 2003 y 2004. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

## IV. CARACTERIZACION Y MEDICION DE LA EXCLUSION

La construcción de los indicadores está basada en la información que se presenta detalladamente en los Cuadros del Anexo Estadístico. La medición se realiza utilizando **indicadores propios del sector salud** (indicadores internos, ligados al proceso de atención) o **externos a él**.

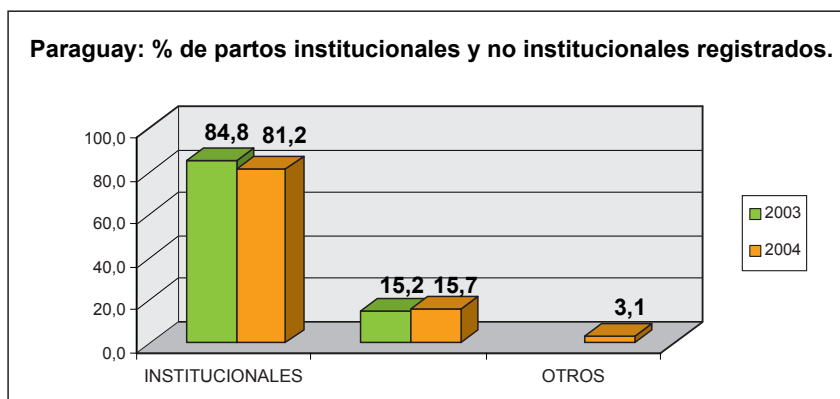
### **Indicadores Internos.**

Son utilizados aquellos ligados al proceso de atención salud:

#### **(a) Proporción de partos institucionales.**

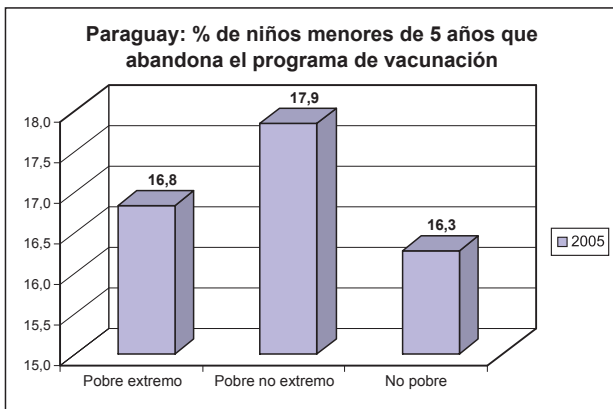
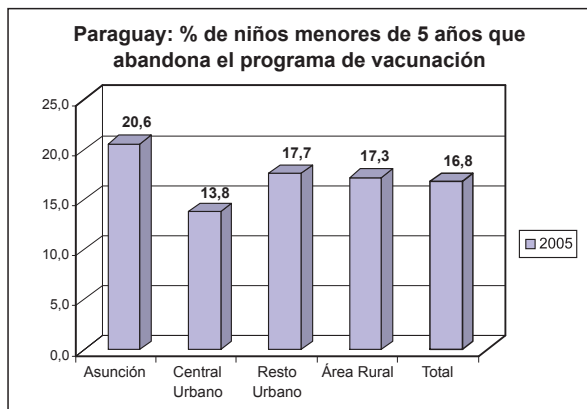
Este indicador ha sido construido con datos de nacidos vivos registrados por el MSPyBS, ya que a diferencia de las Encuestas Integradas de Hogares 1997/8 y 2000/1, las Encuestas Permanentes de Hogares 2003, 2004 y 2005 no contienen preguntas que permitan su elaboración.

Según los datos registrados por el MSPyBS, los partos institucionales (partos realizados en algún establecimiento de salud, ya sea público o privado) alcanzaron al 84,8% en el 2003 y al 81,2% en el 2004. El porcentaje de personas excluidas se obtiene del porcentaje de partos no institucionales, es decir, por aquellos atendidos por personal no capacitado (partos realizados en farmacias, automóviles, lugar de trabajo, calle, etc.), que alcanza al 15,7% en el 2005.

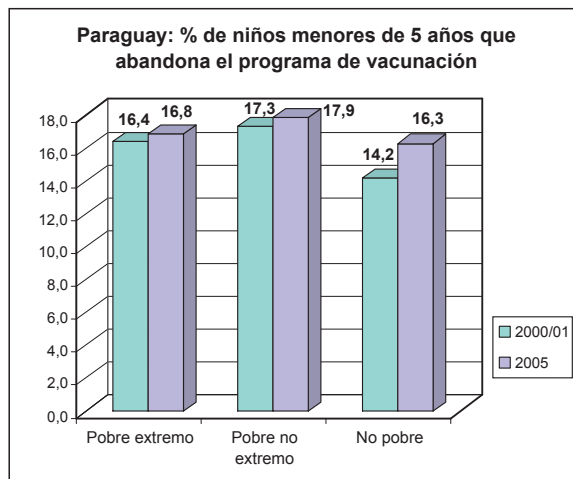
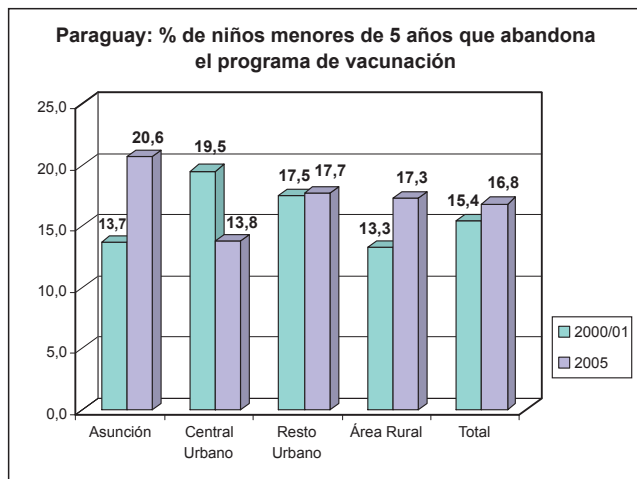


#### **(b) Proporción de niños que abandonan el programa de vacunas.**

Este indicador ha sido aproximado considerando la tenencia y no tenencia de la vacuna de mayor cobertura y menor cobertura, respecto al número total de niños. La EPH 2005 muestra que el 16,8% de los niños menores a cinco años abandona el programa de vacunación, es decir, tienen la vacuna BCG (la de mayor porcentaje de cobertura), pero no la antisarampionosa (la de menor porcentaje de cobertura), porcentaje que es mayor en Asunción, capital del país (20,6%) y en los pobres no extremos (17,9%) de la población. De acuerdo a este indicador el porcentaje de la población excluida del sistema de atención primaria de salud es del 16,8%.



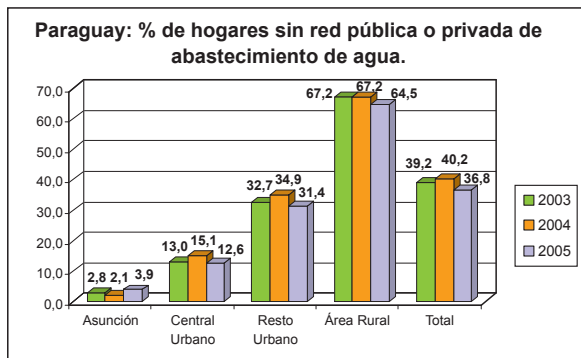
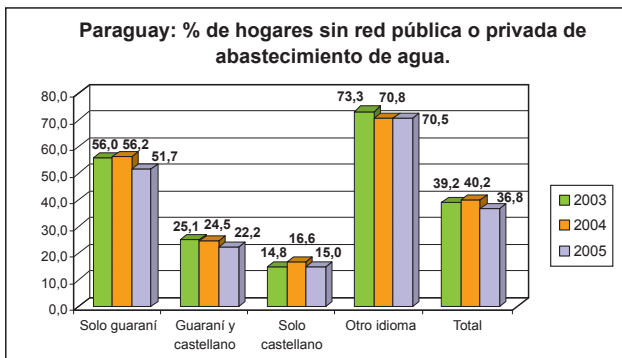
Al comparar el indicador para los años que se tiene información de las Encuestas de Hogares, se observa que el mismo ha empeorado entre el 2000/1 y el 2005, tanto al discriminarlo por área geográfica como por pobreza, hecho que se dio especialmente en Asunción en donde el porcentaje de niños menores de 5 años que abandona el programa de vacunación aumentó de 13,7% al 20,6%. Sin embargo, en el departamento Central Urbano el indicador mejoró, de 19,5% bajó al 13,8%.



### (c) Porcentaje de población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

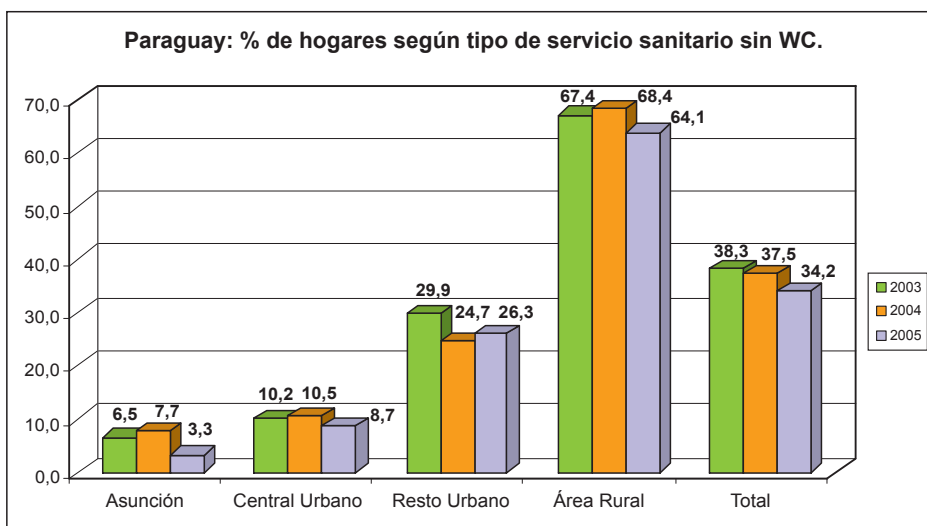
En el año 2003 el 39,2% de la población se abastecía de agua no potable, es decir, a través de pozo con o sin bomba, arroyo, río, manantial, aguatero y otros; un tipo de abastecimiento que alcanzó al 67,2% de la población rural y solo al 2,8% en Asunción. En los sectores pobres de la población y en los que predomina el guaraní como idioma hablado más frecuentemente, tales porcentajes son relativamente altos (aproximadamente 56%). Se destaca que la población del área rural es la que menos acceso tiene al agua potable.





Para el año 2005, hubo una disminución del porcentaje de hogares sin abastecimiento de agua potable (36,8%), siendo todavía el problema mayor en el sector rural donde este indicador alcanza el 64,5% en oposición a Asunción donde el 3,9% de los hogares se abasteció de agua sin red de abastecimiento público o privado de agua.

En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, la encuesta 2003 indica que el 38,3% de los hogares del país tiene servicio sanitario sin WC, porcentaje que alcanzó al 67,4% en el área rural y solo al 6,5% en Asunción.

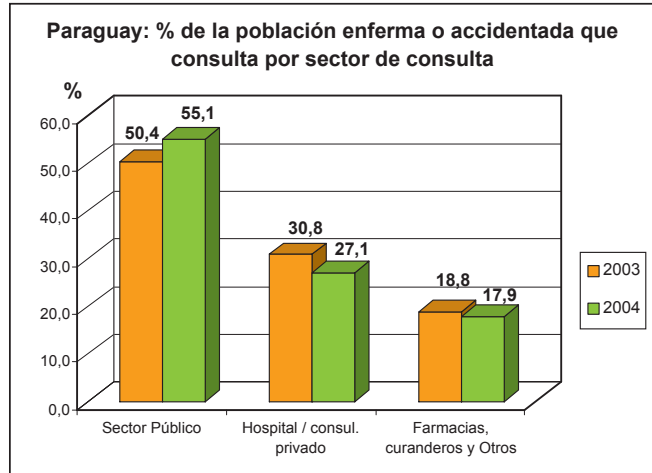
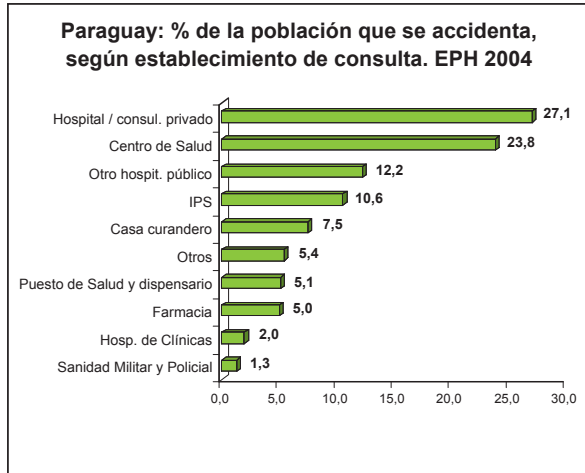


Este indicador mejora levemente en el año 2004 y más en el año 2005, siendo en este año el 34,2% de los hogares que tienen servicio sanitario sin WC contra el 38,3% del año 2003. El mejoramiento se da principalmente en Asunción y Central Urbano.

**(d) Porcentaje de cobertura de la red de salud.**

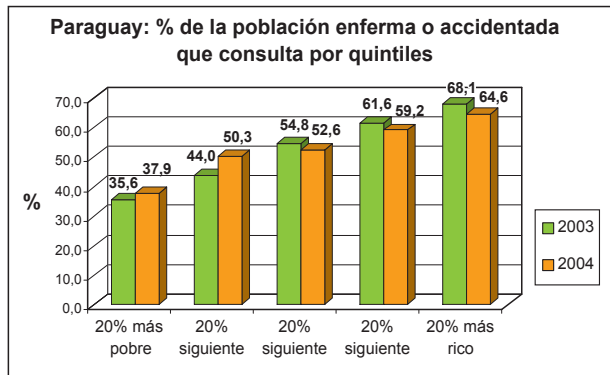
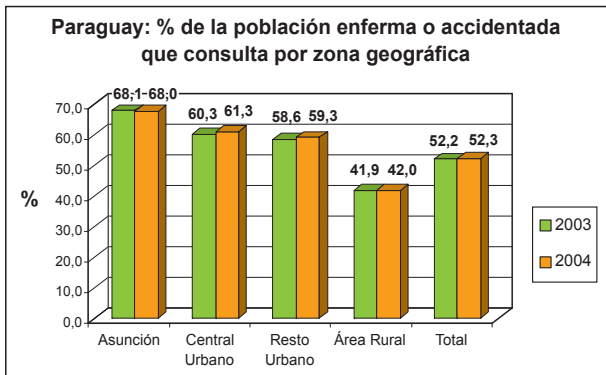
Este indicador ha sido aproximado a través de la población que indicó haber estado enferma o accidentada en los últimos tres meses respecto al tipo de establecimiento al que acudieron a consultar. La EPH 2004 muestra que el 52,2% de la población que estuvo enferma o accidentada consultó en algún tipo de establecimiento de salud, porcentaje similar se dio en el año 2003.

En el año 2003 el 50,4% de los que consultaron lo hicieron en algún establecimiento público, mientras que en el 2004 el porcentaje aumentó a 55,1%. En contrapartida, la consulta en algún hospital o consultorio privado bajó del 30,8% en el 2003 al 27% en el año 2004, el resto de los enfermos o accidentados consultaron en farmacias, curanderos y otros.

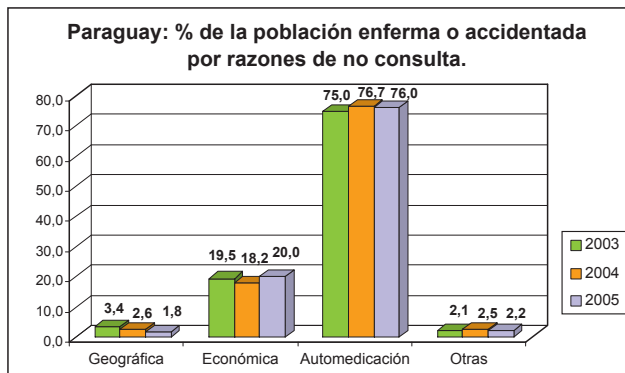
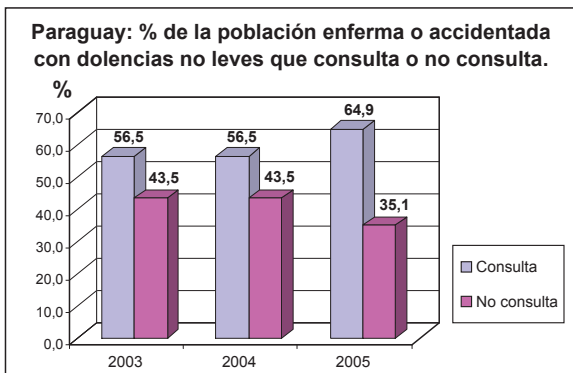


A través de este indicador se puede notar que la población enferma o accidentada que consulta recurre mayormente al sector público.

Si se considera el indicador por áreas geográficas, se observa que el 68% de la población de Asunción que estuvo enferma o accidentada hace algún tipo de consulta, a diferencia de la población que vive en el área rural que solo consulta un 42%. Por estratos de ingresos, con algunas diferencias entre los años 2003 y 2004, se comprueba que el porcentaje de la población del estrato alto (quintil 5) que estuvo enferma o accidentada y consultó es de aproximadamente dos veces mayor que el porcentaje de la población del estrato más pobre (quintil 1).



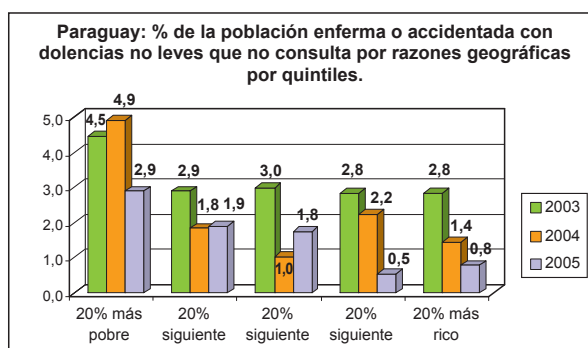
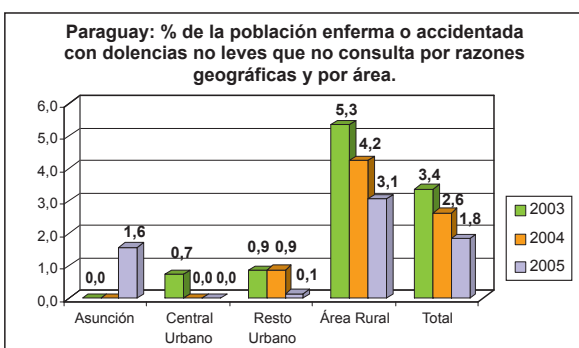
Si se considera "la población enferma o accidentada con dolencia no leve", se evidencia que en los años 2003 y 2004 el 43,5% no consultó, mientras que ese porcentaje disminuye a 35,1% en el año 2005. Las razones de no consulta de la población se mantienen, con algunas diferencias entre los años. La mayor causa de no consulta constituye la automedicación, que fue de aproximadamente 76%.



**(e) Personas que no acceden a los servicios de salud por razones geográficas.**

Este indicador fue aproximado con el porcentaje de personas que estando enferma o accidentada (con dolencias no leves) no hicieron consulta alguna por no existir un lugar de consulta cercano. Este porcentaje alcanzó al 3,4% a nivel nacional en el año 2003, 2,6% en el 2004 y 1,8% en el año 2005, reduciéndose a casi la mitad con respecto al 2003.

En el área rural los porcentajes son mayores, sin embargo también se observa una mejoría en los tres años de estudio, con una disminución constante del porcentaje de enfermos o accidentados con dolencias no leves que no consultan, pasando de 5,3% en el 2003, hasta llegar a 3,1% en el 2005.

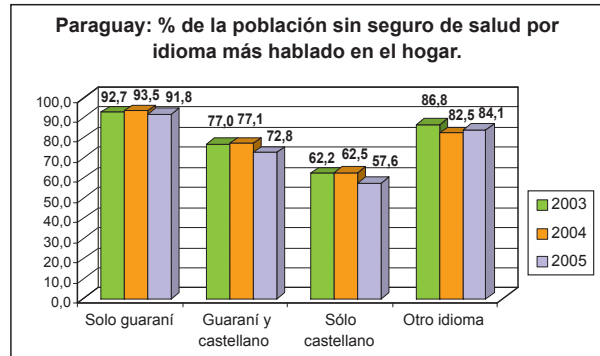
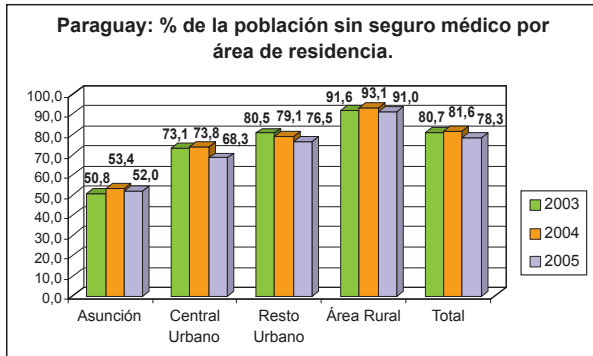


**Indicadores Externos.**

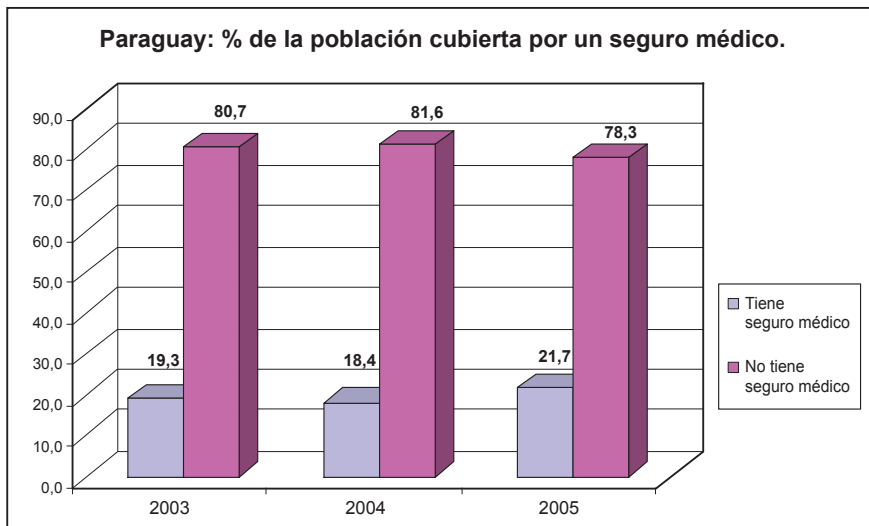
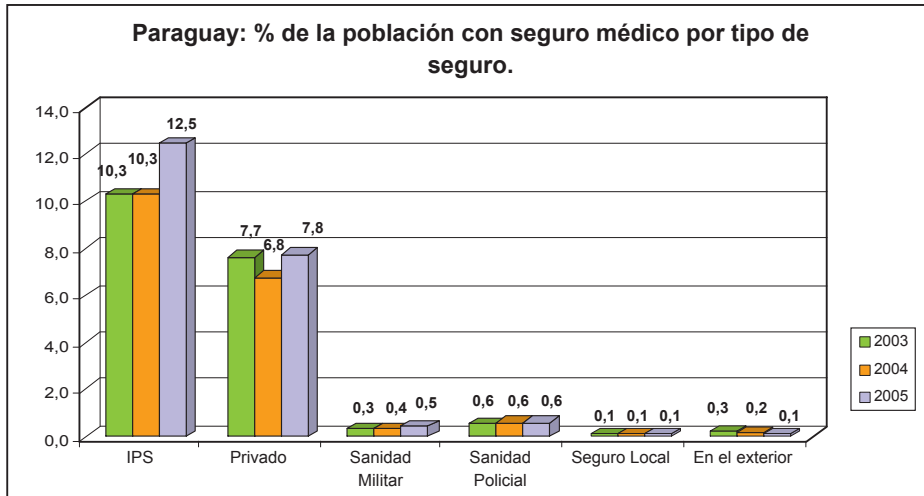
Los más utilizados son los siguientes:

**(a) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.**

En los años 2003 y 2004, el porcentaje de la población que no posee seguro médico es de 81% aproximadamente, pero en el 2005 se evidencia una mejoría, donde el porcentaje de la población asegurada es mayor. Efectivamente, según la EPH 2005, el 78,3% de la población paraguaya no tiene seguro médico, ya sea del IPS, del sector privado, la sanidad militar, sanidad policial o en el exterior. Esta falta de cobertura alcanza al 91% de la población rural y al 91,8% de la población que habla con mayor frecuencia guaraní en el hogar.



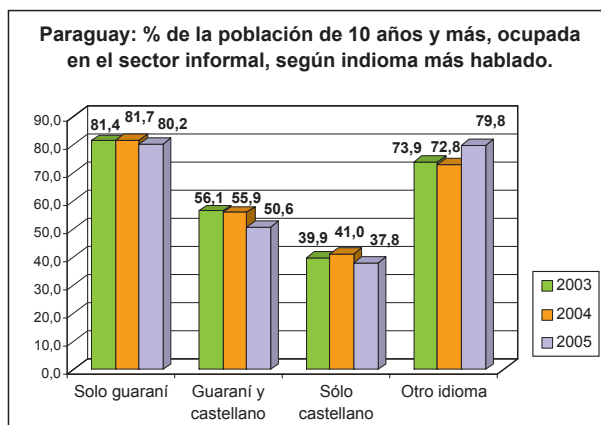
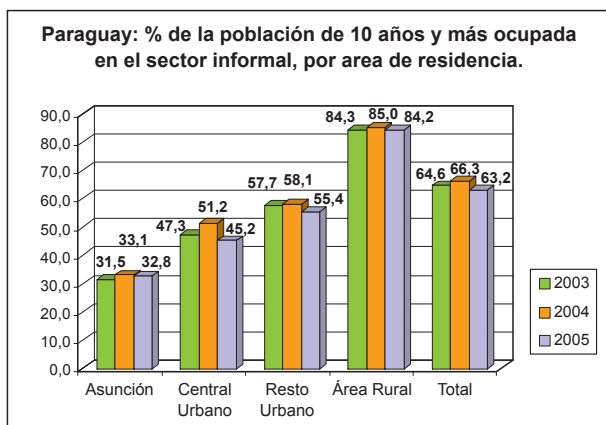
Según las encuestas de hogares de los últimos tres años, la población asegurada ha aumentado de un 19,3% en el año 2003 a un 21,7% en el año 2005, crecimiento debido principalmente al porcentaje de asegurados en el IPS.



**(b) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.**

Este porcentaje es aproximado teniendo en consideración cuatro variables: "ocupación principal", "categoría de ocupación", "tamaño del establecimiento laboral", es decir, a los trabajadores con ocupación diferente a "gerentes" o "profesionales", con categoría de "cuenta propia" o "familiares no remunerados", o trabajadores del sector privado o empleadores en empresas con no más de 5 trabajadores.

Según la EPH 2003, el 64,6% de los trabajadores ocupados, incluyendo a los trabajadores del sector agropecuario (de 10 y más años de edad) son informales, situación que se agrava en el sector rural (84,3%) y en los que hablan con mayor frecuencia guaraní en el hogar (81,4%).

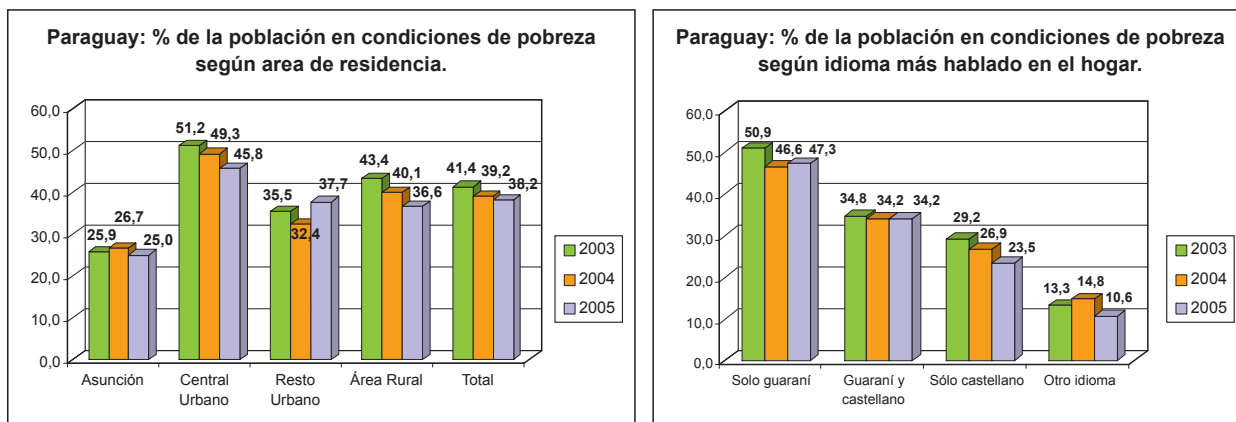


En el año 2005 la situación mejora levemente, existe un 63,2% de trabajadores en el sector informal, mejoría que se observa en la distribución según área geográfica (excepto Asunción) y según idioma más hablado en el hogar. Es decir, el sector rural es el sector con mayor ocupación informal, así como la población que habla predominantemente guaraní en el hogar.

**(c) Niveles de pobreza.**

Para medir estos niveles se tuvo en consideración los ingresos por persona de los hogares paraguayos y el costo de la Canasta Básica de Consumo.

Según la información de las encuestas, la población en condiciones de pobreza (es decir, tienen ingresos por debajo de la línea de pobreza total) ha disminuido ligeramente, pasando del 41,4% en el año 2003 al 38,2% en el año 2005. Si consideramos el área de residencia, el mayor porcentaje de la población pobre se encuentra en Central Urbano, 51,2% en el año 2003 y 45,8% en el año 2005. Se observa también que en el año 2003 el 50,9% de la población que habla guaraní con mayor frecuencia en el hogar se encontró en situación de pobreza, mientras que solo el 29,2% de la población que habla con mayor frecuencia castellano se encontró en tal situación. Dichos porcentajes mejoraron en los años 2004 y 2005.



#### (d) El gasto público en salud como porcentaje del PIB.

La información sobre este indicador se tomó del documento de Cuentas de Salud de Paraguay de octubre del 2006. El sector público incluye al Ministerio de Salud, la Universidad Nacional, la Sanidad Policial, Militar y de la Armada, las Gobernaciones y los Municipios, además del Instituto de Previsión Social. El gasto público en salud del año 2004 constituyó el 3% del PIB, siendo el gasto del MSPyBS en dicho año el 1,1% del PIB.

#### GASTO DEL SECTOR PÚBLICO EN SALUD

Concepto	2002	2003	2004
PIB (millones de Gs.)	31,976,903	38,805,548	42,102,405
Gasto del MSPyBS/PIB	1.3	1.1	1.1
Gasto del IPS/PIB	1.0	1.1	1.3
Gasto Público en Salud/PIB	2.6	2.6	3.0

Fuente: Cuentas de Salud 2002-2004. MSP y BS. OPS/OMS. Octubre - 2006.

En el cuadro siguiente se presenta la composición del gasto público, observándose el mayor peso del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en la composición de gasto del sector público, seguido del IPS.

#### GASTO DEL SECTOR PÚBLICO EN SALUD

Concepto	2002	2003	2004
MSP y BS	427,124.5	412,970.3	474,827.0
IPS	318,576.1	352,791.6	401,069.1
Hospital de Clínicas	40,004.5	37,714.3	39,161.7
Centro Materno Infantil	6,495.5	6,974.0	6,375.2
Sanidad Policial	5,280.5	5,243.1	5,132.1
Sanidad Militar	1,954.0	1,596.0	2,005.2
Sanidad de la Armada	418.2	429.1	399.5
Gobernaciones	12,158.8	12,833.7	13,858.0
Municipalidades	13,358.2	15,311.4	17,051.7
<b>TOTAL GASTO PÚBLICO</b>	<b>825,370.3</b>	<b>845,863.4</b>	<b>959,879.3</b>

Fuente: Cuentas de Salud 2002-2004. MSP y BS. OPS/OMS. Octubre - 2006.

## V. SINTESIS DEL PERFIL DE LOS EXCLUIDOS (% respecto a cada grupo de la población, 2003-2005)

Para este análisis se consideran como trazadores de exclusión, por una parte, a los que no consultan estando enfermos o accidentados con dolencias no leves y, por otra, a los que tienen ingresos por debajo de la línea de pobreza. Esto por el hecho que la exclusión en salud, al igual que en la Región, está estrechamente vinculada con la pobreza, la marginalidad, la discriminación y con características culturales, sociales y económicas.<sup>10</sup>

PARAGUAY: PERFIL DE LOS EXCLUIDOS (% RESPECTO A CADA GRUPO DE LA POBLACIÓN, 2003-2005)

Grupo de Población		Se considera como excluidos a los que no consultan estando enfermos o accidentados con dolencias no leves			Se considera como excluidos a los que tienen ingresos por debajo de la línea de pobreza		
		Excluidos			Excluidos		
		2003	2004	2005	2003	2004	2005
Sexo	Hombre	45,9	45,9	38,2	41,3	38,6	38,2
	Mujer	41,4	41,2	32,4	41,4	39,7	38,2
	<b>Total</b>	<b>43,5</b>	<b>43,5</b>	<b>35,1</b>	<b>41,4</b>	<b>39,2</b>	<b>38,2</b>
Grupos de edad	0 a 5	34,9	30,0	25,8	52,8	50,3	48,2
	6 a 17	52,1	50,3	42,9	50,5	47,2	47,1
	18 a 29	48,7	51,5	41,0	33,1	31,9	31,4
	30 a 49	43,7	44,4	41,0	37,5	34,7	34,5
	50 a 64	40,4	44,3	31,8	29,4	29,3	27,3
	65 y más	32,6	32,4	19,3	26,6	28,8	24,2
	<b>Total</b>	<b>43,5</b>	<b>43,5</b>	<b>35,1</b>	<b>41,4</b>	<b>39,2</b>	<b>38,2</b>
Idioma más hablado en el hogar	Guaraní	54,9	54,4	48,9	51,7	46,6	47,3
	Guaraní y castellano	39,8	41,7	28,7	35,2	34,2	34,2
	Castellano	32,4	32,5	25,2	30,3	26,9	23,5
	Otro idioma	43,1	41,1	37,1	13,7	14,8	10,6
	No habla	53,4	37,1	77,4	41,1	50,3	55,3
	<b>Total</b>	<b>43,5</b>	<b>43,5</b>	<b>35,1</b>	<b>41,4</b>	<b>39,2</b>	<b>38,2</b>
Tenencia de seguro médico	IPS	17,6	22,6	12,1	15,9	20,2	19,4
	Seguro privado individual	15,5	20,9	11,9	9,1	9,2	9,0
	Seguro privado laboral	25,4	19,9	-	6,9	15,4	13,9
	Sanidad militar	37,2	11,5	9,3	20,5	18,0	35,3
	Sanidad policial	34,1	17,5	7,7	19,9	27,1	24,6
	Seguro Local	54,0		17,2	52,2	56,7	40,5
	No tiene	49,6	48,3	42,0	47,9	44,2	44,2
	<b>Total</b>	<b>43,5</b>	<b>43,5</b>	<b>35,1</b>	<b>41,4</b>	<b>39,2</b>	<b>38,2</b>

<sup>10</sup> OIT, OPS; Iniciativa conjunta de la OIT y la OPS sobre la Extensión de la Protección Social en Salud. Washington D.C. 2005.



		Se considera como excluidos a los que no consultan estando enfermos o accidentados con dolencias no leves			Se considera como excluidos a los que tienen ingresos por debajo de la línea de pobreza		
Grupo de Población		Excluidos			Excluidos		
		2003	2004	2005	2003	2004	2005
Nivel educativo y Grado aprobado	Sin instrucción	40,0	34,8	40,5	54,3	50,6	50,6
	Enseñanza Especial	70,8	-	23,7	26,3	22,6	44,4
	Pre -Primaria	35,7	35,3	33,3	45,9	47,9	51,8
	Educ. Primaria o Escolar Básica	47,9	48,5	40,9	44,0	42,0	41,9
	Educ. Media / Técnica	37,3	44,8	32,1	27,1	24,6	24,7
	Educ. Básica Adultos	51,2	43,1	21,0	47,2	41,8	40,6
	Superior no Universitaria	30,4	24,0	19,4	8,6	14,4	11,3
	Universitario	26,2	30,3	22,6	5,6	6,1	5,1
	<b>Total</b>	<b>43,5</b>	<b>43,5</b>	<b>35,1</b>	<b>41,4</b>	<b>39,2</b>	<b>38,2</b>
Quintiles por ingreso per cápita	Más pobre	62,0	59,1	50,1	100,0	100,0	100,0
	II	52,3	46,2	41,2	74,9	66,9	59,2
	III	40,7	42,6	32,8	31,7	29,0	31,9
	IV	32,7	36,6	27,6	0,3	-	-
	Más rico	26,1	29,4	20,9	-	-	-
	<b>Total</b>	<b>43,5</b>	<b>43,5</b>	<b>35,1</b>	<b>41,4</b>	<b>39,2</b>	<b>38,2</b>
Corriente Eléctrica	Sí tiene	41,8	42,1	34,2	38,9	37,8	36,9
	No tiene	60,5	60,3	51,5	69,7	59,6	62,3
	<b>Total</b>	<b>43,5</b>	<b>43,5</b>	<b>35,1</b>	<b>41,4</b>	<b>39,2</b>	<b>38,2</b>
Servicio Sanitario	WC red pública	27,5	29,0	15,9	19,7	16,2	18,5
	WC pozo ciego	34,5	34,5	25,8	31,8	30,1	29,4
	Excusado municipal	54,5	47,8	43,0	43,8	47,3	49,0
	Letrina común	55,0	56,4	51,9	57,2	55,5	54,6
	Otro	43,8	49,1	33,1	61,4	33,0	94,8
	<b>Total</b>	<b>43,5</b>	<b>43,5</b>	<b>35,1</b>	<b>41,4</b>	<b>39,2</b>	<b>38,2</b>
Agua	ESSAP/SENASA	34,4	34,5	25,2	35,1	35,0	31,3
	Pozo artesiano		48,1	22,5		37,3	17,5
	Pozo sin bomba	57,2	56,8	51,5	58,7	53,4	57,4
	Pozo con bomba	42,4	42,5	41,8	24,9	27,6	23,1
	Red privada	41,1	42,8	33,2	44,7	38,2	43,2
	Tajamar - río	66,4	55,6	57,0	58,4	45,0	56,1
	Aljibe	41,0	25,2	50,0	44,1	8,0	-
	Otro	24,0	23,7		50,9	80,4	-
	<b>Total</b>	<b>43,5</b>	<b>43,5</b>	<b>35,1</b>	<b>41,4</b>	<b>39,2</b>	<b>38,2</b>
Condición de actividad	Ocupados	48,3	48,4	40,3	32,9	31,2	30,4
	Desocupados	43,3	46,0	48,5	50,7	48,0	44,5
	Inactivos	41,4	44,3	34,7	42,6	41,3	41,5
	<b>Total</b>	<b>43,5</b>	<b>43,5</b>	<b>35,1</b>	<b>41,4</b>	<b>39,2</b>	<b>38,2</b>

Grupo de Población		Se considera como excluidos a los que no consultan estando enfermos o accidentados con dolencias no leves			Se considera como excluidos a los que tienen ingresos por debajo de la línea de pobreza		
		Excluidos			Excluidos		
		2003	2004	2005	2003	2004	2005
Categoría de ocupación	Empleado público	20,1	23,7	15,0	5,2	7,2	7,5
	Empleado privado	40,3	37,0	28,5	16,4	17,3	12,3
	Obrero público	29,6	35,6	16,2	33,8	34,5	25,4
	Obrero privado	47,8	48,8	44,0	30,8	30,3	30,9
	Empleador o patrón	38,3	38,8	30,3	16,5	10,2	13,4
	Cuenta propia	49,7	51,4	44,3	39,5	36,8	35,3
	Famil. no remunerado	65,6	62,5	56,8	59,4	52,0	55,0
	Empleado doméstico	50,5	41,3	41,1	35,9	33,0	35,4
	<b>Total</b>	<b>43,5</b>	<b>43,5</b>	<b>35,1</b>	<b>41,4</b>	<b>39,2</b>	<b>38,2</b>
Actividad Económica de la empresa donde se trabaja	Agric., Ganadería	58,1	58,9	53,5	48,0	43,0	41,0
	Explot. Minas y Canteras	13,1	37,6	22,4	21,5	42,3	16,2
	Ind. Manufactureras	43,8	39,2	34,4	26,9	30,2	28,2
	Electricidad, Agua	20,9	43,3	12,4	7,3	11,0	2,3
	Construcción	52,6	53,2	53,5	38,6	38,6	39,2
	Comercio	45,3	45,1	34,3	30,8	27,7	28,6
	Transporte	41,0	45,9	37,0	22,6	23,3	15,2
	Establ. Financieros	32,8	36,8	27,5	16,4	9,6	9,9
	Serv. Comunales	38,0	37,8	33,0	25,9	26,4	25,6
	<b>Total</b>	<b>43,5</b>	<b>43,5</b>	<b>35,1</b>	<b>41,4</b>	<b>39,2</b>	<b>38,2</b>

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

Del indicador trazador considerado, personas que estando enfermas con dolencias no leves que no consultan, se puede concluir que los excluidos son mayormente los hombres, las personas entre 6 y 17 años de edad, los que hablan predominantemente guaraní, los que no tienen seguro médico, los que tienen nivel educativo primario o educación escolar básica, los del quintil más pobre, los que no cuentan con luz eléctrica en el hogar, los desocupados, los que tienen letrina común como servicio sanitario, los que no cuentan con servicios de agua potable, los familiares no remunerados, y los que trabajan en el sector agrícola, ganadero y la construcción.

Por otra parte, si se considera como trazador el indicador de las personas con ingresos por debajo de la línea de pobreza, se observa que los excluidos son las personas entre 0 y 17 años de edad, los que hablan predominantemente guaraní, los que no tienen seguro médico, los que no tienen instrucción, los del quintil más pobre, los que no cuentan con luz eléctrica en el hogar, los desocupados, los que tienen letrina común como servicio sanitario, los que no cuentan con servicios de agua potable, los familiares no remunerados, y los que trabajan en el sector agrícola y ganadero.

Es importante notar que si se consideran estos indicadores, la exclusión ha disminuido principalmente en el año 2005 y que la exclusión, considerando ambos trazadores, prácticamente se mantiene en cada indicador considerado.

## VI. CLASIFICACION DE LOS INDICADORES DE EXCLUSIÓN DE ACUERDO A LA COBERTURA, ACCESIBILIDAD, ESTRUCTURA Y PROCESOS

De acuerdo al documento "Panorama de la protección social en salud en América Latina y el Caribe", los indicadores de exclusión pueden ser agrupados de acuerdo a criterios de cobertura de los sistemas de protección social en salud, restricciones de accesibilidad, sea esta financiera, laboral y cultural, estructura y procesos. El cuadro que se presenta a continuación presenta una serie de datos de las EIH 1997/98 - 2000/01 y de las EPHs 1999, 2003, 2004 y 2005 que por su metodología no son perfectamente comparables. Sin embargo, ellos permiten (realizando esta salvedad) realizar un análisis de la evolución de indicadores de exclusión. Los indicadores clasificados anteriormente como internos y externos al sector salud se presentan de la siguiente manera:

TABLA RESUMEN DE LOS NIVELES DE EXCLUSIÓN SOCIAL

INDICADORES	Estimación de la población excluida (%)					
	1997/8	1999	2000/1	2003	2004	2005
<b>COBERTURA</b>						
Legal	100	100	100	100	100	100
Población que no consulta cuando está enferma o accidentada	43.3	51.6	51.4	47.8	47.7	41.0
Población enferma o accidentada con dolencia no leve que no consulta	32.0	42.8	38.6	43.5	43.5	35.1
Población sin seguro de salud	81.8	80.1	81.1	80.7	81.6	78.3
<b>ACCESIBILIDAD</b>						
<b>Inaccesibilidad financiera</b>						
Pobreza	32.1	33.7	33.9	41.4	39.2	38.2
Población con dolencias no leves que no consulta por razones económicas	15.0	15.2	33.2	19.5	18.2	20.0
<b>Inaccesibilidad geográfica</b>						
Población con dolencias no leves que no consulta por razones geográficas	4.1	2.8	6.9	3.4	2.6	1.8
<b>Inaccesibilidad cultural</b>						
Población que habla con mayor frecuencia el guaraní	56.3	49.4	50.6	45.9	47.8	48.2
<b>Inaccesibilidad laboral</b>						
Tasa de desempleo total	14.3	15.9	15.3	13.0	10.9	
Población empleada en el sector informal/ Población Ocupada	-	63.8	63.4	64.6	66.3	63.2
<b>ESTRUCTURA</b>						
Déficit de oferta de servicios médicos (médicos por 10.000 habitantes)	-	3.9	4.0	-	-	-
Déficit de oferta de camas (camas por 10.000 habitantes)	-	7.9	6.7	-	-	-
<b>PROCESOS</b>						
Deserción entre vacuna BCG y antisarampionosa	18.3	-	15.4	-	-	16.8
Población sin acceso a agua potable	56.9	52.6	45.5	39.2	40.2	36.8

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EIHs 1997/1998 - 2000/2001 y de las EPHs 1999, 2003, 2004, 2005.

Se puede observar que no existe una tendencia clara y marcada en la mayor parte de los indicadores de exclusión considerados durante el período de referencia, con excepción de la población sin acceso a agua potable. En el indicador de cobertura "población que no consulta cuando está enferma o accidentada" se observan mejorías si se considera principalmente los años 1999 al 2005; el indicador de población enferma o accidentada con dolencia no leve que no consulta ha fluctuado durante los años considerados, notándose un mejoramiento en el año 2005, aunque no ha llegado al nivel de los años 1997/98. En cuanto a la población sin seguro médico, existen pocas variaciones durante los años 1997/98 - 2004 y un leve mejoramiento en el año 2005.

En cuanto a los indicadores de accesibilidad, se nota un incremento de la pobreza durante los años 1997/98 al 2003 y leves reducciones durante los años 2004 y 2005. A pesar de este leve mejoramiento, se puede notar que el porcentaje de población pobre es mayor respecto a los años 1997-2001. Por su parte, el indicador de población con dolencias no leves que no consulta por razones económicas ha aumentado durante los años 1997/98 - 2000/01 para disminuir durante los años 2003 y 2004, aumentando levemente en el año 2005. El porcentaje de las personas que estando enfermas no consultan por razones económicas sigue siendo mayor que en los años 1997-1999.

Los indicadores de inaccesibilidad geográfica han fluctuado durante los años 1997-2005, mejorando de manera importante en el año 2005.

En cuanto a los indicadores de proceso, se ha podido obtener información acerca de la deserción entre la vacuna BCG y antisarampionosa solo para los años 1997/98, 2000/01 y 2005, evidenciándose un mejoramiento entre los años 1997/98, 2000/01, y un aumento de la deserción entre este último año y el año 2005. Por su parte, el indicador de acceso a agua potable muestra un mayor acceso de la población al agua potable entre los años 1997-2005, de 56,9% de la población sin acceso a agua potable se reduce a un 36,8% en el año 2005.

## VII. ANALISIS DE RESULTADOS COMPARATIVOS 1997/1998 - 2005. *Indicadores Internos y Externos*

La exclusión es un fenómeno dinámico y por tanto debe ser estudiada como un proceso más que como estados y requiere de mediciones periódicas y revisiones continuas de los sistemas estadísticos que permiten la clasificación de la población según su condición de acceso a los sistemas de salud. Aunque los datos de las encuestas integradas y permanentes de hogares no son perfectamente comparables, ellos son trazadores de la evolución de los indicadores objeto de estudio.

### 1) Proporción de niños que abandonan el programa de vacunas.

Este indicador ha sido medido considerando a la proporción de niños que tienen la vacuna BCG pero no tienen la antisarampionosa. En la EPH 2005 aún no queda reflejado el cambio del esquema de vacunación introducido por el MSPyBS, en lugar de la DPT se ha introducido la Pentavalente y la Antisarampionosa actualmente es una trivalente, es decir es una vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas.

**NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SEGÚN TIPO DE VACUNA POSEIDA POR  
DOMINIO GEOGRÁFICO DE RESIDENCIA**

	BCG		Antisarampión		Antipolio*		Triple o DPT		*BCG, pero no antisarampión		Con esquema completo**	
	2000/01	2005	2000/01	2005	2000/01	2005	2000/01	2005	2000/01	2005	2000/01	2005
Asunción	95,6	97,2	84,4	77,1	97,4	95,1	96,7	93,3	13,7	20,6	81,5	73,6
Central Urbano	95,0	95,3	74,7	83,5	87,0	95,3	89,5	95,1	19,5	13,8	71,4	80,0
Resto Urbano	86,9	90,8	71,9	73,0	84,2	92,3	88,3	87,8	17,5	17,7	63,5	69,0
Área Rural	77,4	89,6	70,9	73,1	82,6	90,7	86,6	86,6	13,3	17,3	58,9	68,0
<b>Total</b>	<b>84,1</b>	<b>91,8</b>	<b>72,8</b>	<b>75,8</b>	<b>84,9</b>	<b>92,4</b>	<b>88,3</b>	<b>89,4</b>	<b>15,4</b>	<b>16,8</b>	<b>63,9</b>	<b>71,4</b>

Fuente: DGEEC. EIH 2000/01 y EPH 2005.

Aunque la proporción de niños que abandona el programa de vacunas ha aumentado levemente, pasando de 15,4 a 16,8%, es importante destacar que este indicador presenta mejoras importantes, sobre todo en la proporción de niños que han recibido la BCG, pasando de 84,1% en los años 2000/01 a 91,8% en el año 2005 y la antipolio que ha pasado de un 84,9% a un 92,4%. Las mayores coberturas se deben al fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

### 2) Porcentaje de población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

En lo que hace a población sin acceso a agua potable es importante destacar la evolución positiva de este indicador. Según la Encuesta Integrada de Hogares 1997/98, 53,7% de los hogares no tenían acceso a agua potable, porcentaje que ha ido disminuyendo para situarse en el año 2005 en 36,8%.

## Hogares sin acceso a agua potable por dominio geográfico

	1997/1998	1999	2000/2001	2003	2004	2005
Asunción	4.0	4,1	5.3	2.8	2.1	3.9
Central Urbano	21.8	23,0	11.7	13.0	15.1	12.6
Resto Urbano	46.7	44,5	33.8	32.7	34.9	31.4
Área Rural	86.0	84,6	78.3	67.2	67.2	64.5
<b>Total</b>	<b>53.7</b>	<b>52,6</b>	<b>45.5</b>	<b>39.2</b>	<b>40.2</b>	<b>36.8</b>

Fuente: DGEEC. EIH 1997/98, 2000/01, EPH 1999, 2003, 2004, y 2005.

A pesar de que el acceso a agua potable sigue siendo un problema en Paraguay, el mejoramiento es importante. La disminución de hogares sin acceso a agua potable se ha dado en todas las áreas geográficas y mayormente en el sector rural, sector en el cual de 86% de hogares sin acceso a agua potable durante los años 1997/98 ha disminuido a un 64,8% en el años 2005, aunque el sector rural sigue siendo el más desprotegido si consideramos este indicador.

El mejoramiento de este indicador se ha logrado a través de la inversión en proyectos en el sector agua y saneamiento, que tienen como objetivo incrementar el acceso de comunidades rurales e indígenas a servicios de agua potable y saneamiento básico.

### 3) Porcentaje de cobertura de la red de salud.

Este indicador ha sido aproximado con la proporción de la población que se enferma y no consulta.

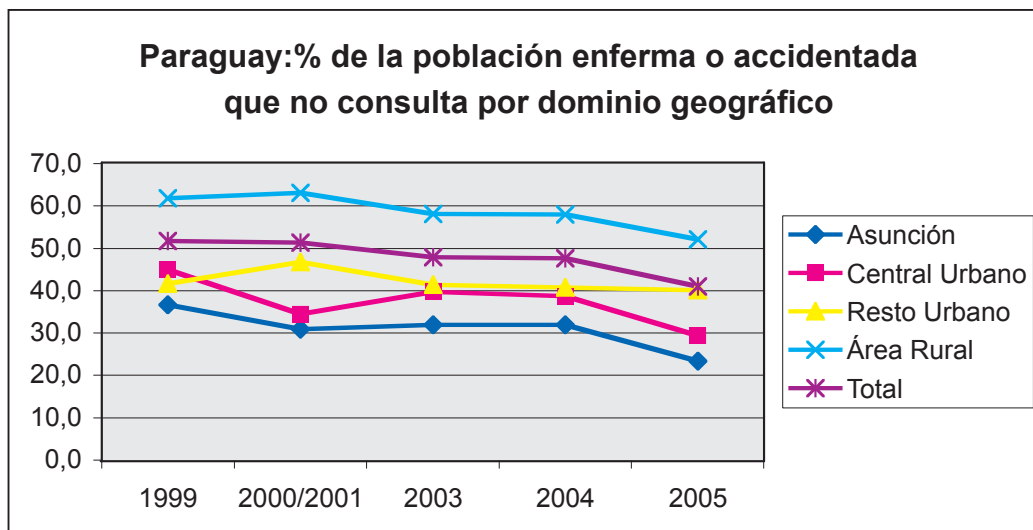
#### Porcentaje de la población que se enferma o accidenta y no consulta por nivel de pobreza

	1997/1998	1999	2000/2001	2003	2004	2005
Pobre extremo	63.2	70.2	67.8	63.1	61.4	54.9
Pobre no extremo	51.9	55.7	55.7	51.4	47.5	41.8
No pobre	35.0	46.0	45.3	40.8	43.3	36.7
<b>Total</b>	<b>43.3</b>	<b>51.6</b>	<b>51.4</b>	<b>47.8</b>	<b>47.7</b>	<b>41.0</b>

Fuente: DGEEC. EIH 1997/98, 2000/01, EPH 1999, 2003, 2004, y 2005.

Entre los años 97/98 y 2000/01 se observa un incremento de la población que se enferma y no consulta para luego ir disminuyendo hasta llegar a un porcentaje 41% en el año 2005. Se evidencia, por tanto, un mejoramiento en este indicador tanto en los pobres como en los no pobres, debido a la disminución de la automedicación principalmente

El porcentaje de la población enferma o accidentada que no consulta ha disminuido principalmente en Asunción, en Central Urbano y en el área rural.



#### 4) Porcentaje de la Población sin Seguro Médico.

Este indicador muestra una evolución positiva, particularmente en el año 2005, año en el cual la población sin seguro médico disminuyó, alcanzando a un 78,3% de la población contra un 81,6% de año anterior. La mejoría se debe fundamentalmente al aumento de la población protegida por el Instituto de Previsión Social y se ha dado principalmente en el área urbana y en la población no pobre.

##### Población sin seguro médico por dominio geográfico

	1997/1998	1999	2000/2001	2003	2004	2005
Asunción	55.0	46.3	50.7	50.8	53.4	52.0
Central Urbano	67.5	66.9	71.3	73.1	73.8	68.3
Resto Urbano	83.1	80.6	80.1	80.5	79.1	76.5
Área Rural	93.4	93.3	92.6	91.6	93.1	91.0
<b>Total</b>	<b>82.0</b>	<b>80.1</b>	<b>81.0</b>	<b>80.7</b>	<b>81.6</b>	<b>78.3</b>

Fuente: DGEEC. EIH 1997/98, 2000/01, EPH 1999, 2003, 2004, y 2005.

##### Población sin seguro médico por pobreza

Nivel de Pobreza	1997/1998	1999	2000/2001	2003	2004	2005
Pobre extremo	98.7	99.1	98.1	97.9	96.8	97.6
Pobre no extremo	92.8	89.4	88.3	89.8	88.5	86.1
No pobre	75.4	73.1	75.0	71.6	74.8	70.6
<b>Total</b>	<b>82.0</b>	<b>80.1</b>	<b>81.0</b>	<b>80.7</b>	<b>81.6</b>	<b>78.3</b>

Fuente: DGEEC. EIH 1997/98, 2000/01, EPH 1999, 2003, 2004, y 2005.

#### 5) Población enferma o accidentada con dolencias no leves que no consulta.

La población que se enferma o accidenta con dolencias no leves y no consulta ha disminuido principalmente en el año 2005 (35,1%) respecto al 2004 (43,5%), aunque el nivel sigue por encima del año 1997/98 (32%).

## Población Enferma o Accidentada (con dolencias no leves) según razón principal de No Consulta

	1997/1998	1999	2000/2001	2003	2004	2005
% que no consulta	32.0	42.8	38.6	43.5	43.5	35.1
Geográfica	4.1	2.8	6.9	3.4	2.6	1.8
Económica	15.0	15.2	33.2	19.5	18.2	20.0
Automedicación	74.6	79.7	56.1	75.0	76.7	76.0
Otras	6.4	2.3	3.9	2.1	2.5	2.2

Fuente: DGEEC. EIH 1997/98, 2000/01, EPH 1999, 2003, 2004, y 2005.

Aunque el indicador ha mejorado sustancialmente, las razones económicas y principalmente la automedicación siguen siendo un problema a ser tenido en cuenta en el momento de elaboración de políticas sectoriales.

## 6) Nivel de pobreza.

En cuanto al indicador de pobreza se evidencia un mejoramiento en el año 2005 respecto al año 2003, pero aún el nivel de pobreza es mayor que en los años 1997 al 2001. Por otra parte, el nivel de pobreza disminuye en el área rural de un 42,5% en el año 1997/98 a un 36,6% en el año 2005. Este hecho puede ser debido no a una disminución de la pobreza en sí sino a un desplazamiento de los pobres, en este caso, hacia el sector del resto urbano, área en la cual la pobreza aumenta.

## Población Pobre según Area de Residencia

	1997/1998	1999	2000/2001	2003	2004	2005
Asunción	11.8	15.1	18.9	25.9	26.7	25.0
Central Urbano	20.3	30.4	30.7	51.2	49.3	45.8
Resto Urbano	30.1	28.7	29.0	35.5	32.4	37.7
Área Rural	42.5	42.0	41.2	43.4	40.1	36.6
<b>Total</b>	<b>32.1</b>	<b>33.7</b>	<b>33.9</b>	<b>41.4</b>	<b>39.2</b>	<b>38.2</b>

Fuente: DGEEC. EIH 1997/98, 2000/01, EPH 1999, 2003, 2004, y 2005.

Con respecto al idioma más hablado en el hogar el mejoramiento del nivel de pobreza se ha dado principalmente en aquellos que hablan otro idioma, aunque también se observa un descenso en los que hablan predominantemente castellano en el periodo 2003 -2005.

## Población Pobre según Idioma más hablado en el hogar

	1997/1998	1999	2000/2001	2003	2004	2005
Predominantemente Guaraní	45.0	45.9	45.9	50.9	46.6	47.3
Guaraní y Castellano	14.1	19.5	21.7	34.8	34.2	34.2
Predominantemente Castellano	11.0	17.0	15.4	29.2	26.9	23.5
Otro Idioma	18.7	20.0	19.5	13.3	14.8	10.6
<b>Total</b>	<b>30.1</b>	<b>33.7</b>	<b>32.3</b>	<b>39.8</b>	<b>37.8</b>	<b>37.0</b>

Fuente: DGEEC. EIH 1997/98, 2000/01, EPH 1999, 2003, 2004, y 2005.



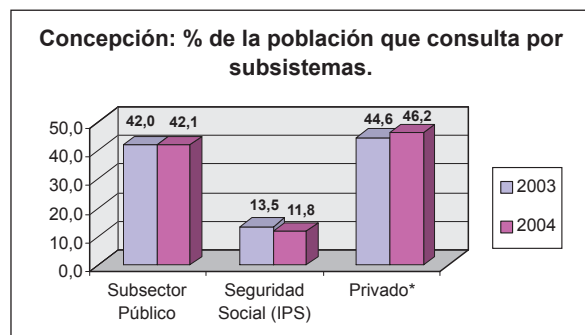
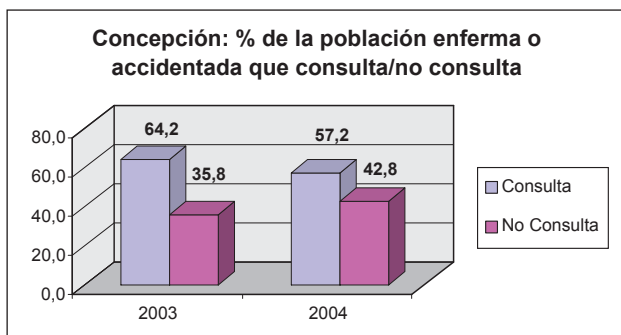
## VIII. ANALISIS DE INDICADORES DE EXCLUSIÓN POR DEPARTAMENTOS. Años 2003 - 2005

### I. DEPARTAMENTO DE CONCEPCIÓN.



#### Demanda asistida en salud.

La población enferma o accidentada que consultó a un establecimiento de salud por esa enfermedad o accidente, en el departamento de Concepción representa al 64,2% en el año 2003 y al 57,2% en el año 2004. El privado es el subsector al cual la población acude en mayor proporción a consultar respecto a los subsectores público y seguridad social (IPS). Se debe tener en cuenta que en el sector privado se incluye también a la población que consultó en farmacias, casas de curanderos, etc.



Entre los años 2003 y 2004 se puede observar que la cobertura de atención del subsector público se ha mantenido y ha disminuido la cobertura de la seguridad social. La disminución de éste subsector se ha volcado al privado.

La caracterización por quintiles predominantes considera la atención realizada por los diferentes subsectores a la población enmarcada en los quintiles de mayor porcentaje de cobertura (más del 20%) por parte de estos subsectores.

#### CONCEPCIÓN: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
Nº	%	Nº		%		
Subsector Público	6.380	42,0	1º, 2º y 3º quintil	8.935	42,1	1º, 2º y 3º quintil
Seguridad Social (IPS)	2.046	13,5	3º, 4º y 5º quintil	2.494	11,8	3º quintil
Privado*	6.777	44,6	1º y 5º quintil	9.796	46,2	4º quintil
<b>Total</b>	<b>15.203</b>	<b>100,0</b>		<b>21.225</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

El subsector público atiende predominantemente a la población del 1º, 2º y 3º quintil tanto en el año 2003 como en el 2004. Por su parte, la seguridad social pasa de cubrir a la población de los quintiles 3º al 5º, en el año 2003 a cubrir fundamentalmente a la población del 3º quintil de Concepción en el 2004. En el subsector privado, en el 2003 de atender a la población de los quintiles de más bajos (1º quintil) y más altos ingresos (5º quintil), en el 2004 pasa a atender a la población del 4º quintil principalmente.

En lo que hace a la cobertura de seguro de la población, se observa que se mantiene la proporción de asegurados en el IPS y aumenta aproximadamente 2 puntos el porcentaje de cobertura del sector privado.

#### CONCEPCIÓN: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	19.393	9,9	18.895	9,6	17.699	9,3
Privado	4.127	2,1	8.778	4,4	7.601	4,0
Sanidad Militar / Policial	899*	0,5	2.213	1,1	*	-
No tiene	172.183	87,6	167.795	84,9	164.152	86,6

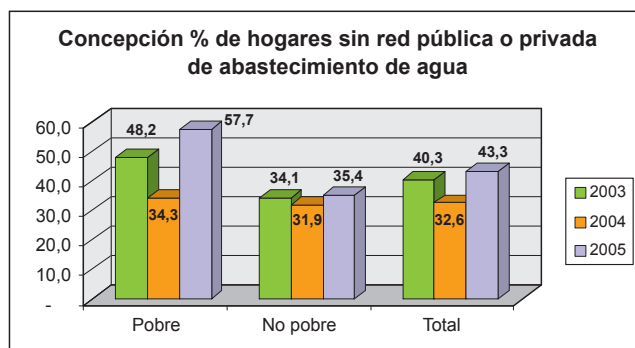
\* Muestra no representativa.

**Fuente:** Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

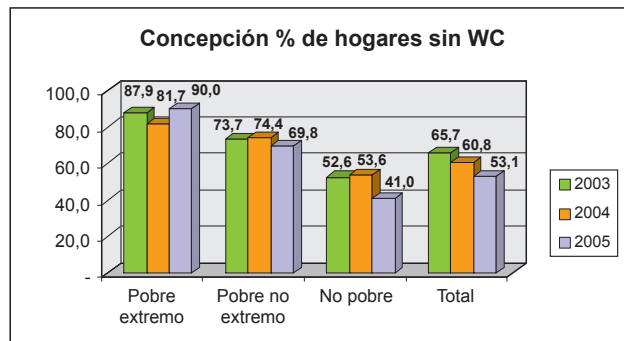
Para el análisis de los indicadores de exclusión serán considerados los indicadores utilizados a nivel nacional.

#### a) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

En el año 2003 el 40,3% de los hogares de Concepción se abastecía de agua no potable, es decir, a través de pozo con o sin bomba, arroyo, río o manantial, aguatero y otros; éste tipo de abastecimiento alcanzó al 43,3% de los hogares en el año 2005. En los hogares pobres, tal porcentaje ha aumentado de 48,2% en el año 2003 a 57,7% en el año 2005.

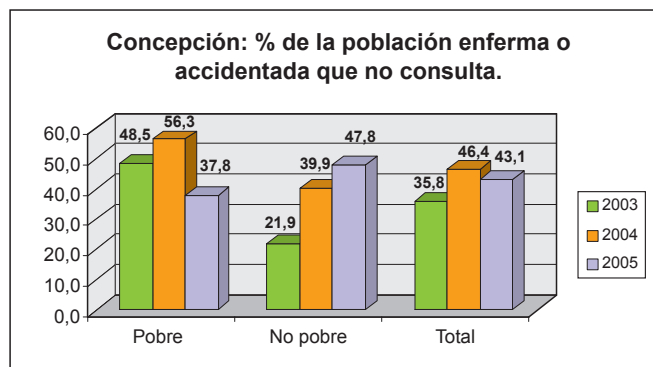


En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, la encuesta 2005 indica que el 90% de los hogares en pobreza extrema, no cuentan con WC. En los hogares no pobres la situación mejora y en particular en el año 2005.

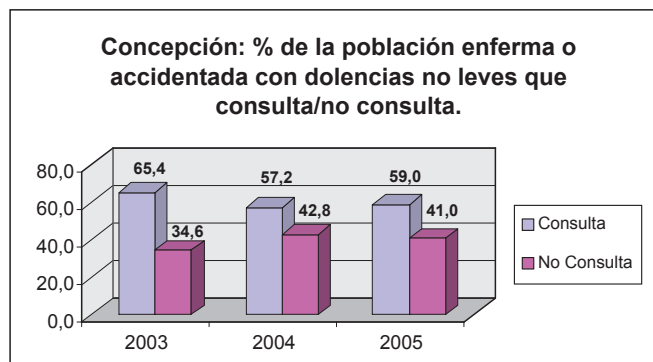


### b) Porcentaje de cobertura de la red de salud.

Este indicador al igual que el nivel nacional, ha sido aproximado a través de la población que indicó haber estado enferma o accidentada en los últimos tres meses respecto al tipo de establecimiento al que acudieron a consultar. La EPH 2003 muestra que el 35,8% de la población de Concepción que estuvo enferma o accidentada no consultó, porcentaje que en el año 2004 fue de 46,4% y en el año 2005 de 43,1%.

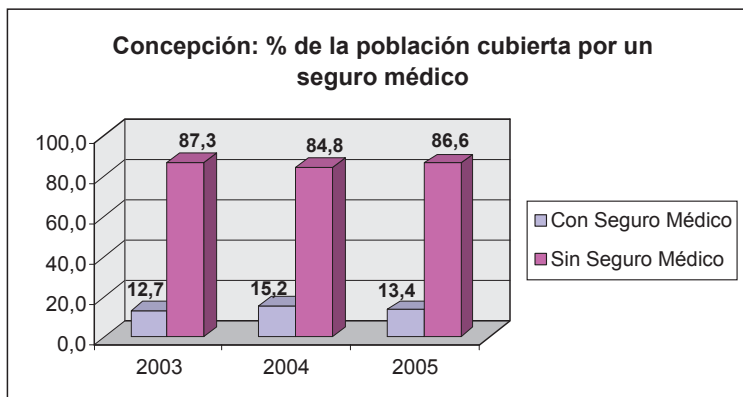


Si se considera "la población enferma o accidentada con dolencias no leves", se evidencia que en el año 2003, el porcentaje de los que no consultan era menor que en el año 2004 (42,8%), aunque ha mejorado relativamente en el año 2005 (41%).

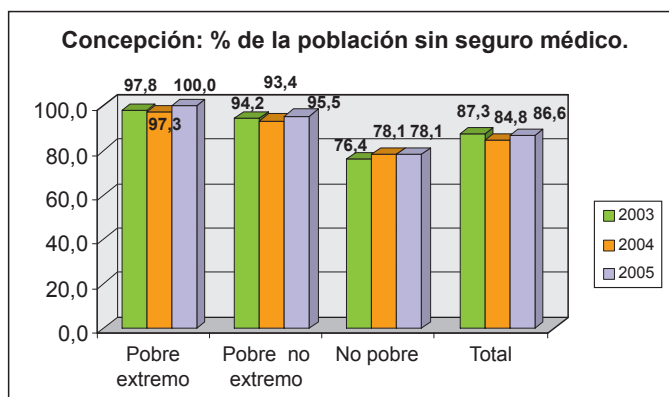


**c) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.**

En promedio, durante el periodo 2003-2005, el porcentaje de la población que no posee seguro médico es de 86,2% en el departamento de Concepción.



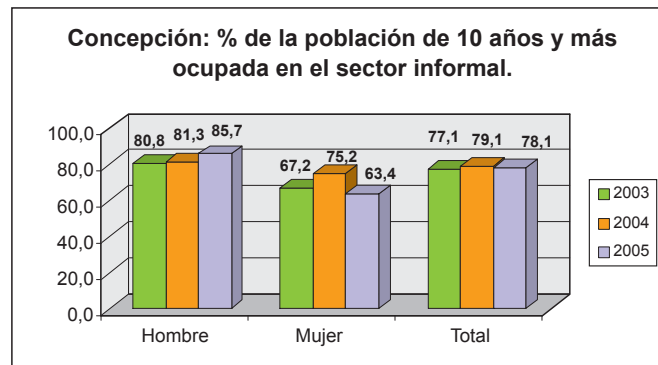
Esta falta de cobertura alcanza principalmente a los hogares con pobreza extrema que para el año 2005 llegó al 100%, seguido de la población que vive en pobreza no extrema con 95,5%, mientras que en los hogares no pobres el 78,1% de la población, no cuenta con un seguro médico.



**d) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.**

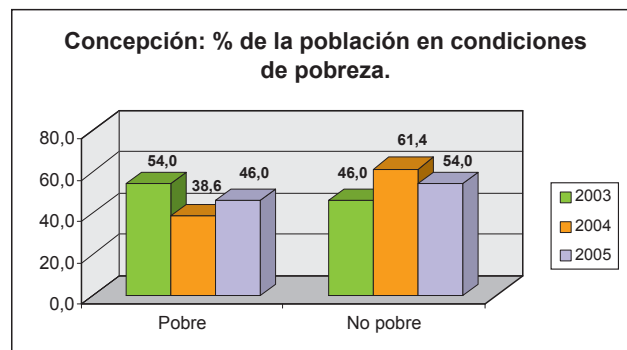
La EPH considera trabajador informal, a aquel que trabaja en el sector privado y no es gerente ni profesional: es decir a los trabajadores por cuenta propia; familiares no remunerados; empleados, obreros o patrón en empresas con menos de 6 trabajadores.

Según las EPH 2003-2005, los trabajadores informales constituyen entre el 77% y el 78% del total de la población de 10 años y más ocupada. Al desagregar por sexo se observa que la mayor proporción de trabajadores informales son hombres, con un aumento gradual entre el 2003 y 2005, del 80,8% al 85,7%. Por otro lado, para el 2005, el 63,4% de las mujeres trabajan en el sector informal.

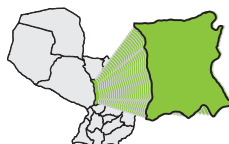


### e) Niveles de pobreza.

En cuanto al indicador de pobreza se evidencia un mejoramiento respecto al año 2003 (46% en el año 2005 contra 54% en el año 2003), no obstante el nivel de pobreza es aún elevado, pues cerca de la mitad de la población del departamento de Concepción vive en situación de pobreza.

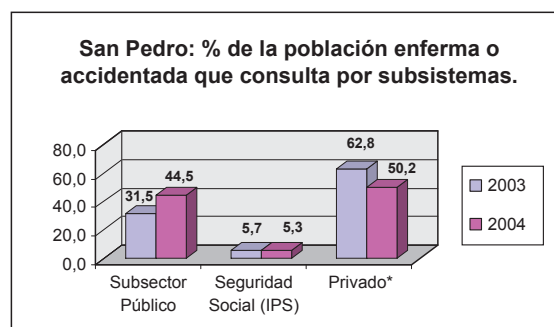
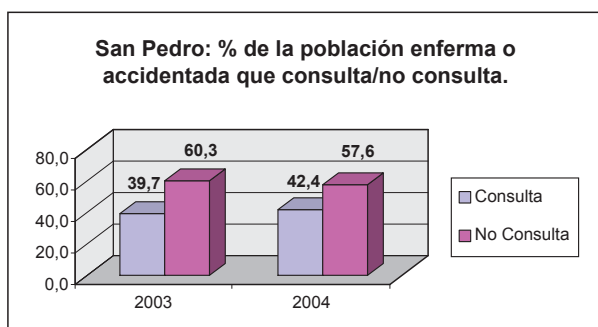


## II. DEPARTAMENTO DE SAN PEDRO.



### Demanda asistida en salud.

La población enferma o accidentada que consultó a un establecimiento de salud por una enfermedad o accidente, en el departamento de San Pedro representa al 39,7% en el año 2003 y al 42,4% en el año 2004. Aunque en el año 2004 el porcentaje de la población enferma o accidentada que consulta en el subsector privado ha disminuido, sigue siendo mayor que la que acude al subsector público y a la Seguridad Social. La disminución del sector privado se ha volcado a los servicios del sector público.



El subsector público atiende predominantemente a la población del 1º, 2º y 3º quintil en el año 2003 y a los quintiles 1º y 3º en el año 2004. Por su parte, la seguridad social se mantiene en la cobertura de los quintiles 3º, 4º y 5º, en los años de referencia. El subsector privado, pasa de atender a la población de los quintiles de más bajos y más altos ingresos en el año 2003, a atender a la población del 1º y 3º quintil principalmente en el 2004.

### SAN PEDRO: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
	Nº	%		Nº	%	
Subsector Público	11.832	31,5	1º, 2º y 3º quintil	25.012	44,5	1º y 3º quintil
Seguridad Social (IPS)	2.141	5,7	3º, 4º y 5º quintil	2.998	5,3	3º, 4º y 5º quintil
Privado*	23.609	62,8	1º y 5º quintil	28.225	50,2	1º y 3º quintil
<b>Total</b>	<b>37.583</b>	<b>100,0</b>		<b>56.235</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004 . Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro médico de la población, se observa que la proporción de asegurados en el IPS aumenta aproximadamente en 1,6 puntos entre los años 2003 y 2005. El sector privado también aumenta levemente durante dichos años.

## SAN PEDRO: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

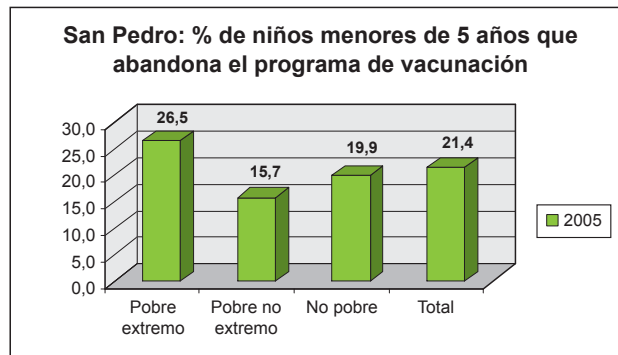
Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	19.532	5,1	15.891	4,5	22.735	6,6
Privado	7.684	2,0	9.593	2,7	8.362	2,4
Sanidad Militar / Policial	3.355	0,9	611*	0,2	2.765	0,8
No tiene	352.471	92,0	326.829	92,6	312.468	90,2

\* Muestra no representativa.

**Fuente:** Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

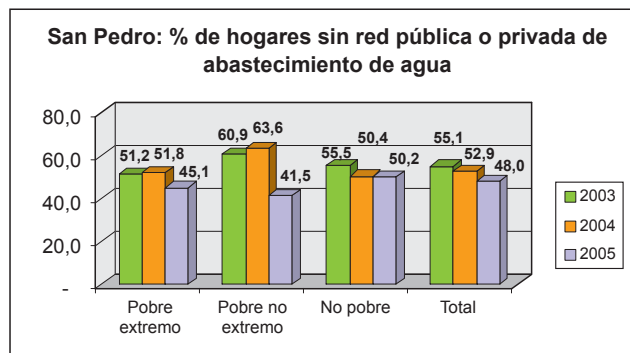
## a) Proporción de Niños que abandona el programa de vacunas.

La EPH 2005 muestra que en el departamento de San Pedro, el 21,4% de los niños menores a cinco años abandona el programa de vacunación, porcentaje que es mayor entre los pobres extremos (26,5%) y los no pobres (19,9%) de la población.

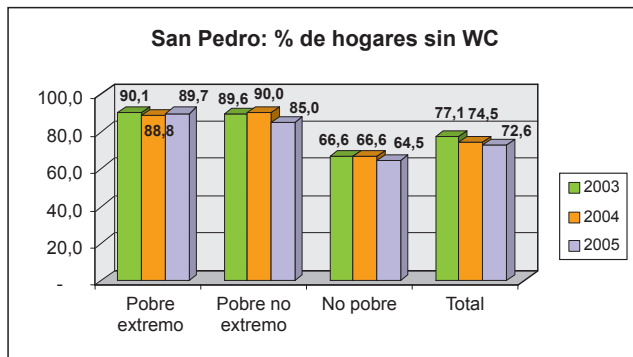


## b) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

En el año 2003 el 55,1% de los hogares de San Pedro se abastecía de agua de pozo con o sin bomba, arroyo, río o manantial, aguatero y otros; abastecimiento que alcanzó al 48% de los hogares en el año 2005. En los hogares con pobreza extrema varió entre un 51,2% y un 45,1%, y en aquellos hogares de pobreza no extrema varió entre un 60,9% y un 41,5% respectivamente, entre los años 2003 y 2005.

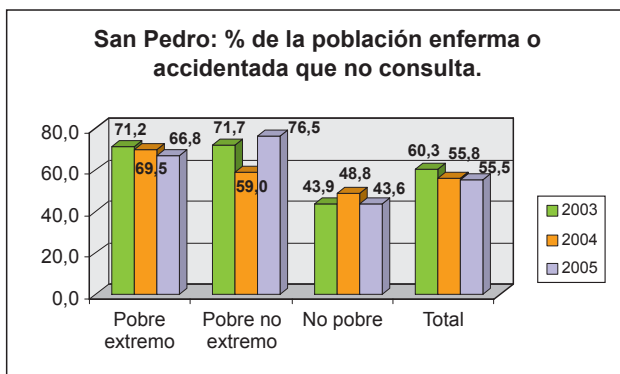


En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, la encuesta 2003 indica que el 90,1% de los hogares en pobreza extrema, no cuentan con WC. La situación se mantiene para los años 2004 y 2005 y es muy similar a los hogares en situación de pobreza no extrema. En los hogares no pobres la situación mejora levemente en el año 2005.



c) Porcentaje de cobertura de la red de salud.

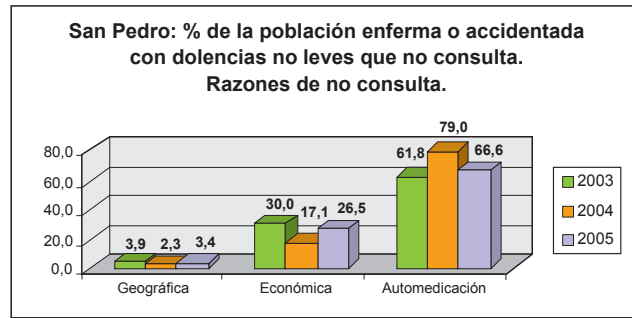
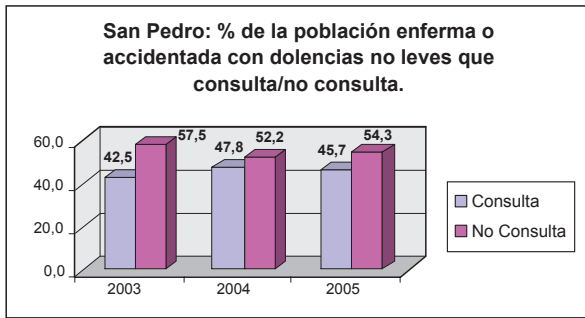
La EPH 2003 muestra que el 60,3% de la población de San Pedro que estuvo enferma o accidentada no consultó, porcentaje que en el año 2004 fue de 55,8% y en el año 2005 de 55,5%. Aquellos que consultaron lo hicieron en mayor proporción en el sector privado (incluyendo a las farmacias y los curanderos).



Los pobres (extremos y no extremos) son los que consultan en menor proporción cuando están enfermos o accidentados.

Si se considera "la población enferma o accidentada con dolencias no leves", se evidencia que en el año 2003 el porcentaje de los que no consultan, era mayor que en los años 2004 y 2005 (52,2% y 54,3% respectivamente). Las razones de no consulta de la población no han variado entre los años 2003 y 2005. La mayor causa de no consulta constituye la automedicación, que fue de 61,8% en el año 2003, aumentó a 79% en el año 2004, para luego disminuir a 66,6% en el año 2005.

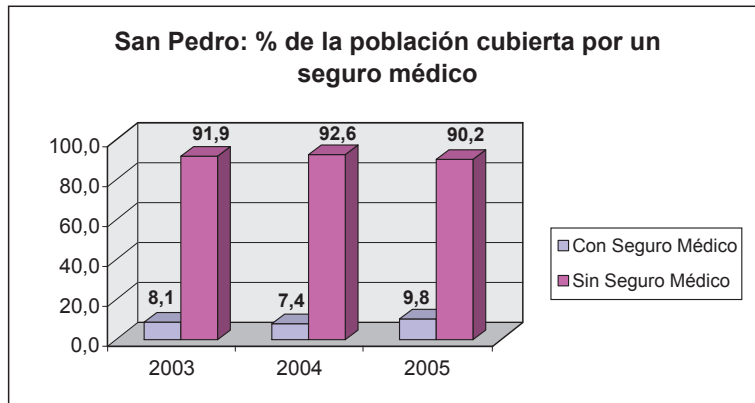




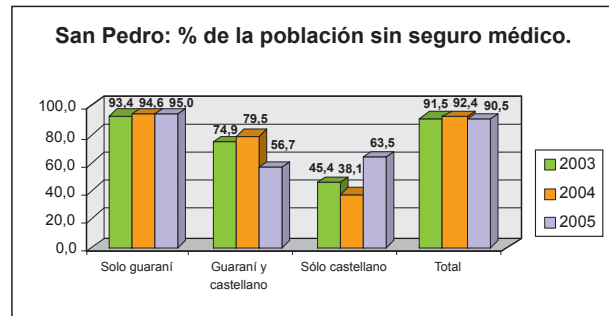
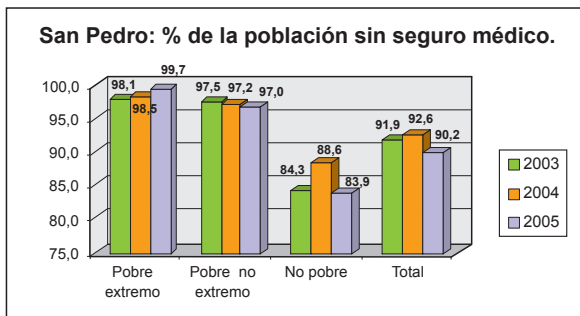
La segunda causa en orden de importancia es la económica, ésta ha mejorado de forma importante en el año 2004. Las causas geográficas son de poca relevancia en el departamento.

**d) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.**

En promedio, durante el periodo 2003-2005 el porcentaje de la población que no posee seguro médico es de 91,5% en el departamento de San Pedro, cifra que tiene poca variación durante los años considerados.

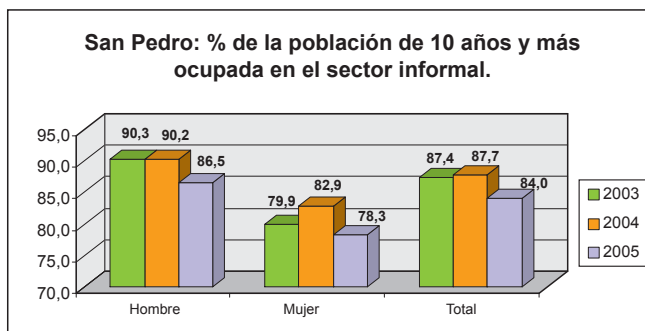


Esta falta de cobertura alcanza principalmente a la población pobre, sean estos extremos o no extremos, variando entre 97% y 99,7% entre los niveles de pobreza de los hogares en el periodo 2003-2005. Además, los más afectados son los que hablan predominantemente guaraní en los hogares.



**e) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.**

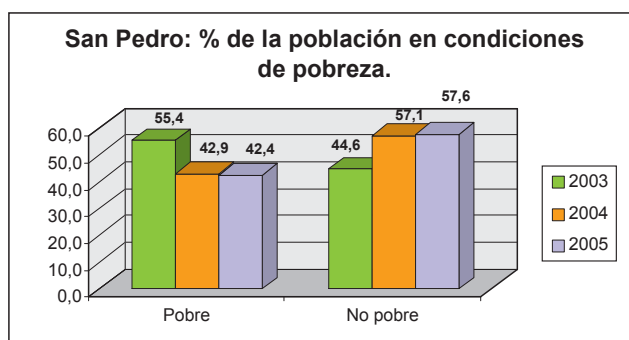
Aunque en el año 2005, la proporción de la población de 10 años y más de edad que trabaja en el sector informal ha mejorado (84%) respecto a los años 2003 y 2004 (87,4% y 87,7% respectivamente), el porcentaje de informalidad laboral es muy elevado.



Si se diferencia a los trabajadores por género, se observa que la situación es peor para los hombres.

**f) Niveles de pobreza.**

En cuanto al indicador de pobreza se evidencia un mejoramiento respecto al año 2003, con un porcentaje de 55,4%, contra 42,4% en el año 2005.

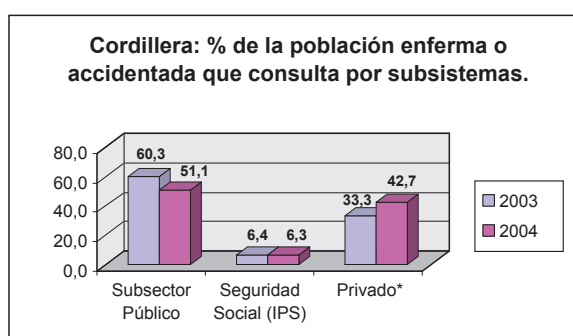
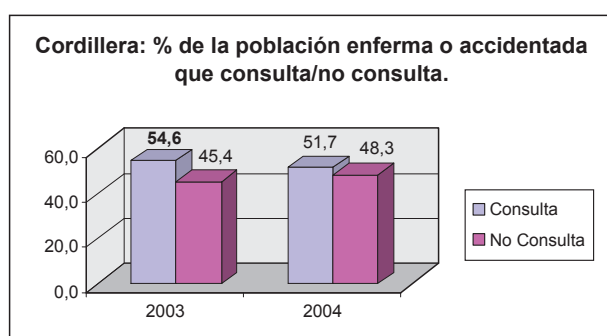


### III. DEPARTAMENTO DE CORDILLERA.



#### Demanda asistida en salud.

La población enferma o accidentada que consultó en un establecimiento de salud por una enfermedad o accidente, en el departamento de Cordillera representa al 54,6% en el año 2003 y al 51,7% en el año 2004. Aunque en el año 2004 el porcentaje de la población enferma o accidentada que consulta en el sector público ha disminuido, continúa siendo mayor respecto a la población que acude al sector privado. Entre los años 2003 y 2004 la población enferma o accidentada que acude al sector privado ha aumentado casi 10 puntos, mientras que la población que acude a la Seguridad Social se mantiene.



El subsector público atiende predominantemente a la población del 2º, 3º y 4º quintil en el año 2003 y a los del 2º y 3º quintil en el año 2004. Por su parte, la seguridad social, de atender solo al 4º quintil en el año 2003 pasa a atender a los quintiles 4º y 5º, en el 2004. El subsector privado, pasa de atender a la población de los quintiles 2º, 3º y 4º en el año 2003, a la población de los quintiles 4º y 5º principalmente en el 2004. Aunque el subsector público atiende a la población de los quintiles más bajos de ingresos, el quintil más pobre es el más desprotegido.

#### CORDILLERA: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
	Nº	%		Nº	%	
Subsector Público	24.173	60,3	2º, 3º y 4º quintil	24.607	51,1	2º y 3º quintil
Seguridad Social (IPS)	2.577	6,4	4º quintil	3.017	6,3	4º y 5º quintil
Privado*	13.349	33,3	2º, 3º y 4º quintil	20.545	42,7	4º y 5º quintil
<b>Total</b>	<b>40.100</b>	<b>100,0</b>		<b>48.169</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro médico de la población, se observa que la proporción de asegurados en el IPS aumenta principalmente en el año 2005 en aproximadamente 4 puntos en comparación con los años anteriores. El sector privado aumenta en el año 2004 pero vuelve a disminuir en el año 2005 aunque su nivel queda por encima del año 2003.

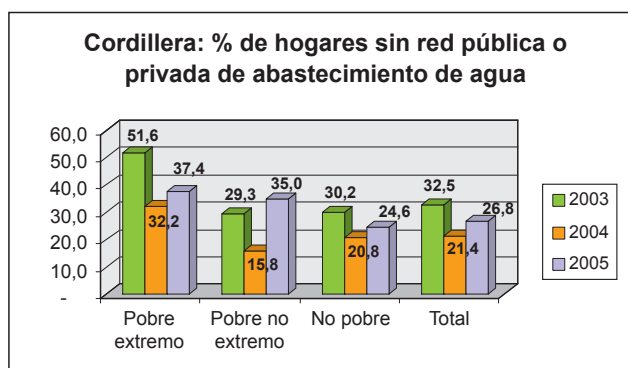
CORDILLERA: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	22.619	7,9	17.925	7,0	28.467	11,6
Privado	7.706	2,7	13.725	5,4	9.059	3,7
Sanidad Militar / Policial	1.103	0,4	1.738	0,7	2.656	1,1
Sanidad Policial	2.437	0,9	1.781	0,7	2.997	1,2
No tiene	252.146	88,2	219.123	86,2	202.995	82,5

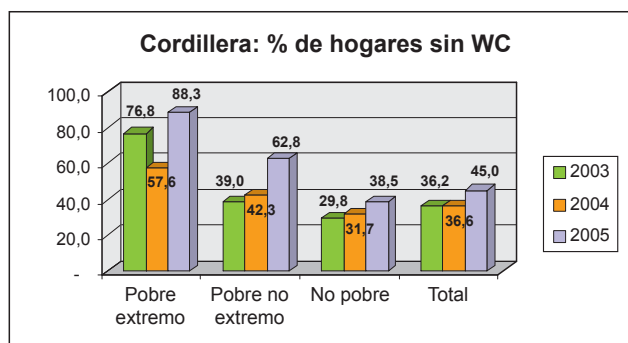
Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

a) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

En el año 2003, el 32,5% de los hogares de Cordillera se abastecía de agua de pozo con o sin bomba, arroyo, río o manantial, aguatero y otros; abastecimiento que alcanzó al 26,8% de los hogares en el año 2005, llegando de ese modo el agua potable al 73,2% del departamento de Cordillera. Los hogares de extrema pobreza son los que principalmente se han beneficiado.



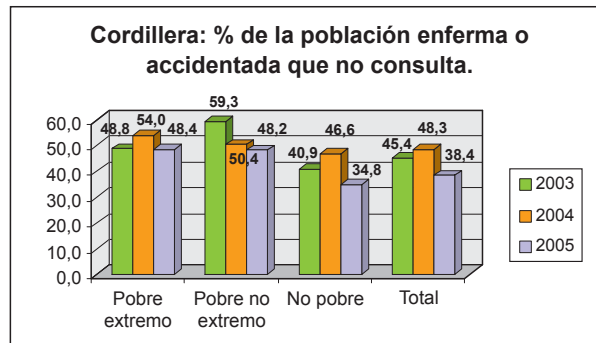
En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, la encuesta 2003 indica que el 76,8% de los hogares en pobreza extrema, no cuentan con WC. En el año 2005, el indicador empeora en todos los niveles, afectando mayormente a los pobres (extremos y no extremos).



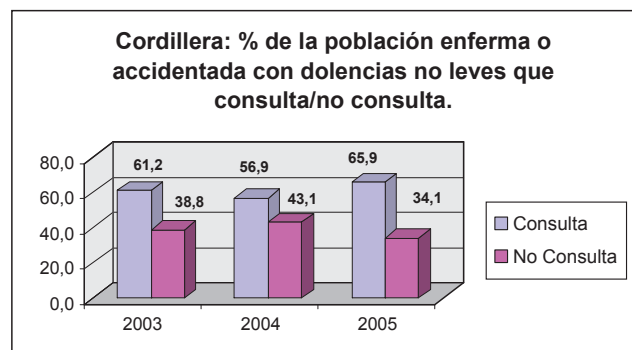
### b) Porcentaje de cobertura de la red de salud.

La EPH 2003, muestra que el 45,4% de la población de Cordillera que estuvo enferma o accidentada no consultó, porcentaje que en el año 2004 aumentó levemente, para disminuir a 38,4% en el año 2005. Situación similar ocurre para la población no pobre, mientras que en los pobres extremos el porcentaje de los que no consultaron no ha tenido tanta variación.

Los pobres extremos son los que consultan en menor proporción cuando están enfermos o accidentados.

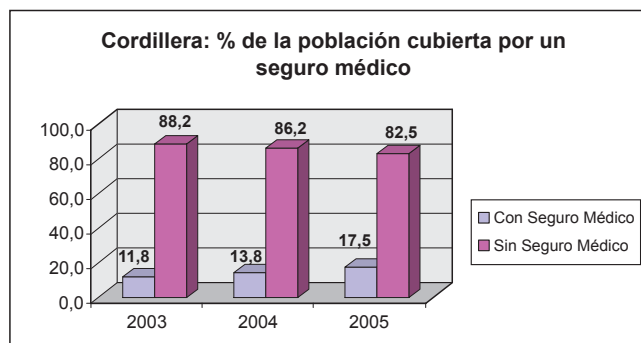


Si se considera "la población enferma o accidentada con dolencias no leves", se evidencia que en el año 2003, el porcentaje de los que no consultan era mayor que en el año 2005 (34,1%).

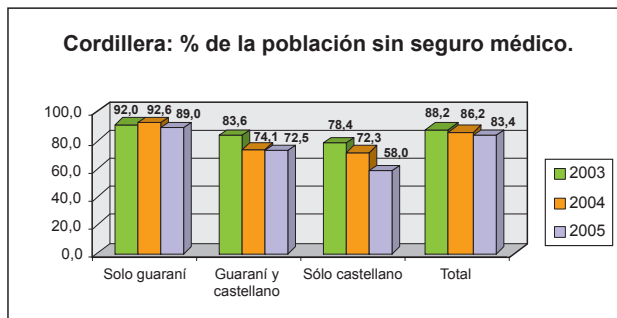
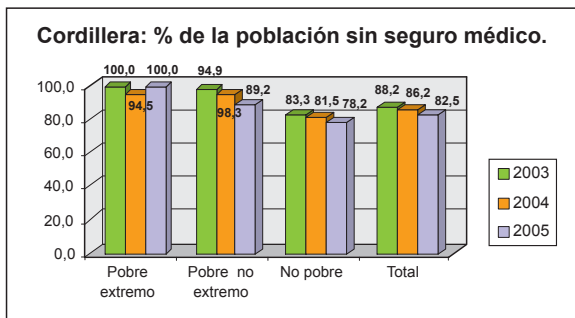


### c) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.

En promedio, durante los años 2003, 2004 y 2005, el porcentaje de la población que no posee seguro médico es de 85,6% aproximadamente en el departamento de Cordillera.

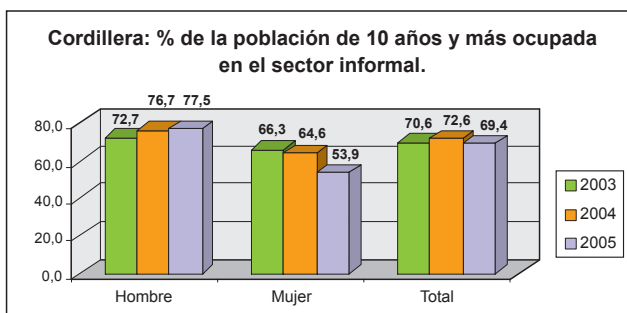
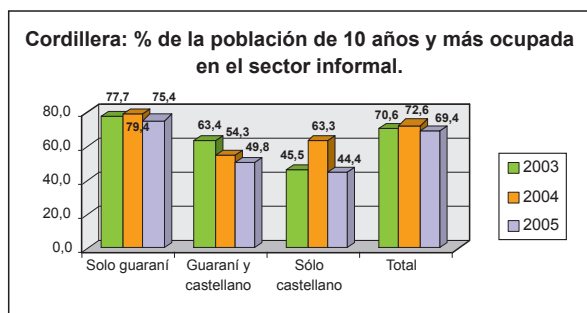


Esta falta de cobertura alcanza principalmente a los hogares de pobreza extrema, aunque los porcentajes son altos también para los hogares de pobreza no extrema, mejorando relativamente este último en el año 2005. Además, los más afectados son los que hablan predominantemente guaraní en el hogar. Se observan mejoramientos importantes en los hogares en los cuales se habla guaraní y castellano y fundamentalmente en los hogares en los cuales se habla predominantemente castellano.



**d) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.**

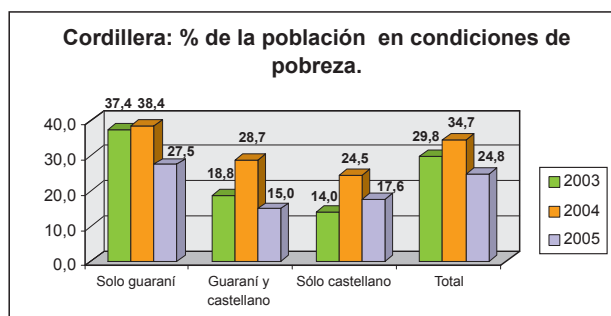
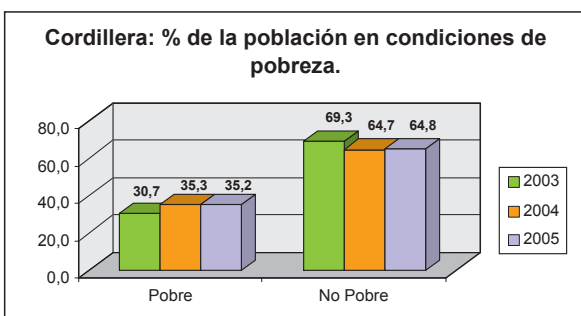
En el año 2005, la proporción de la población de 10 años y más que trabaja en el sector informal ha mejorado principalmente respecto al año 2004 y en aquellos hogares que hablan guaraní y castellano.



Si se diferencia a los trabajadores por género, se observa que la situación es peor para los hombres.

**e) Niveles de pobreza.**

En cuanto al indicador de pobreza se evidencia un empeoramiento respecto al año 2003 (30,7% contra 35,2% en el año 2005). Aunque la situación ha empeorado, es más desventajosa para aquellos que hablan preferentemente guaraní o aquellos que hablan guaraní y castellano.

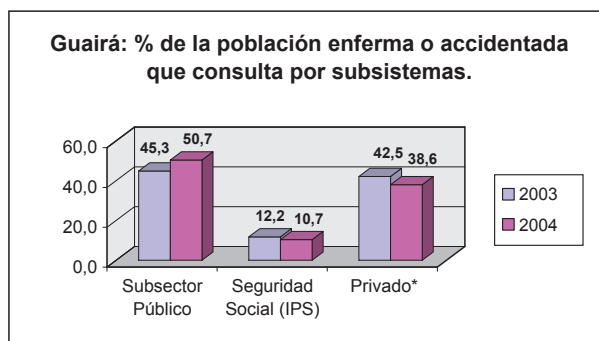
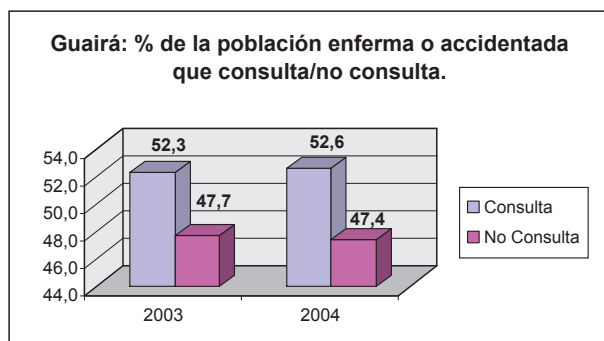


## IV. DEPARTAMENTO DE GUAIRÁ.



### Demanda asistida en salud.

La población enferma o accidentada que consultó en un establecimiento de salud por una enfermedad o accidente, en el departamento de Guairá representa al 52,3% en el año 2003 y al 52,6% en el año 2004. En el año 2004 el porcentaje de la población enferma o accidentada que consulta en el sector público ha aumentado a expensas de las consultas en la Seguridad Social y en el sector privado.



El subsector público atiende predominantemente a la población del 1°, 2° y 3° quintil en el año 2003 y del quintil 1° y 2° en el año 2004. Por su parte, la seguridad social, de atender a los quintiles 4° y 5° en el año 2003 pasa a atender a los quintiles 3°, 4° y 5°, en el 2004. El subsector privado, pasa de atender a la población de los quintiles 2°, y 3° en el año 2003 a la población de los quintiles 3° y 4° principalmente. El subsector público atiende a los sectores más desprotegidos de la población.

### GUAIRÁ: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003		Quintiles predominantes	Año 2004		Quintiles predominantes
	Demanda Asistida			Demanda Asistida		
	Nº	%		Nº	%	
Subsector Público	15.330	45,3	1°, 2° y 3° quintil	18.253	50,7	1° y 2° quintil
Seguridad Social (IPS)	4.142	12,2	4° y 5° quintil	3.838	10,7	3°, 4° y 5° quintil
Privado*	14.407	42,5	2° y 3° quintil	13.893	38,6	3° y 4° quintil
<b>Total</b>	<b>33.878</b>	<b>100,0</b>		<b>35.984</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro de la población, se observa que la proporción de asegurados en el IPS aumenta en 6 puntos entre los años 2003 y 2005. El sector privado también aumenta durante dichos años, de 2,3% en el 2003 a 6% en el año 2005.

GUAIRÁ: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

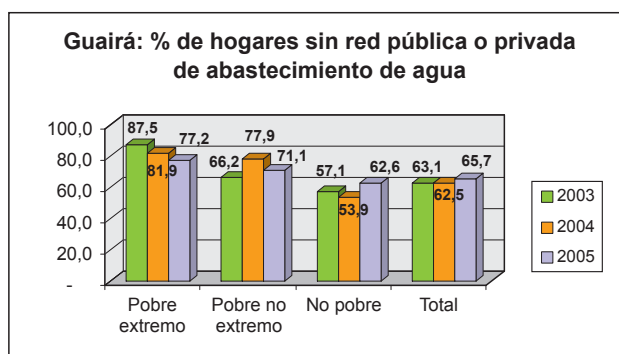
Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	17.518	8,7	15.594	8,0	30.075	14,7
Privado	4.580	2,3	7.174	3,7	12.301	6,0
Sanidad Militar / Policial	2.301	1,1	865*	0,4	321*	0,2
No tiene	178.070	87,9	170.554	87,8	162.313	79,2

\* Muestra no representativa.

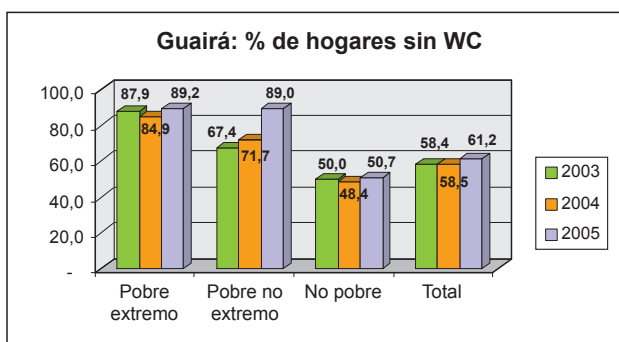
Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

a) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

En el año 2003, el 63,1% de la población de Guairá se abastecía de agua de pozo con o sin bomba, arroyo, río, manantial, aguatero y otros; abastecimiento que alcanzó al 65,7% de la población en el año 2005, llegando de ese modo el agua potable solamente al 34,3% de la población del departamento. En el año 2005, el 77,2% de los hogares en situación de pobreza extrema no tiene acceso al agua potable. Por su parte la población no pobre es la que principalmente se ha beneficiado, aunque la situación se ha deteriorado en el año 2005.



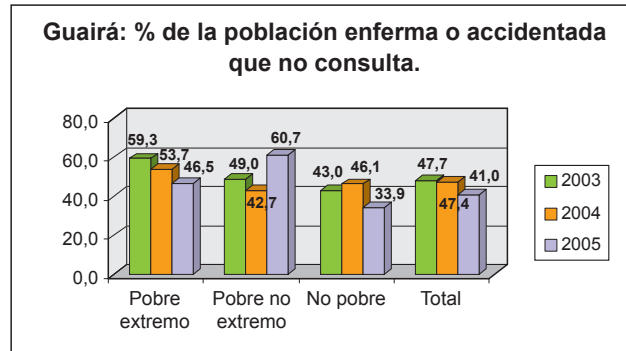
En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, la encuesta 2003 indica que el 87,9% de los hogares en pobreza extrema, no cuentan con WC. En el año 2005, el indicador empeora en todos los niveles, afectando mayormente a los pobres.





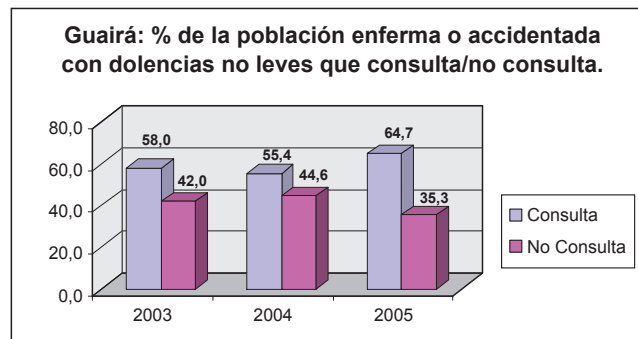
### b) Porcentaje de cobertura de la red de salud.

La EPH 2003 muestra que el 47,7% de la población de Guairá que estuvo enferma o accidentada no consultó, porcentaje que en el año 2004 se mantiene y disminuye en el año 2005, llegando a 41% de la población mencionada. Aquellos que consultaron lo hicieron en mayor proporción en el sector público, principalmente los centros de salud del departamento y en hospitales públicos.



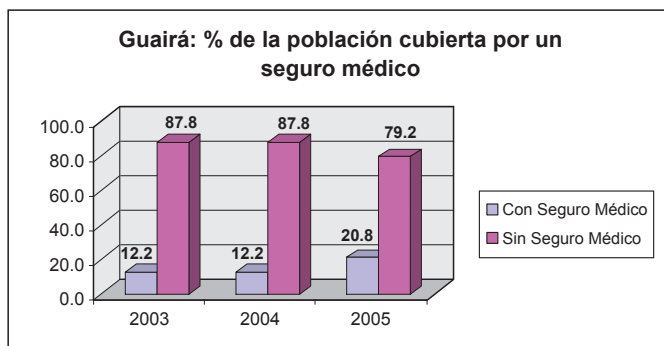
Los pobres extremos son los que consultan en menor proporción cuando están enfermos o accidentados, aunque en el año 2005 se incrementa la proporción de pobres no extremos que no consulta.

Si se considera "la población enferma o accidentada con dolencia no leve", se evidencia que en el año 2004 el porcentaje de los que no consultan era mayor que en el año 2003 y 2005 (42% y 35,3% respectivamente).

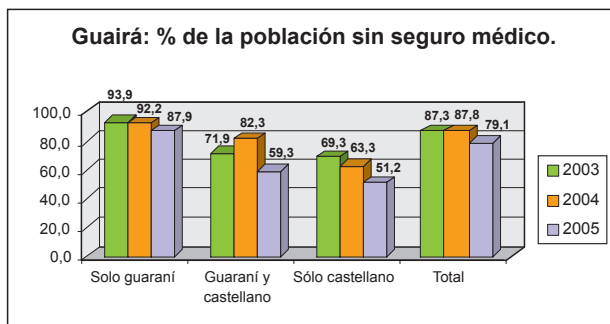
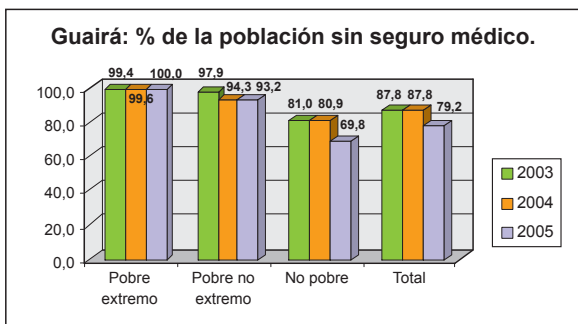


### c) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.

En promedio, durante los años 2003, 2004 y 2005, el porcentaje de la población que no posee seguro médico es de 84,9% aproximadamente en el departamento de Guairá.

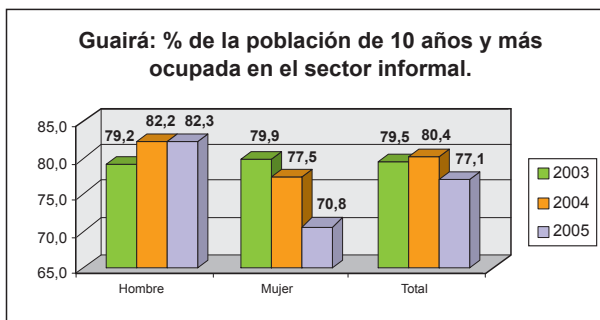
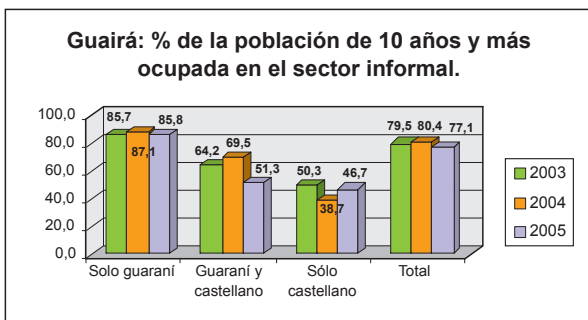


La falta de cobertura por un seguro médico alcanza principalmente a los hogares de pobreza extrema (prácticamente el 100% no tiene cobertura), aunque los porcentajes son altos también para los hogares de pobreza no extrema, mejorando levemente este último en el año 2005. Además, los más afectados son los que hablan predominantemente guaraní en el hogar. Se observan mejoramientos importantes en los hogares en los cuales se habla guaraní y castellano y fundamentalmente en los hogares en los cuales se habla predominantemente castellano.



**d) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.**

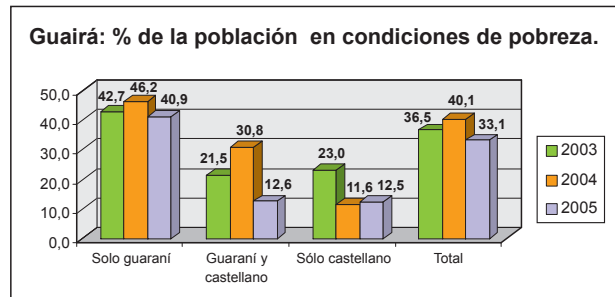
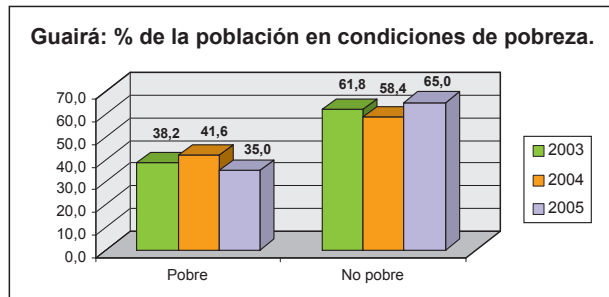
En el año 2005, a nivel general la proporción de la población de 10 años y más que trabaja en el sector informal ha mejorado levemente y principalmente respecto al año 2004. La mayor proporción de trabajadores informales se encuentra en la población que habla predominantemente guaraní, en los años considerados, mejorando la situación para aquellos que hablan guaraní y castellano.



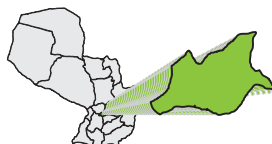
Si se diferencia a los trabajadores por género, se observa que la situación es peor para los hombres y además en el año 2005 mejora sustancialmente para las mujeres.

### e) Niveles de pobreza.

En cuanto al indicador de pobreza se evidencia un mejoramiento y principalmente en el año 2005 comparado con el año 2004 (41,6% contra 35% en el año 2005). La situación mejora principalmente para aquellos que hablan preferentemente guaraní y más aún para aquellos que hablan guaraní y castellano.

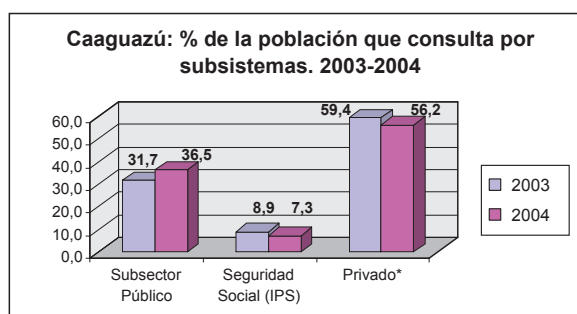
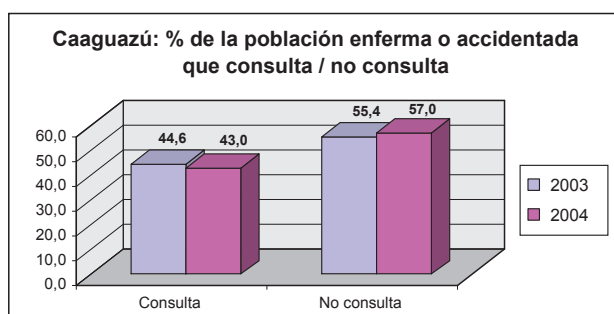


## V. DEPARTAMENTO DE CAAGUAZÚ.



### Demanda asistida en salud.

La población enferma o accidentada que consultó en un establecimiento de salud por una enfermedad o accidente, en el departamento de Caaguazú representa al 55,4% en el año 2003 y al 57% en el año 2004. En el año 2004 el porcentaje de la población enferma o accidentada que consulta en el sector público ha aumentado a expensas de las consultas en la Seguridad Social y en el sector privado.



El subsector público atiende predominantemente a la población del 1º, 2º y 4º quintil en el año 2003 y del quintil 1º y 2º en el año 2004. Por su parte, la seguridad social atendió a los quintiles 4º y 5º en el año 2003 y en el año 2004. El subsector privado, pasa de atender a la población de los quintiles 1º y 3º en el año 2003, a la población de los quintiles 1º, 2º y 4º principalmente. El subsector público se vuelca hacia los sectores más desprotegidos de la población.

### CAAGUAZÚ: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
	Nº	%		Nº	%	
Subsector Público	25.412	31,7	1º, 2º y 4º quintil	31.245	36,5	1º y 2º quintil
Seguridad Social (IPS)	7.159	8,9	4º y 5º quintil	6.224	7,3	4º y 5º quintil
Privado*	47.606	59,4	1º y 3º quintil	48.090	56,2	1º, 2º y 4º quintil
<b>Total</b>	<b>80.177</b>	<b>100,0</b>		<b>85.559</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro de la población, se observa que la proporción de asegurados en el IPS aumenta principalmente en el año 2005 en aproximadamente 1,5 puntos entre los años 2003 y 2005. El sector privado, por su parte, disminuye en el año 2004, aumentando muy levemente en el año 2005.

## CAAGUAZÚ: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

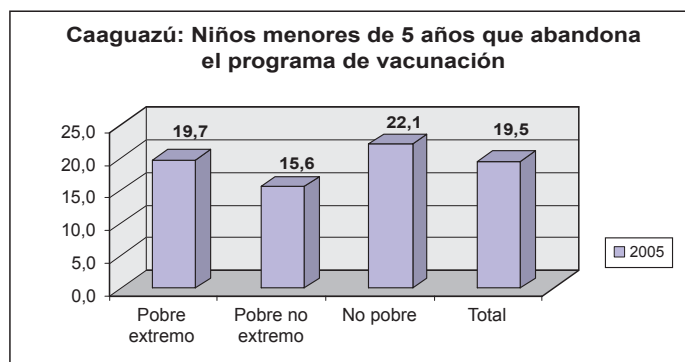
Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	24.783	5,1	27.441	5,7	30.939	6,6
Privado	14.240	2,9	7.382	1,5	7.887	1,7
Sanidad Militar / Policial	1.204	0,2	1.515	0,3	264*	0,1
No tiene	447.510	91,8	441.129	92,4	430.057	91,7

\* Muestra no representativa.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

### a) Proporción de Niños que abandona el programa de vacunas.

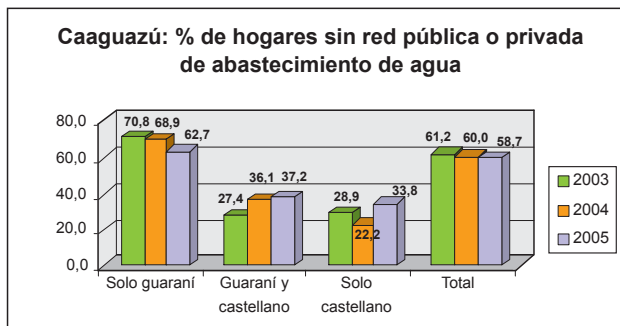
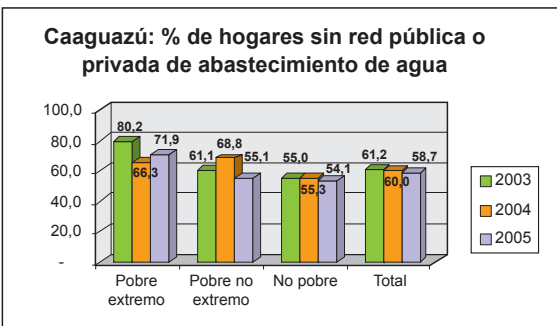
La EPH 2005 muestra que en el departamento de Caaguazú, el 19,5% de los niños menores de cinco años abandona el programa de vacunación, porcentaje similar a de los pobres extremos (19,7%), aunque muy superior en los no pobres (22,1%) de la población.



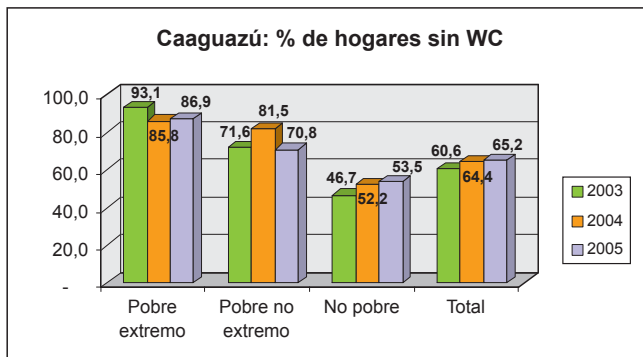
### b) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

En el año 2003 el 61,2% de la población de Caaguazú se abastecía de agua de pozo con o sin bomba, arroyo, río, manantial, aguatero y otros; abastecimiento que alcanzó al 58,7% de la población en el año 2005, llegando de ese modo el agua potable al 41,3% de la población del departamento. En el año 2005, el 71,9% de los hogares en situación de pobreza extrema no tiene acceso al agua potable. Por su parte la población no pobre es la que mayor acceso al agua potable tiene.

Aunque la situación para el sector que habla predominantemente castellano es mejor respecto principalmente al sector de la población que habla predominantemente guaraní, en el año 2005 la situación ha empeorado, siendo el 33,8% el porcentaje de hogares sin acceso a agua potable.

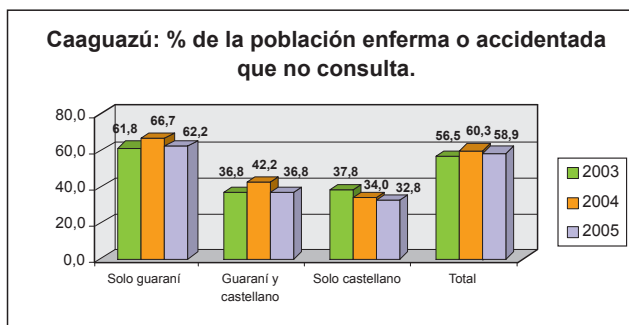
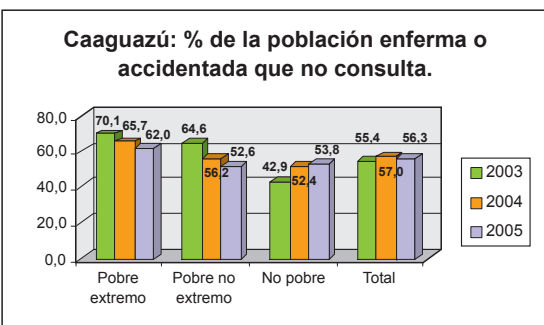


En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, la encuesta 2003 indica que el 93,1% de los hogares en pobreza extrema, no cuentan con WC. En el año 2005, el indicador mejora aunque el porcentaje sigue siendo elevado (86,9%) para el sector de pobreza extrema, aunque se evidencia un mejoramiento para el sector de pobre no extremos.



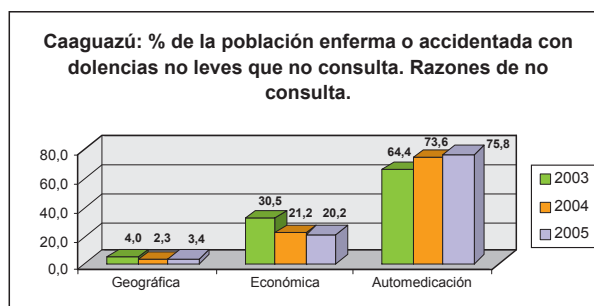
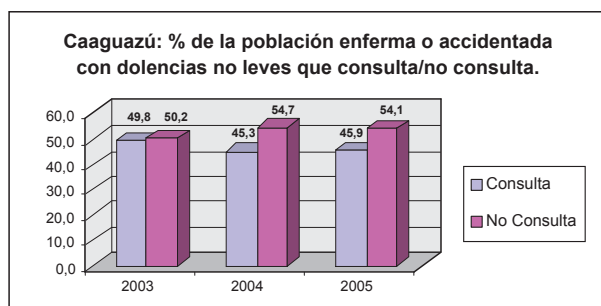
**c) Porcentaje de cobertura de la red de salud.**

La EPH 2003 muestra que el 55,4% de la población de Caaguazú que estuvo enferma o accidentada no consultó, porcentaje que en el año 2004 aumenta, para alcanzar en el año 2005 a 56,3% de la población mencionada. Aquellos que consultaron lo hicieron en mayor proporción en el sector privado, principalmente hospitales privados, curanderos y farmacias.



Los pobres extremos son los que no consultan en mayor proporción cuando están enfermos o accidentados, aunque en el año 2005 disminuye la proporción de pobres extremos que no consultan. Si se considera el idioma más hablado en el hogar los que hablan predominantemente guaraní son los que menos consultan.

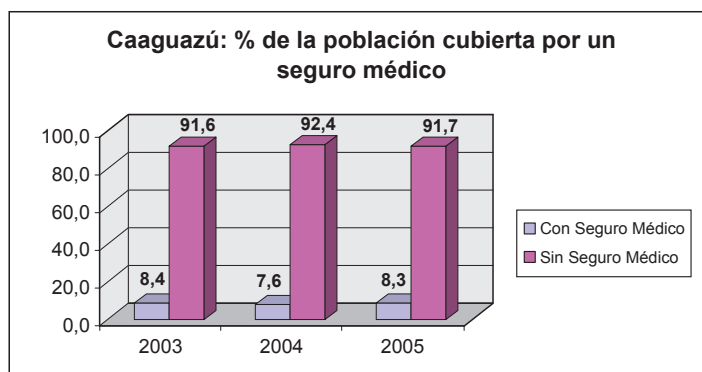
Si se considera "la población enferma o accidentada con dolencia no leve", se evidencia que en los años 2003 y 2005 (50,2% y 54,1%) el porcentaje de la población que no consulta, es menor que en el año 2004 (54,7%). Con respecto a las razones de no consulta de la población, se evidencia que las razones económicas y la automedicación son las mayores causas, aumentado esta última en los años 2004 y 2005.



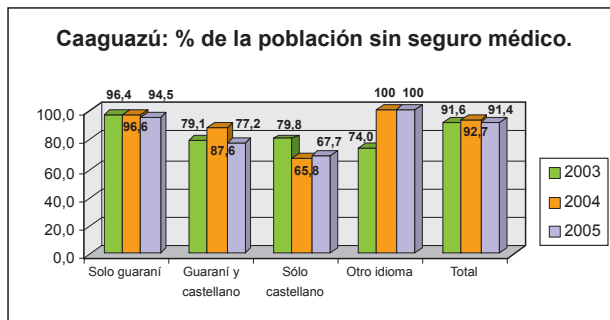
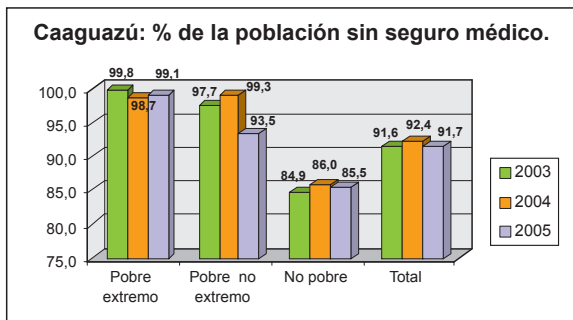
Las razones económicas de no consulta han disminuido entre los años 2004 y 2005, llegando al 20,2%.

#### d) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.

En promedio, durante los años 2003, 2004 y 2005, el porcentaje de la población que no posee seguro médico es de 91,9% aproximadamente en el departamento de Caaguazú.

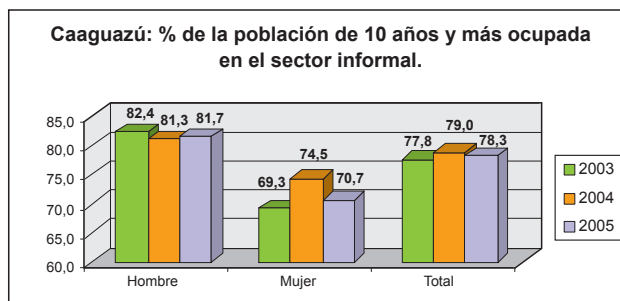
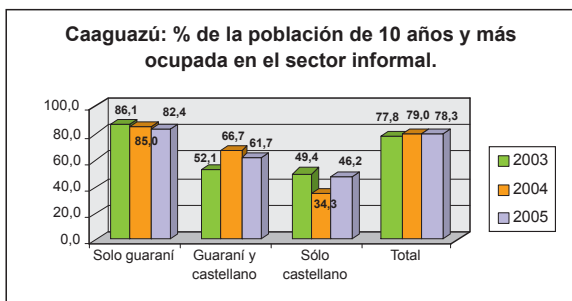


La falta de cobertura por un seguro médico alcanza principalmente a los hogares de pobreza extrema (prácticamente el 99% no tiene cobertura), aunque los porcentajes son altos también para los hogares de pobreza no extrema, mejorando levemente este último en el año 2005. Además, los más afectados son los que hablan otro idioma en el hogar y los que hablan predominantemente guaraní. Se observa mejoramiento en los hogares en los cuales se habla guaraní y castellano y en los hogares en los cuales se habla predominantemente castellano.



**e) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.**

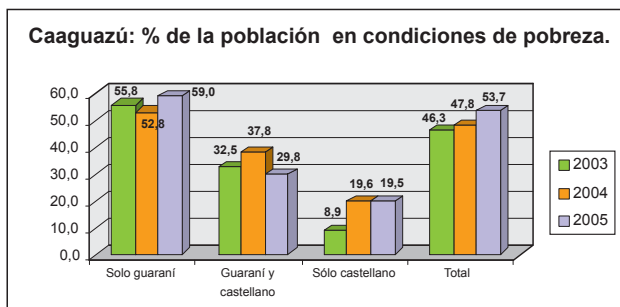
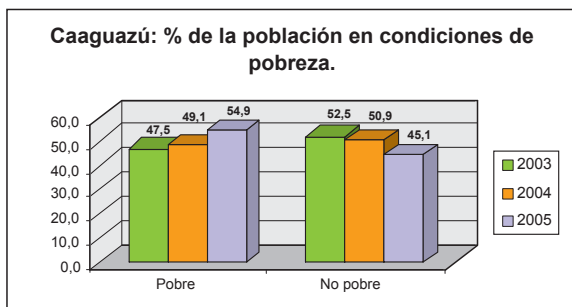
Durante los años 2003, 2004 y 2005, a nivel general la proporción de la población de 10 años y más que trabaja en el sector informal prácticamente se mantiene en un 78%. La mayor proporción de trabajadores informales se encuentra en la población que habla predominantemente guaraní, en los años considerados. Aunque, la situación es relativamente mejor para aquellos que hablan guaraní y castellano, y predominantemente castellano, su situación ha empeorado en el año 2005.



Si se diferencia a los trabajadores por género, se observa que la situación es peor para los hombres.

**f) Niveles de pobreza.**

En cuanto al indicador de pobreza, se evidencia un empeoramiento en el año 2005 comparado con el año 2003 y 2004 (54,9% contra 47,5% en el año 2003 y 49,1% en el año 2004). La situación mejora en aquellos que hablan preferentemente guaraní y castellano.





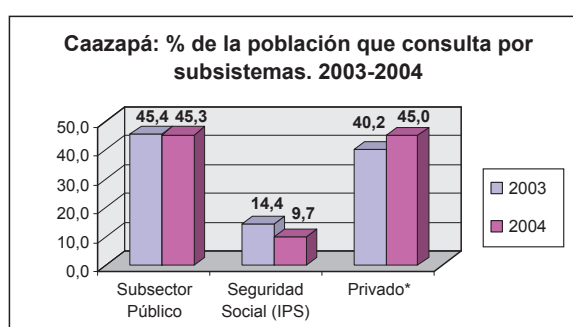
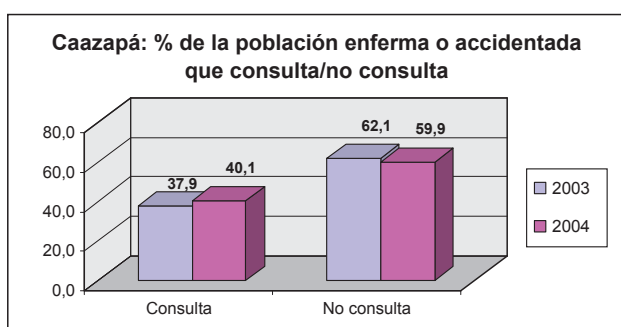
## VI. DEPARTAMENTO DE CAAZAPÁ.



### Demanda asistida en salud.

La población enferma o accidentada que consultó en un establecimiento de salud por una enfermedad o accidente, en el departamento de Caazapá representa al 37,9% en el año 2003 y al 40,1% en el año 2004.

En el año 2004 el porcentaje de la población enferma o accidentada que consulta en el sector público ha disminuido, al igual que las consultas en el Instituto de Previsión Social, aumentando las consultas en el sector privado.



El subsector público atendió predominantemente a la población del 1°, 2° y 4° quintil en el año 2003 y del quintil 1° y 2° en el año 2004. Por su parte, la seguridad social atendió a los quintiles 4° y 5° en el año 2003 y en el año 2004. El subsector privado, pasa de atender a la población de los quintiles 1°, 2° y 5° en el año 2003, a la población de los quintiles 1° y 2° principalmente, es decir atiende a los sectores desprotegidos de la población. Este hecho se fundamenta en las consultas en las farmacias y principalmente a curanderos.

### CAAZAPÁ: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003		Quintiles predominantes	Año 2004		Quintiles predominantes
	Demanda Asistida			Demanda Asistida		
	Nº	%		Nº	%	
Subsector Público	11.152	45,4	1°, 2° y 4° quintil	11.250	45,3	1° quintil
Seguridad Social (IPS)	3.536	14,4	4° y 5° quintil	2.410	9,7	4° y 5° quintil
Privado*	9.855	40,2	1°, 2° y 5° quintil	11.189	45,0	1° y 2° quintil
<b>Total</b>	<b>24.543</b>	<b>100,0</b>		<b>24.849</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

**Fuente:** Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro de la población en el año 2005, se observa una disminución en general de la población asegurada y principalmente de los asegurados en el IPS, en aproximadamente 6 puntos entre los años 2003 y 2005. Los asegurados en el sector privado, también disminuyen en el año 2005, ampliándose de ese modo la desprotección de la población del departamento.

CAAZAPÁ: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

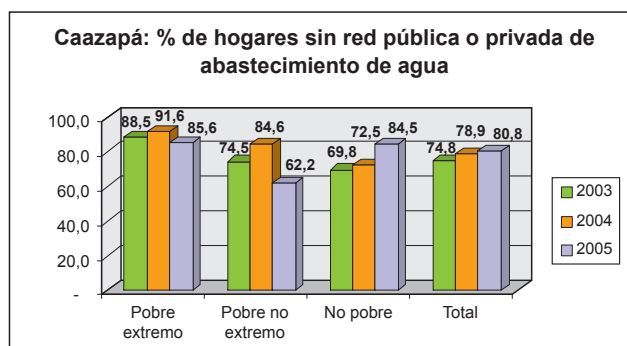
Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	13.658	8,5	12.891	8,6	4.181	2,4
Privado	4.173	2,6	4.086	2,7	2.515	1,5
Otros	3.656	2,3	460*	0,3	*	0,0
No tiene	138.639	86,6	133.070	88,4	166.210	96,1

\* Muestra no representativa.

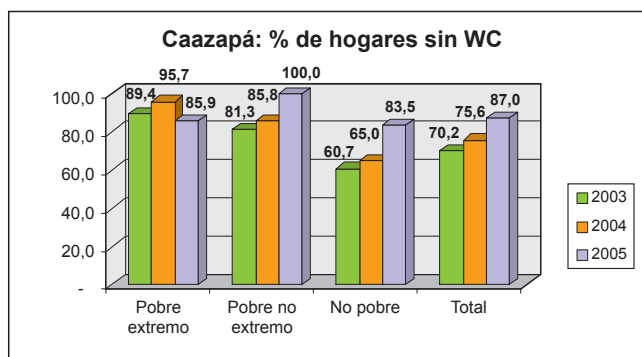
Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

a) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

En el año 2003 el 74% de la población de Caazapá se abastecía de agua de pozo con o sin bomba, arroyo, río, manantial, aguatero y otros; abastecimiento que alcanzó al 80,8% la población en el año 2005, llegando de ese modo el agua potable solamente al 19,2% de la población del departamento. En el año 2005, el 85,6% de los hogares en situación de pobreza extrema no tiene acceso a agua potable. Por su parte, la población no pobre es la que tiene un poco más de acceso al agua potable.

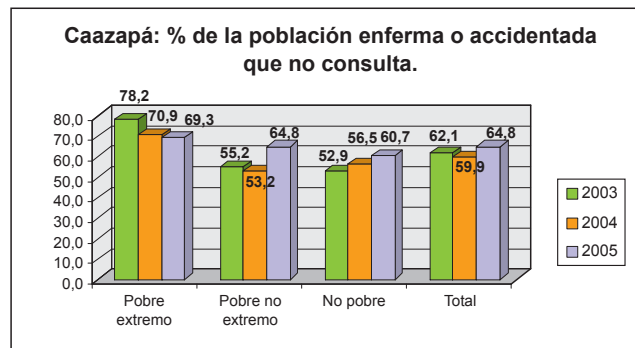


En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, en la población con pobreza extrema la situación ha mejorado, pasando del 89,4% en el 2003 a 85,9% en el año 2005. La situación se deteriora en la población pobre no extrema y los no pobres, en el primer caso pasan de 81,3% en el año 2003 a 100% en el año 2005 y los no pobres de 60,7% en el año 2003 a 83,5% en el año 2005.



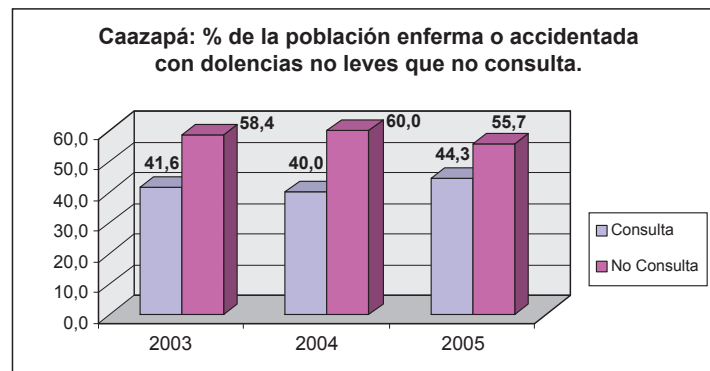
### b) Porcentaje de cobertura de la red de salud.

La EPH 2003 muestra que el 62,1% de la población de Caazapá que estuvo enferma o accidentada no consultó, porcentaje que en el año 2005 aumenta a 64,8% de la población mencionada.



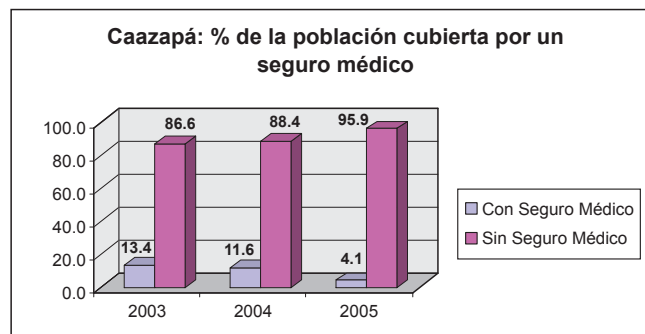
Los pobres extremos son los que no consultan en mayor proporción cuando están enfermos o accidentados, aunque en el año 2005 disminuye la proporción de pobres extremos que no consultan.

Si se considera "la población enferma o accidentada con dolencia no leve", se evidencia un aumento de la proporción de enfermos que no consultan durante los años 2003-2004 (58,4% a 60%).

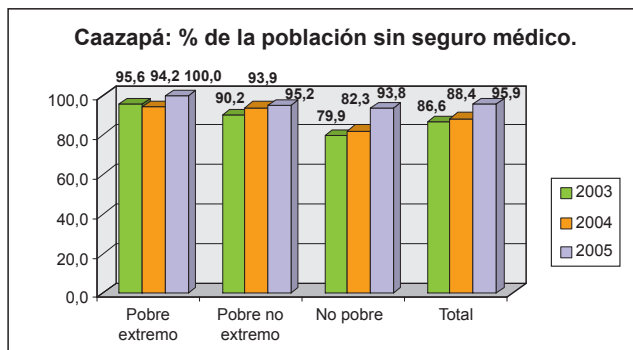


### c) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.

Durante los años 2003, 2004 y 2005, el porcentaje de la población de Caazapá, que no posee seguro médico ha ido aumentando, pasando de 86,6% en el año 2003 a 95,9% en el año 2005.

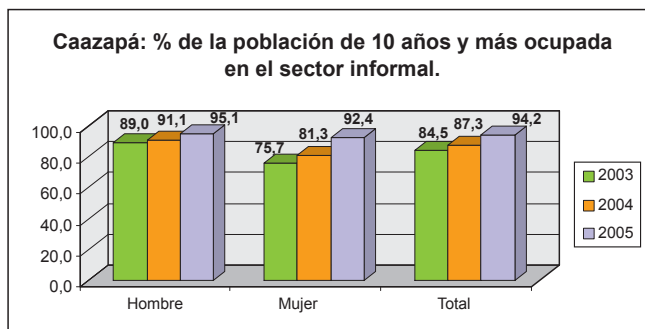


La falta de cobertura por un seguro médico alcanza principalmente a los hogares de pobreza extrema (en el año 2005, el 100% no tiene cobertura), también los porcentajes son altos para los hogares en pobreza no extrema y la población no pobre, estos últimos con un aumento en el porcentaje de la población sin seguro médico en el año 2005.



**d) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.**

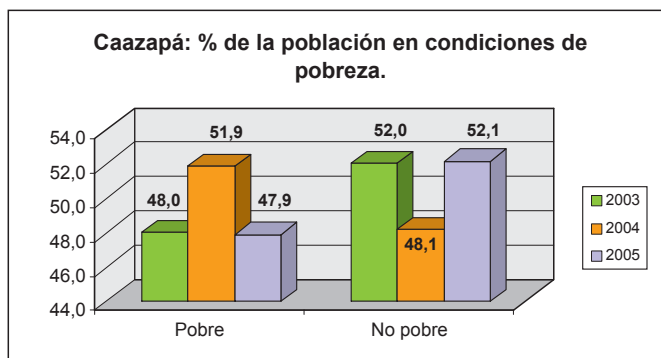
Durante los años 2003, 2004 y 2005, a nivel general la proporción de la población de 10 años y más que trabaja en el sector informal ha aumentado, pasando de 84,5% en el año 2003 a 94,2% en el año 2005.



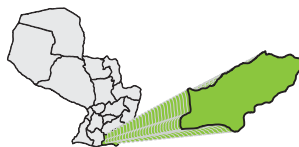
Si se diferencia a los trabajadores por género, se observa que la situación es peor para los hombres y ha empeorado tanto para las mujeres como para los hombres en el año 2005.

**e) Niveles de pobreza.**

En cuanto al indicador de pobreza se evidencia un empeoramiento en el año 2004 comparado con el año 2003 y 2005 (48% en el año 2003 y 47,9% en el año 2005 contra un 51,9% en el año 2004).



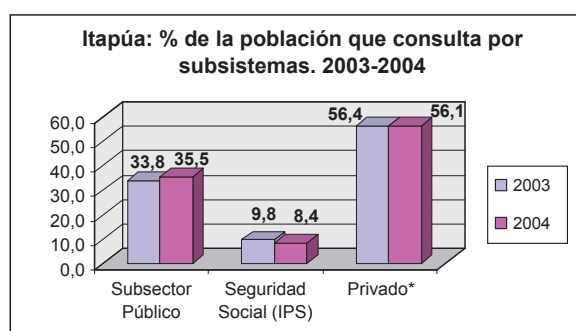
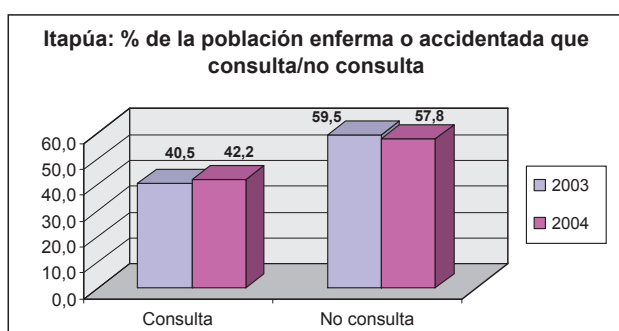
## VII. DEPARTAMENTO DE ITAPÚA.



### Demanda asistida en salud.

La población enferma o accidentada que consultó en un establecimiento de salud por una enfermedad o accidente, en el departamento de Itapúa representa al 40,5% en el año 2003 y al 42,2% en el año 2004.

En el año 2004, aumentó el porcentaje de la población enferma o accidentada que consulta en el sector público, mientras que las consultas en el Instituto de Previsión Social han disminuido, manteniéndose el porcentaje de las consultas en el sector privado.



El subsector público atendió predominantemente a la población del 1° y 2° quintil en el año 2003 y del quintil 1°, 3° y 4° en el año 2004. Por su parte, la seguridad social pasó de atender a los quintiles 2°, 3° y 5° en el año 2003, al 3° y 4° quintil en el año 2004. El subsector privado, pasa de atender a la población de los quintiles 5° en el año 2003, a la población de los quintiles 2° y 5° principalmente, es decir atiende a los sectores desprotegidos de la población. Este hecho se fundamenta en las consultas en las farmacias y principalmente a curanderos.

### ITAPÚA: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003		Quintiles predominantes	Año 2004		Quintiles predominantes
	Demanda Asistida			Demanda Asistida		
	Nº	%		Nº	%	
Subsector Público	37.284	33,8	1° y 2° quintil	34.924	35,5	1°, 3° y 4° quintil
Seguridad Social (IPS)	10.753	9,8	2°, 3° y 5° quintil	8.290	8,4	3° y 4° quintil
Privado*	62.145	56,4	5° quintil	55.237	56,1	2° y 5° quintil
<b>Total</b>	<b>110.182</b>	<b>100,0</b>		<b>98.451</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro de la población en el año 2005, se observa una disminución principalmente de los asegurados en el IPS entre los años 2003 y 2004 y nuevamente un pequeño aumento en el año 2005. Mientras que sigue en aumento la cantidad de asegurados en el sector privado.

## ITAPÚA: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

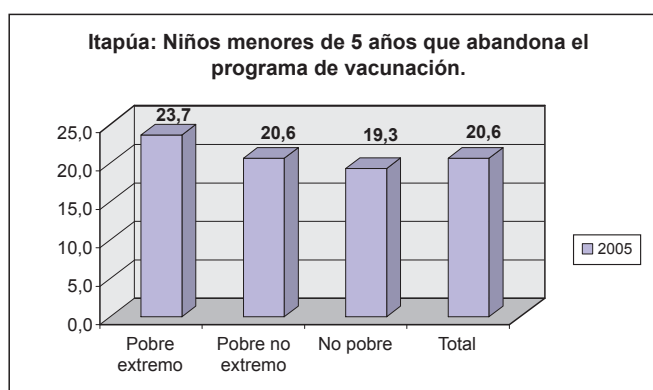
Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	44.174	8,1	31.532	6,2	36.753	7,3
Privado	23.690	4,3	28.790	5,7	31.324	6,2
Otros	165*	0,0	1.338	0,3	2.177	0,4
No tiene	479.543	87,6	446.141	87,9	433.789	86,1

\* Muestra no representativa.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

## a) Proporción de Niños que abandona el programa de vacunas.

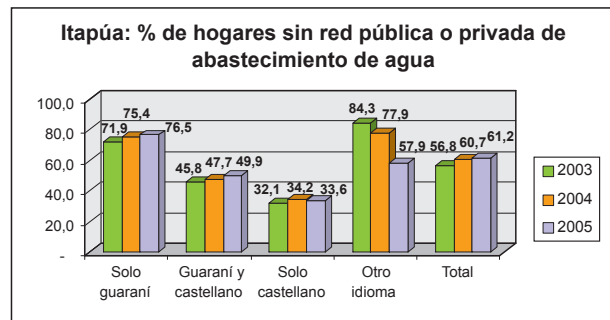
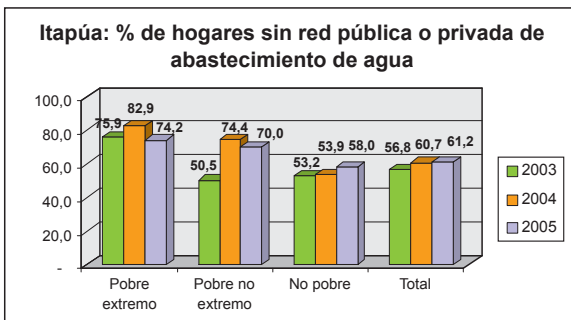
La EPH 2005 muestra que en el departamento de Itapúa, el 20,6% de los niños menores de cinco años abandona el programa de vacunación, porcentaje que aumenta considerablemente en los pobres extremos (23,7%).



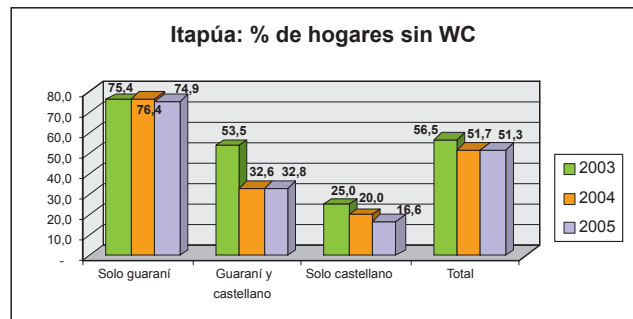
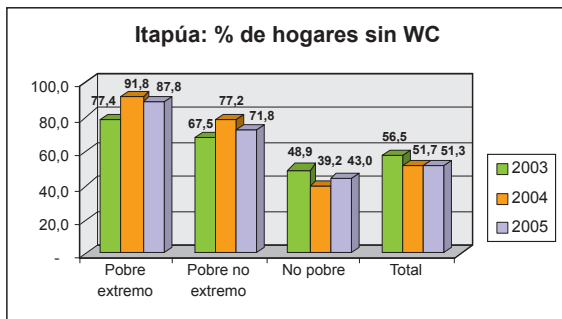
## b) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

En el año 2003 el 56,8% de la población de Itapúa se abastecía de agua de pozo con o sin bomba, arroyo, río, manantial, aguatero y otros; abastecimiento que alcanzó al 61,2% de la población en el año 2005, llegando de ese modo el agua potable solamente al 38,8% de la población del departamento. En el año 2005, el 74,2% de los hogares en situación de pobreza extrema no tiene acceso al agua potable.

La situación para el sector que habla predominantemente castellano es mejor respecto principalmente al sector de la población que habla solo el guaraní. En el año 2005 el 76,5% de los hogares en los cuales se habla solo el guaraní no contaba con agua potable.



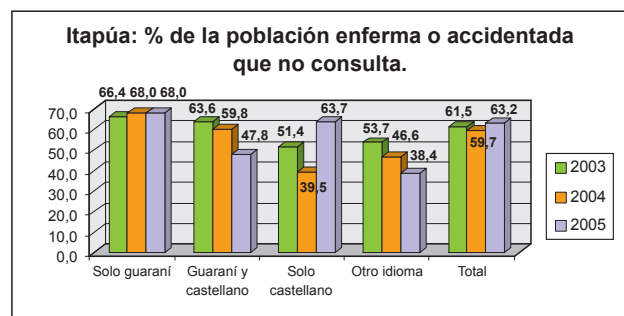
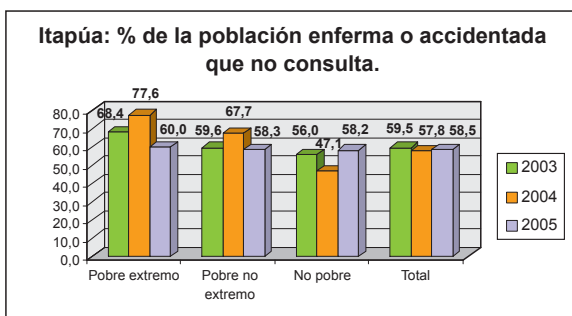
En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, en la población con pobreza extrema la situación ha aumentado, de 77,4% en el 2003 a 87,8% en el año 2005. La situación se deteriora en la población pobre no extrema, en el primer caso pasan de 67,5% en el año 2003 a 71,8% en el año 2005 y mientras que en la población no pobre la situación ha mejorado con 48,9% en el año 2003 a 43,0% en el año 2005.



El sector más beneficiado es el sector en el cual hablan preferentemente castellano.

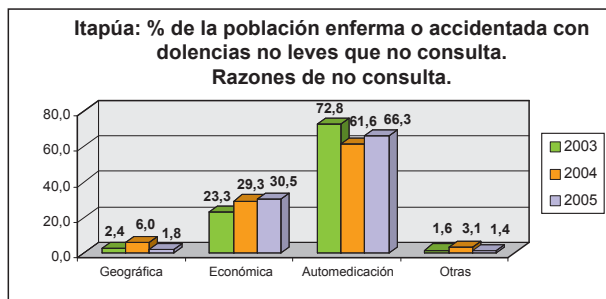
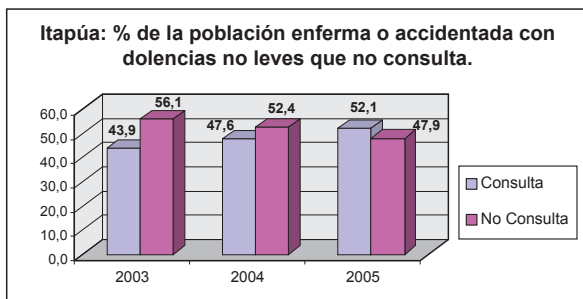
### c) Porcentaje de cobertura de la red de salud.

La EPH 2003 muestra que aproximadamente el 60% de la población de Itapúa que estuvo enferma o accidentada no consultó, porcentaje que en el año 2005 disminuye levemente a 58,5% de la población mencionada. Aquellos que consultaron lo hicieron en mayor proporción en el sector público y principalmente en centros de salud.



Los pobres extremos son los que no consultan en mayor proporción cuando están enfermos o accidentados, aunque en el año 2005 disminuye la proporción de pobres extremos que no consultan. Si se considera el idioma más hablado en el hogar, los que hablan predominantemente el guaraní son los que menos consultan y la situación empeora en el año 2005.

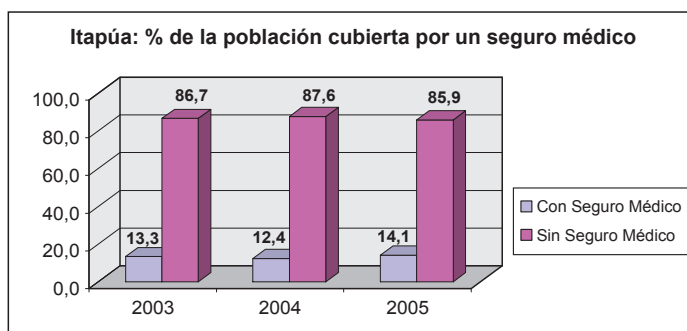
Si se considera "la población enferma o accidentada con dolencia no leve", se evidencia una disminución de la proporción de enfermos que no consultan durante los años 2003-2005 (56,1 a 47,9%). Con respecto a las razones de no consulta de la población, se evidencia que las razones económicas y la automedicación son las mayores causas, aumentando principalmente las razones económicas en el año 2005.



La automedicación ha disminuido de 72,8% en el año 2003 a 66,3 % en el año 2005.

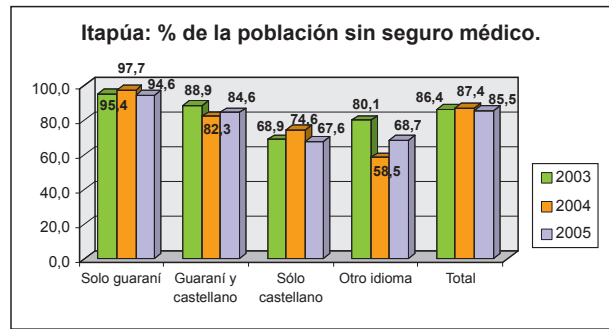
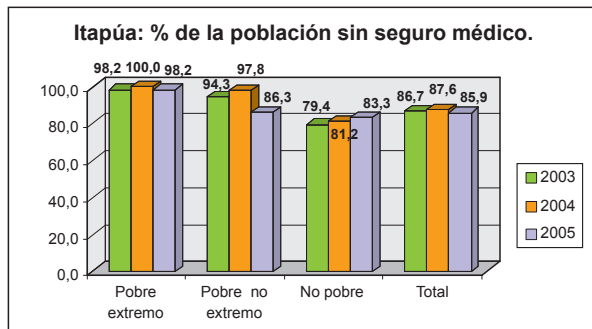
**d) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.**

Durante los años 2003 y 2004, el porcentaje de la población que no posee seguro médico ha ido aumentando, pasando de 86,7% en el año 2003 a 87,6% en el año 2004, mientras que en el año 2005 ha disminuido en 85,9% en el departamento de Itapúa.



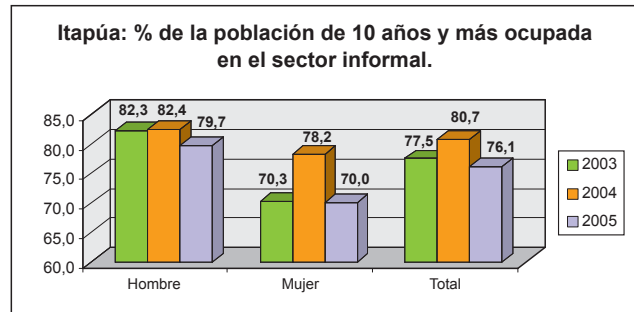
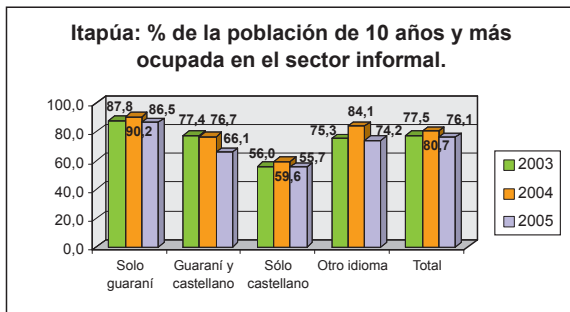
La falta de cobertura por un seguro médico alcanza principalmente a los hogares de pobreza extrema (en el año 2004, el 100% no tiene cobertura), aunque los porcentajes son altos también para los hogares de pobreza no extrema, en el año 2005 se observa una mejoría. Además, los más afectados son los que hablan predominantemente el guaraní en el hogar.





### e) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.

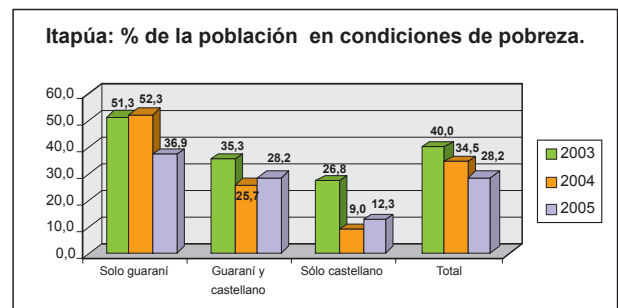
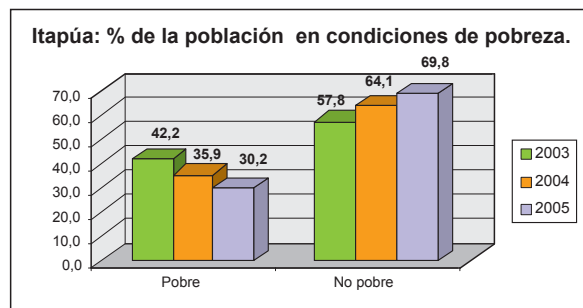
Durante los años 2003 y 2004, a nivel general la proporción de la población de 10 años y más que trabaja en el sector informal ha aumentado, pasando de 77,5% en el año 2003 a 80,7% en el año 2004, disminuyendo nuevamente en el año 2005 a 76,1%. La mayor proporción de trabajadores informales se encuentra en la población que habla predominantemente guaraní y otro idioma, en los años considerados. La situación es relativamente mejor para aquellos que hablan predominantemente castellano.



Si se diferencia a los trabajadores por género, se observa que la situación es peor para los hombres y ha mejorado tanto para las mujeres como para los hombres en el año 2005.

### f) Niveles de pobreza.

En cuanto al indicador de pobreza se evidencia una disminución entre los años 2003 y 2005 (42,2% en el año 2003 y 30,2% en el año 2005). Además se observa en el año 2005, que la situación mejora en aquellos que hablan preferentemente el guaraní.

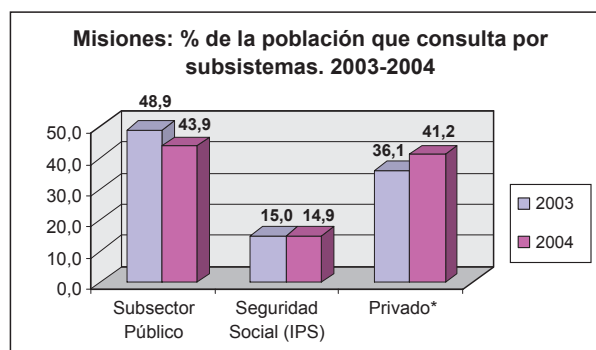
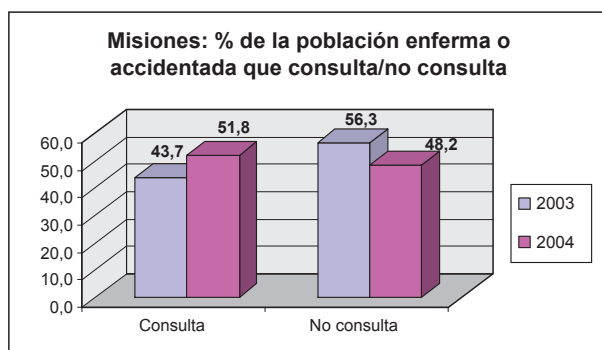


## VIII. DEPARTAMENTO DE MISIONES.



### Demanda asistida en salud.

La población enferma o accidentada que consultó a un establecimiento de salud por esa enfermedad o accidente, representa al 43,7% en el año 2003 y al 51,8% en el año 2004. Para ambos años, la mayor proporción de consultas las tiene el subsector público, respecto a los demás subsectores, aunque con una disminución para el año 2004 con 43,9%



En el año 2003 el subsector público atiende predominantemente a la población del 1° y 2° quintil, sin embargo en el año 2004 son atendidos los del 1°, 2° y 4° quintil. Por su parte, la seguridad social pasa de cubrir a la población de los quintiles 4° y 5°, en el año 2003 a cubrir a la población del 3° y 5° quintil de Misiones. El subsector privado, de atender a la población del quintil de más bajos y más altos ingresos en el año 2003, pasa a atender a la población del 1°, 3° y 4° quintil.

### MISIONES: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
	Nº	%		Nº	%	
Subsector Público	12.728	48,9	1° y 2° quintil	9.772	43,9	1°, 2° y 4° quintil
Seguridad Social (IPS)	3.915	15,0	4° y 5° quintil	3.329	14,9	3° y 5° quintil
Privado*	9.384	36,1	2° y 5° quintil	9.172	41,2	1°, 3° y 4° quintil
<b>Total</b>	<b>26.027</b>	<b>100,0</b>		<b>22.273</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

**Fuente:** Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro de la población, se observa que ha aumentado la proporción de asegurados en el IPS y disminuye el porcentaje de cobertura del sector privado.

## MISIONES: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

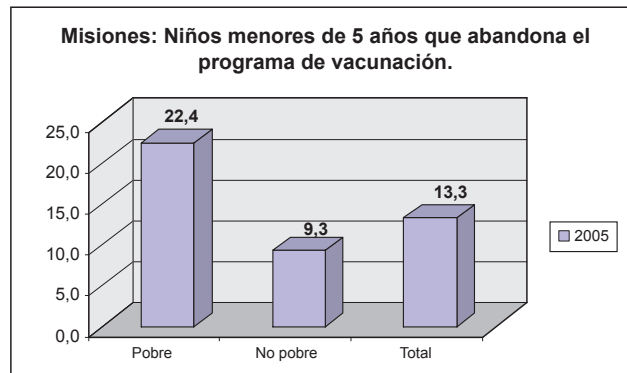
Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	11.880	9,7	12.654	11,4	14.906	12,7
Privado	4.747	3,9	4.135	3,7	4.239	3,6
Otros	1.461	1,2	1.284	1,2	901*	0,8
No tiene	103.827	85,2	92.581	83,7	97.181	82,9

\* Muestra no representativa.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

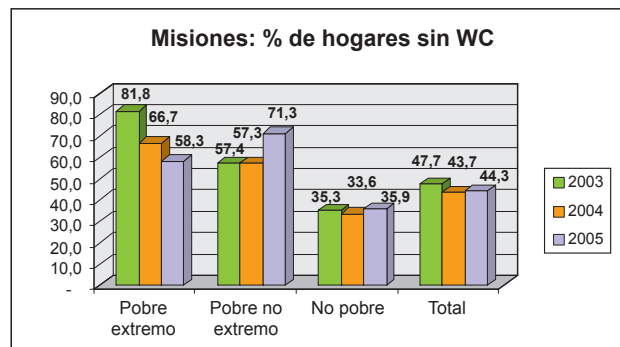
## a) Proporción de Niños que abandona el programa de vacunas.

La EPH 2005 muestra que el 13,3% de los niños menores a cinco años abandona el programa de vacunación, es decir, tienen la vacuna BCG (la de mayor porcentaje de cobertura), pero no la antisarampionosa (la de menor porcentaje de cobertura), porcentaje que es mayor en los pobres (22,4%) de la población.



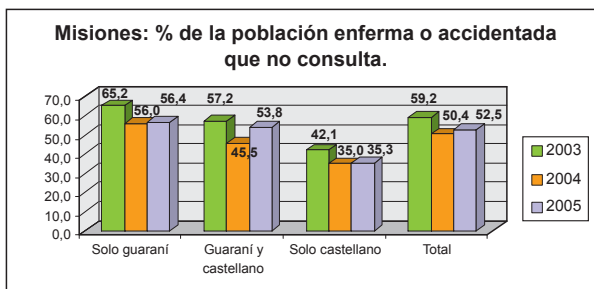
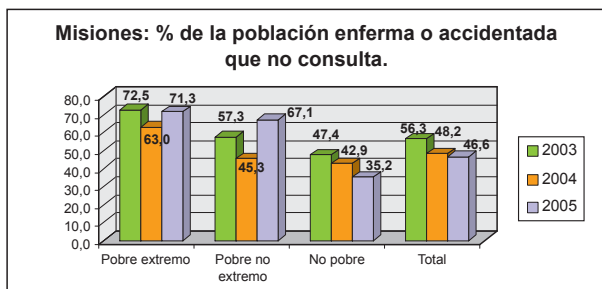
## b) Porcentaje de la población sin WC.

En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, la encuesta 2003 indica que el 81,8% de los hogares de pobreza extrema no cuentan con WC, situación que ha ido mejorando levemente, llegando al 58,3% en el 2005. Por otra parte, este indicador ha empeorado en hogares pobres no extremos, con 57,4% en el 2003 al 71,3% en el 2005. En los hogares no pobres la situación es mejor, alcanzando al 35,9% en el 2005.

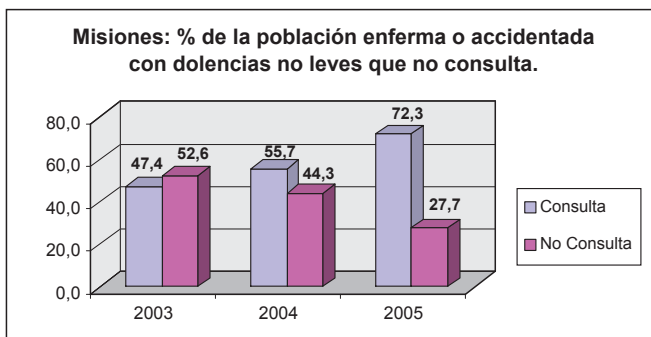


c) Porcentaje de cobertura de la red de salud.

La EPH 2003 muestra que el 56,3% de la población que estuvo enferma o accidentada no consultó, porcentaje que en el año 2004 fue de 48,2% y en el año 2005 de 46,6%. Los pobres extremos son los que no consultan en mayor proporción cuando están enfermos o accidentados, en el año 2005 también se incrementa la proporción de pobres no extremos que no consultan, si se considera el idioma más hablado en el hogar, los que hablan predominantemente el guaraní son los que menos consultan.

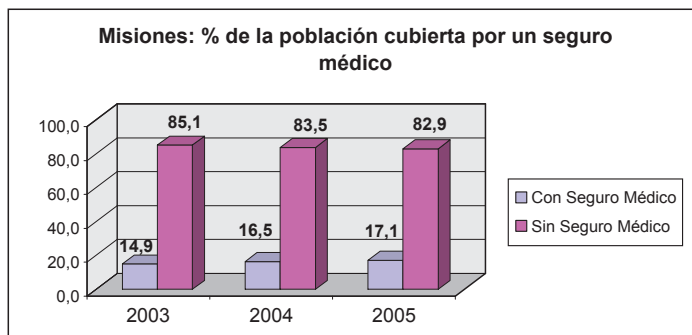


Si se considera "la población enferma o accidentada con dolencia no leve", se evidencia que el porcentaje de la población que consulta ha ido aumentando entre el 2003 (47,4%) y el 2005, año en el cual el 72,3% de la población con dolencia no leve consultó.

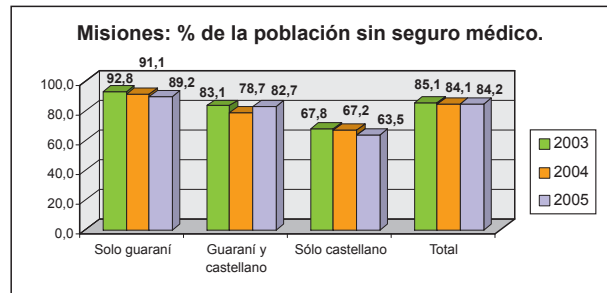
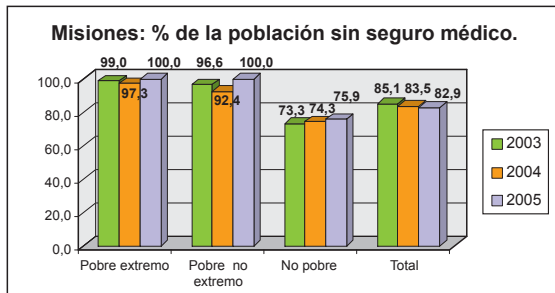


d) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.

En promedio, durante los años 2003, 2004 y 2005, el porcentaje de la población que no posee seguro médico es de 83,8% aproximadamente, aunque en el 2005 se evidencia una leve mejoría si la comparamos con el año 2004. Según la EPH 2005, el 82,9% de la población no tiene seguro médico.

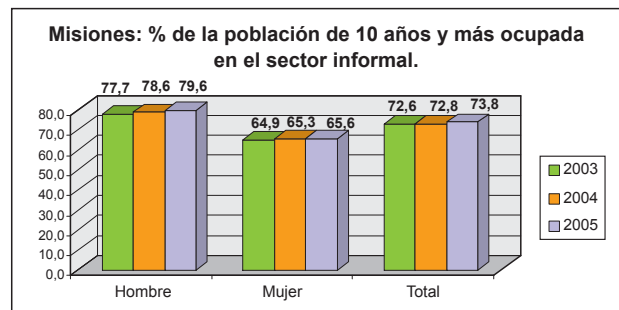
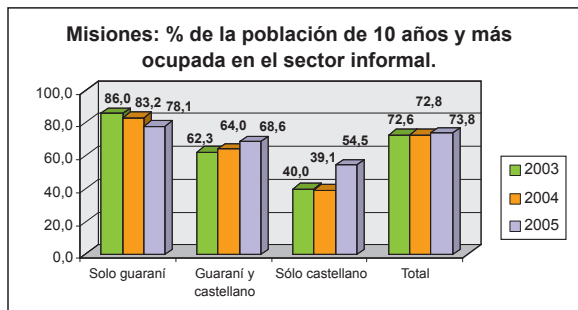


Esta falta de cobertura alcanza principalmente a los hogares en situación de pobreza, ya sea pobreza extrema o no extrema (100% en el año 2005). Asimismo, los más afectados son los que hablan predominantemente el guaraní en el hogar. Además en el año 2005, se observa un aumento de la población sin seguro médico en los hogares en los cuales se habla guaraní y castellano.



### e) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.

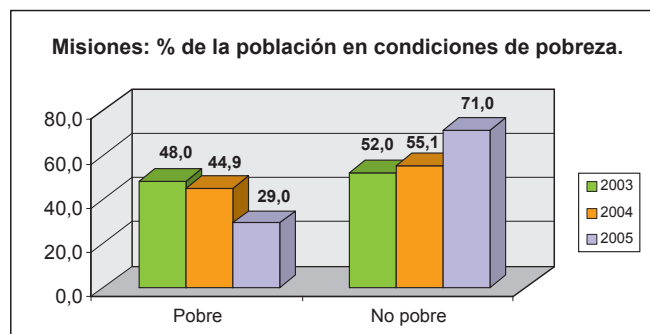
Según las EPH 2003-2005, los trabajadores informales constituyen aproximadamente el 72,6-73,8% del total de la población de 10 años y más ocupada. La mayor proporción de trabajadores informales se encuentra en la población que habla predominantemente el guaraní, sin embargo la situación mejora en aquellos que hablan preferentemente solo castellano en sus hogares.



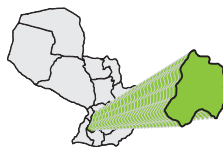
Si se diferencia a los trabajadores por género, se observa que la situación es peor para los hombres y ha empeorado tanto para las mujeres como para los hombres en el año 2005.

### f) Niveles de pobreza.

Se evidencia un mejoramiento en el nivel de pobreza en Misiones respecto al año 2003 con un 48% versus el 29% en el año 2005.

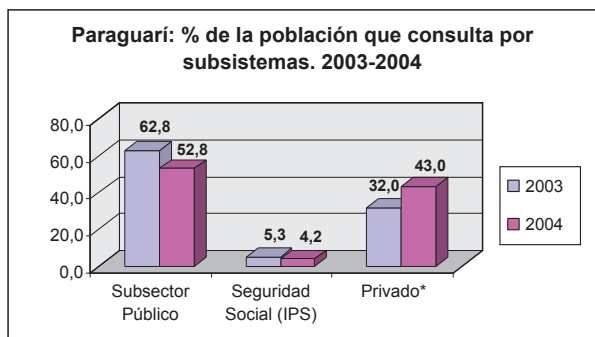
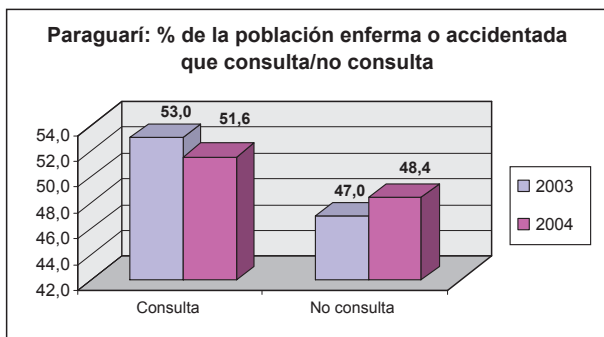


**IX. DEPARTAMENTO DE PARAGUARÍ.**



**Demanda asistida en salud.**

La población enferma o accidentada que consultó a un establecimiento de salud por esa enfermedad o accidente, en el departamento de Paraguarí representa al 53% en el año 2003 y al 51,6% en el año 2004. El público es el subsector al cual la población acude en mayor proporción a consultar respecto al subsector privado y la seguridad social. En segundo lugar se encuentra el subsector privado y por último la seguridad social.



Entre los años 2003 y 2004 se puede observar que la cobertura de atención del subsector público ha disminuido y en contrapartida a aumentado en el privado. La seguridad social prácticamente no ha variado en el periodo.

El subsector público atiende predominantemente a la población del 1º, 2º y 3º para el año 2003, en tanto en el 2004 cubre al 1º y 2º quintil. Por su parte, la seguridad social cubre a la población de los quintiles 4º y 5º en los años 2003 y 2004 de la población de Paraguarí. El subsector privado, pasa de atender a la población de los quintiles 1º, 2º, 3º y 5º, en el año 2003 a atender a la población de los quintiles 1º, 2º y 3º principalmente en el año 2004.

**PARAGUARÍ: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA**

Entidades	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
	Nº	%		Nº	%	
Subsector Público	23.551	62,8	1º, 2º y 3º quintil	24.775	52,8	1º y 2º quintil
Seguridad Social (IPS)	1.971	5,3	4º y 5º quintil	1.949	4,2	4º y 5º quintil
Privado*	11.988	32,0	1º, 2º, 3º y 5º quintil	20.157	43,0	1º, 2º y 3º quintil
<b>Total</b>	<b>37.511</b>	<b>100,0</b>		<b>46.881</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004 . Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro de la población, se observa que la proporción de asegurados en el IPS ha tenido un aumento importante, ya que de un 7,1% en el año 2003 pasa a 17,3% en el año 2004; durante el mismo periodo la proporción de asegurados en el sector privado a tenido un pequeño incremento de aproximadamente 1% en el porcentaje de la cobertura.

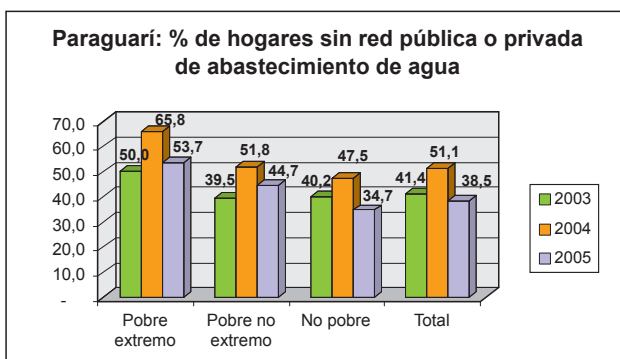
## PARAGUARÍ: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	18.436	7,1	12.939	5,5	38.249	17,3
Privado	7.475	2,9	5.030	2,1	9.045	4,1
Sanidad Militar / Policial	1.547	0,6	1.926	0,8	1.871	0,8
No tiene	232.844	89,5	216.214	91,6	220.643	100,0

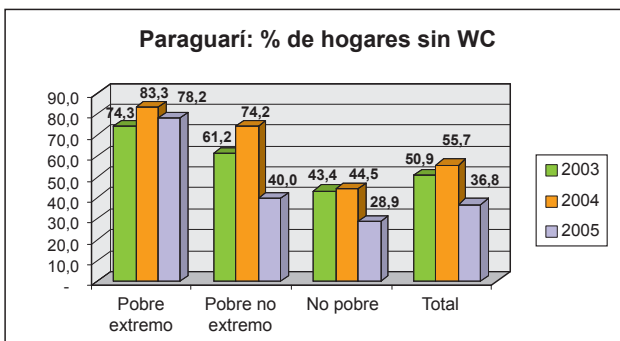
Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

## a) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

En el año 2003 el 41,4% de los hogares de Paraguarí se abastecía de agua no potable, es decir, a través de pozo con o sin bomba, arroyo, río o manantial, aguatero y otros; este porcentaje bajó a 38,5% de los hogares en el año 2005, llegando de ese modo el agua potable al 61,5% de la población del departamento. En el año 2005, el 53,7% de los hogares en situación de pobreza extrema no tienen acceso al agua potable. Por su parte la población no pobre es la que tiene mayor acceso al agua potable.



En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, la encuesta 2003 indica que el 78,2% de los hogares de pobreza extrema, no cuentan con WC. En los hogares pobres no extremos y no pobres la situación mejora y en particular en el año 2005.

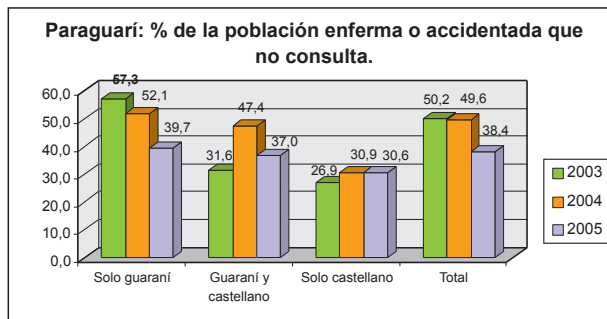
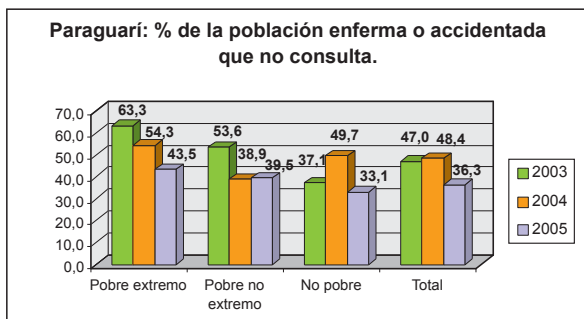


## b) Porcentaje de cobertura de la red de salud.

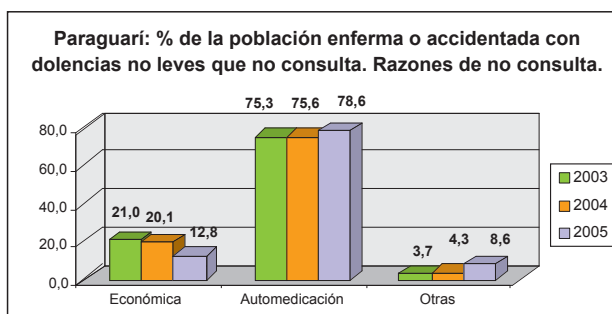
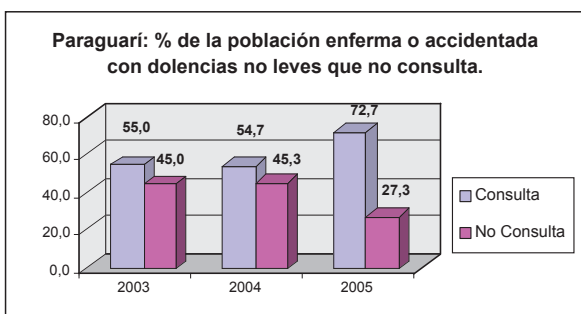
La EPH 2003 muestra que el 47% de la población de Paraguarí que estuvo enferma o accidentada no consultó, porcentaje que en el año 2004 fue de 48,4% y en el año 2005 de 36,3%. En cuanto a la población

que habla preferentemente guaraní en sus hogares son los que menos consultan, seguido de los sectores donde se habla preferentemente el guaraní y castellano.

Los pobres extremos son los que no consultan en mayor proporción cuando están enfermos o accidentados, aunque en el año 2005 disminuye la proporción de pobres extremos que no consultan.



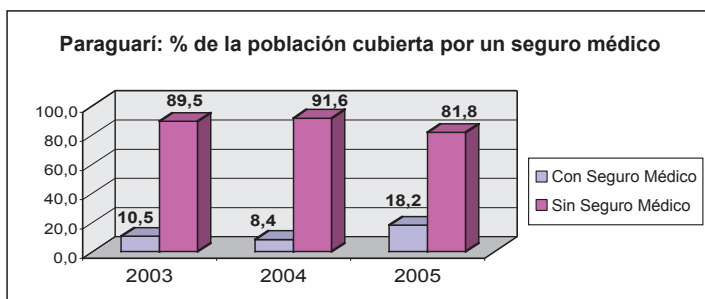
Si se considera "la población enferma o accidentada con dolencias no leves", se evidencia que en el año 2003 el porcentaje de la población que no consulta (45%) era mayor que en el año 2005 (27,3%). Las razones de no consulta de la población no han variado entre los años 2003 y 2005. La mayor causa de no consulta constituye la automedicación, que fue 75,3% en el año 2003 y aumentó a 78,6% en el año 2005.



Las causas económicas han disminuido de 21% en el año 2003 a 12,8% en el año 2005.

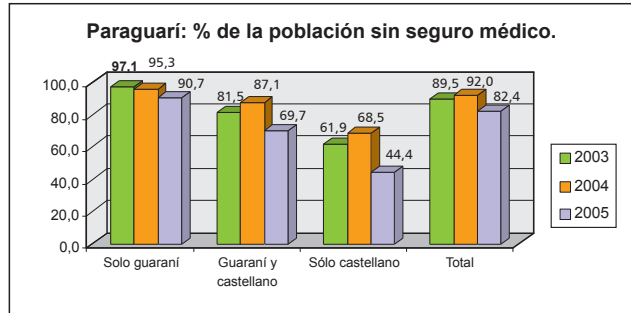
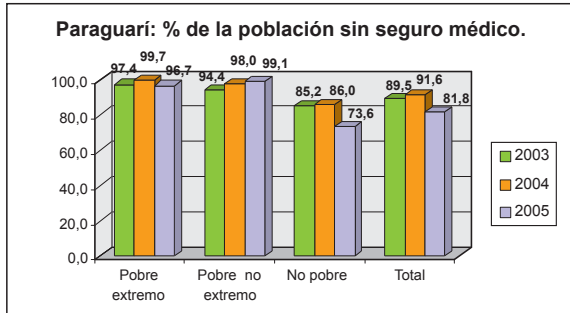
**c) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.**

En promedio, durante los años 2003, 2004 y 2005, el porcentaje de la población que no posee seguro médico es de 87,6% aproximadamente, aunque en el 2005 se evidencia una mejoría si comparamos con el año 2004.



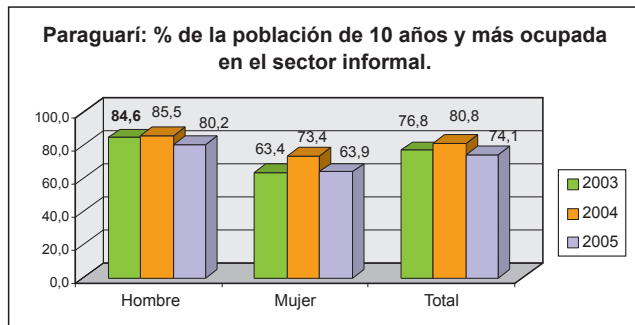
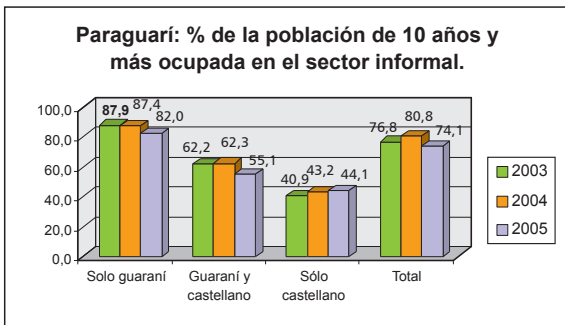


Esta falta de cobertura alcanza principalmente a los hogares pobres, sean estos extremos o no extremos (96,7% y 99,1% respectivamente, en el año 2005), y a los hogares en los cuales se habla predominantemente guaraní.



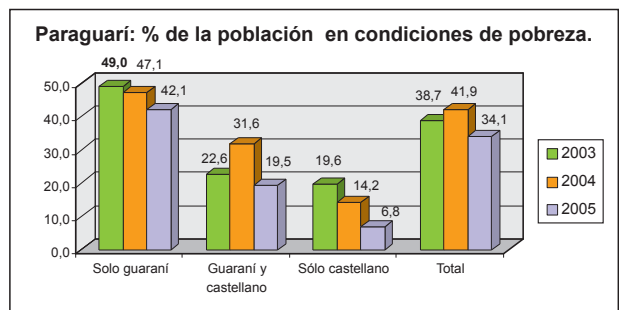
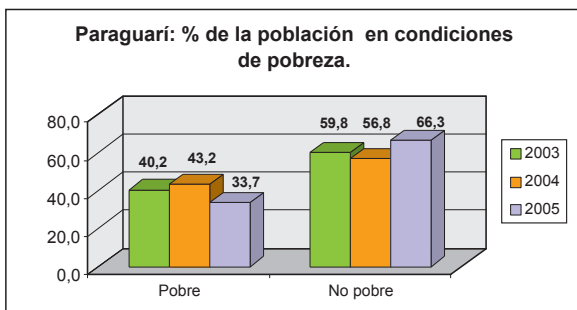
**d) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.**

Aunque en el año 2005, la proporción de la población de 10 años y más de edad que trabaja en el sector informal ha mejorado (74,1%) respecto a los años 2003 y 2004 (76,8% y 80,8% respectivamente), el porcentaje de informalidad laboral es muy elevado. La situación se agrava en aquellos que hablan preferentemente guaraní y en los hombres.

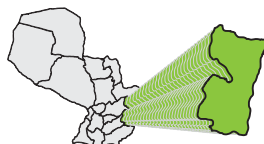


**e) Niveles de pobreza.**

En cuanto al indicador de pobreza se evidencia un mejoramiento respecto al año 2003 (33,7% en el año 2005 contra 40,2% en el año 2003) pero aún el nivel de pobreza es elevado y la situación es más desventajosa para aquellos que hablan preferentemente guaraní.

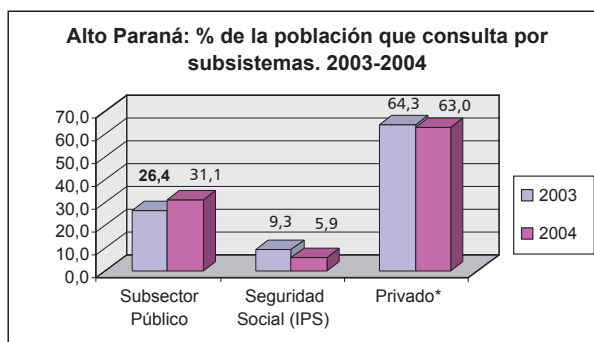
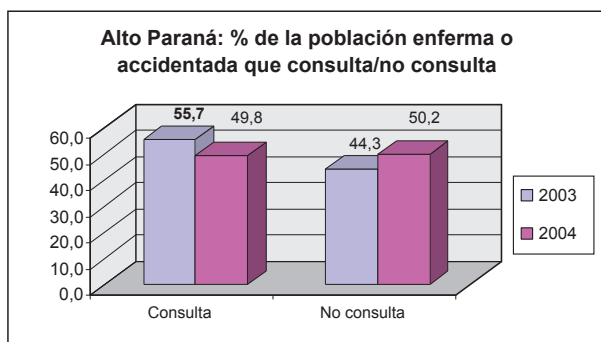


## X. DEPARTAMENTO DE ALTO PARANÁ.



### Demanda asistida en salud.

La población enferma o accidentada que consultó a un establecimiento de salud por esa enfermedad o accidente, en el departamento representa al 55,7% en el año 2003 y al 49,8% en el año 2004. La población acude en mayor proporción a consultar en el subsector privado que en los otros subsectores, con un porcentaje de 64,3% y 63% en los años 2003 y 2004 respectivamente.



Entre los años 2003 y 2004 se puede observar que la cobertura de atención del subsector público ha tenido un leve aumento, mientras que la cobertura de la seguridad ha disminuido.

El subsector público atiende predominantemente a la población del 2º, 3º y 4º quintil tanto en el 2003 como en el año 2004 y la seguridad social cubre a la población de los quintiles 3º al 5º para ambos años. Por su parte, el subsector privado, atiende a la población de los quintiles de más altos ingresos (4º y 5º quintil) en los años analizados.

### ALTO PARANÁ: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
	Nº	%		Nº	%	
Subsector Público	28.081	26,4	2º, 3º y 4º quintil	31.653	31,1	2º, 3º y 4º quintil
Seguridad Social (IPS)	9.881	9,3	3º, 4º y 5º quintil	6.038	5,9	3º, 4º y 5º quintil
Privado*	68.431	64,3	4º y 5º quintil	64.159	63,0	4º y 5º quintil
<b>Total</b>	<b>106.393</b>	<b>100,0</b>		<b>101.850</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004 . Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro de la población, se observa un aumento de la proporción de asegurados en el IPS, pasando de 7,1% en el 2003 hasta llegar al 10% en el 2005. El porcentaje de cobertura del sector privado en cambio disminuye levemente.

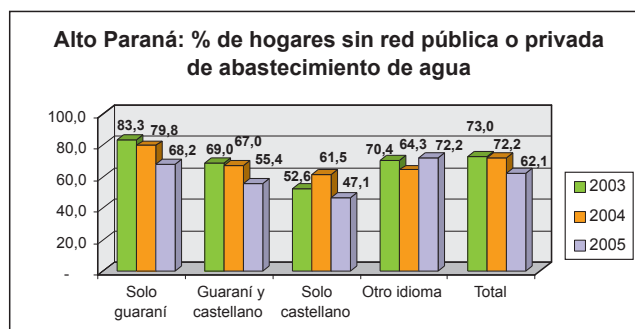
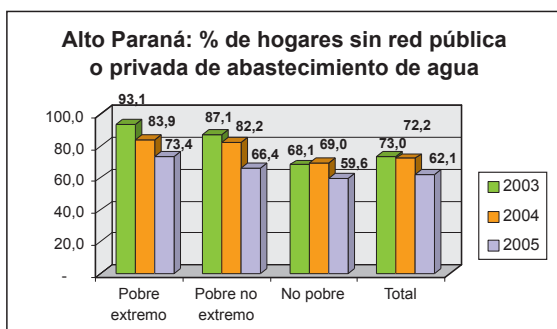
## ALTO PARANÁ: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	43.372	7,1	46.182	7,2	66.874	10,0
Privado	39.329	6,4	40.792	6,4	37.385	5,6
Otros	1.265	0,2	6.596	1,0	6.788	1,0
No tiene	527.566	86,3	544.591	85,3	558.174	83,4

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

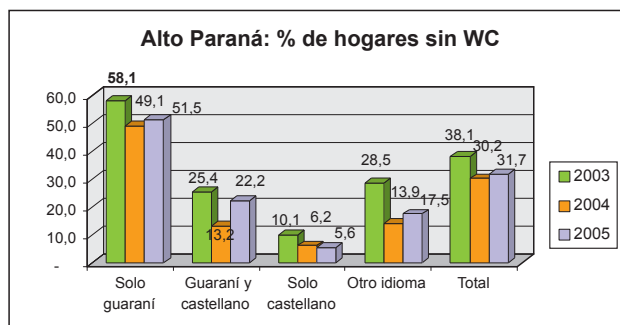
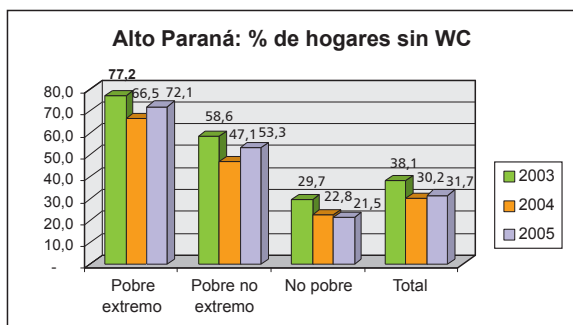
## a) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

En el año 2003, el 73% de la población se abastecía de agua de pozo con o sin bomba, arroyo, río, manantial, aguatero y otros; un tipo de abastecimiento que alcanzó al 73,4% de la población con pobreza extrema en el año 2005. En los sectores pobres de la población y en los que predomina el guaraní como idioma hablado más frecuentemente, tales porcentajes son relativamente altos.



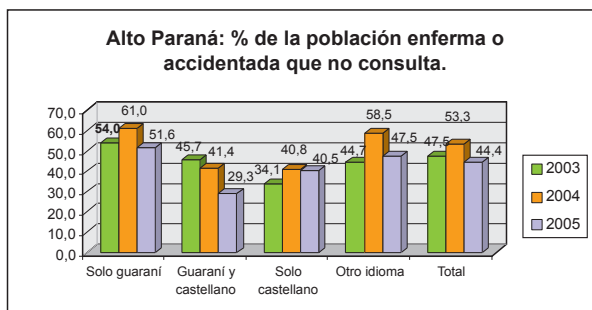
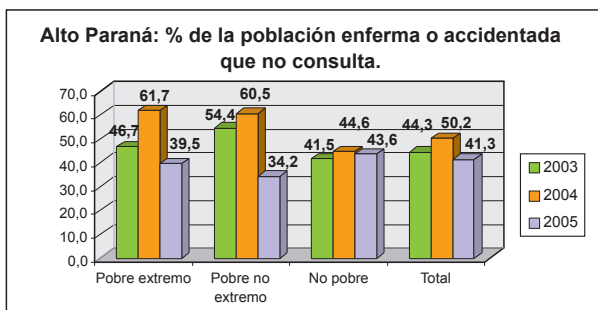
En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, la encuesta 2003 indica que el 77,2% de los hogares de pobreza extrema, no cuentan con WC. En los hogares no pobres la situación mejora, particularmente en el año 2005.

Los que hablan preferentemente guaraní están en peores condiciones, aunque el indicador haya mejorado entre los años 2003 y 2005.

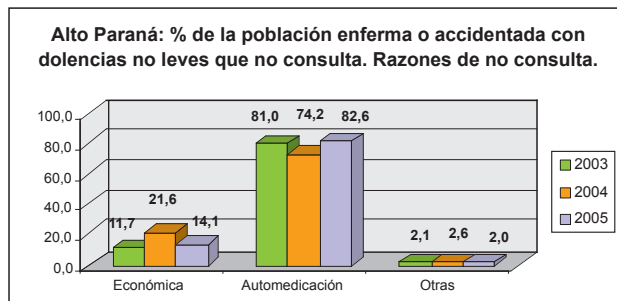
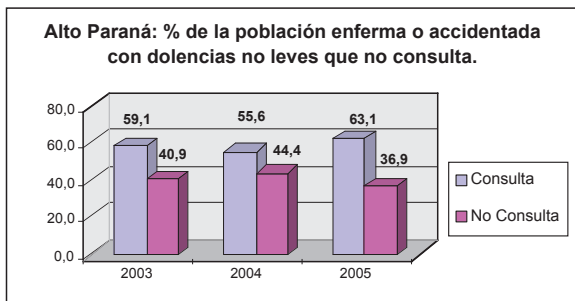


**b) Porcentaje de cobertura de la red de salud.**

La EPH 2003 muestra que el 44,3% de la población que estuvo enferma o accidentada no consultó, porcentaje que en el año 2004 fue de 50,2% y en el año 2005 de 41,3%. Los pobres extremos son los que no consultan en mayor proporción cuando están enfermos o accidentados, en el año 2005 disminuye la proporción de pobres extremos que no consultan, si se considera el idioma más hablado en el hogar; los que hablan predominantemente el guaraní son los que menos consultan.

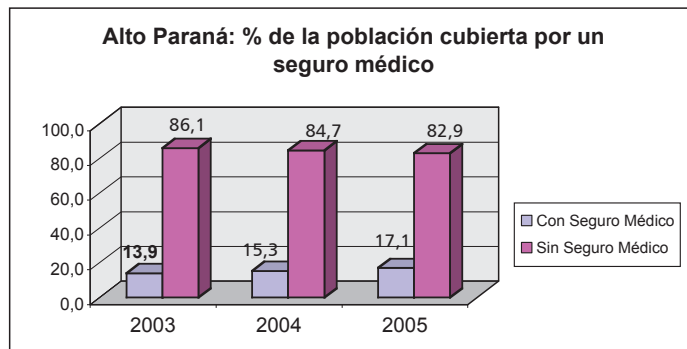


Si se considera "la población enferma o accidentada con dolencia no leve", se evidencia que en el año 2004 el porcentaje de la población que consulta era inferior que en el año 2003 (59,1%) y el año 2005 (63,1%). Las razones de no consulta de la población no han variado mucho entre los años 2003 y 2005. La mayor causa de no consulta constituye la automedicación, que fue de 81% en el año 2003 y de 82,6% en el año 2005.

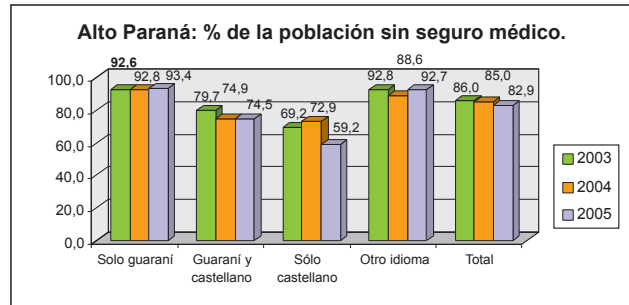
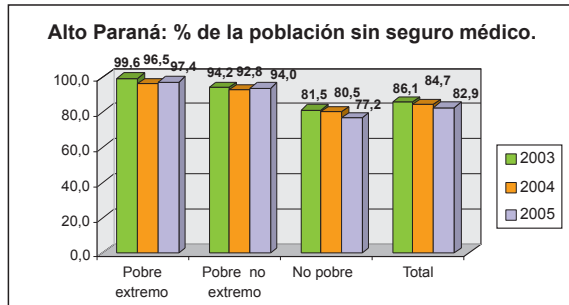


**c) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.**

Durante los años 2003, 2004 y 2005, el porcentaje de la población que no posee seguro médico es de 86,1%, 84,7% y 82,9%, se observa una mejoría en el año 2005 si lo comparamos con los años 2003 y 2004.

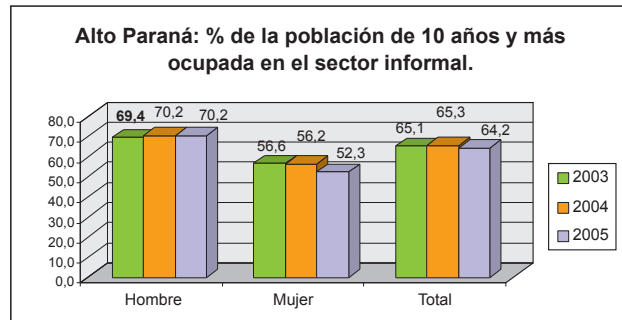
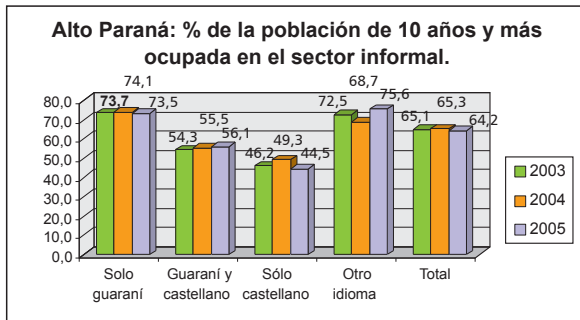


Esta falta de cobertura alcanza principalmente a los hogares en situación de pobreza, con pobreza extrema al 97,4% y pobreza no extrema al 94% en el año 2005, así como a los hogares en los cuales se habla predominantemente guaraní.



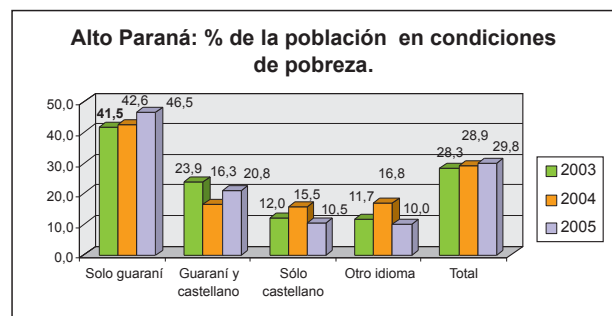
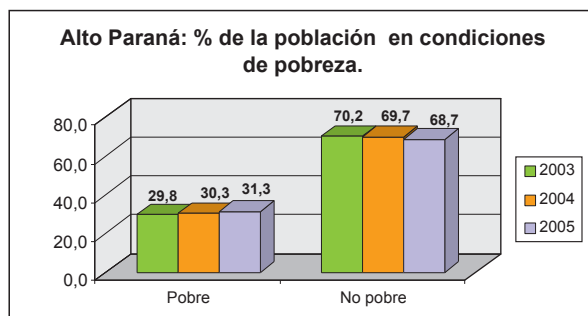
#### d) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.

Según las EPH 2003-2005, los trabajadores informales constituyen aproximadamente entre el 65,1% y el 64,2% del total de la población de 10 años y más ocupada. La situación se agrava en aquellos que hablan preferentemente guaraní y en los hombres.

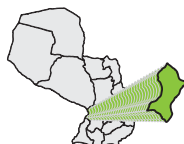


#### e) Niveles de pobreza.

En cuanto al indicador de pobreza la situación empeora respecto al año 2003 (29,8% en el año 2003 contra 31,3% en el año 2005), pero aún el nivel de pobreza es elevado y la situación es más desventajosa para aquellos que hablan preferentemente guaraní.

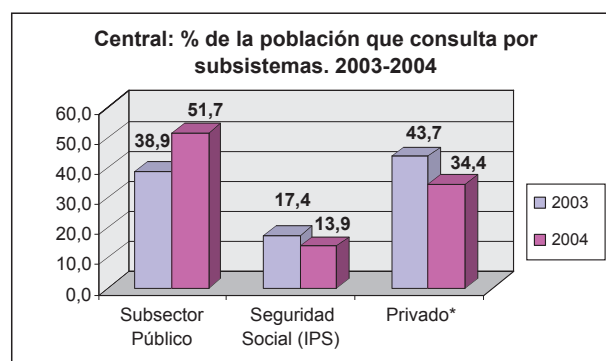
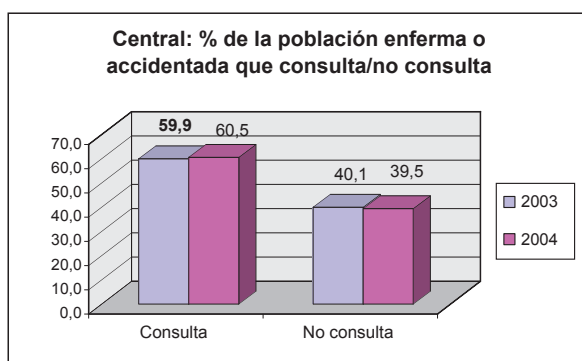


## XI. DEPARTAMENTO DE CENTRAL.



### Demanda asistida en salud.

En los años 2003 y 2004, la población enferma o accidentada que consultó a un establecimiento de salud por esa enfermedad o accidente, representa al 59,9% y al 60,5% respectivamente. En el año 2003, el subsector privado es el subsector al cual la población acude a consultar en mayor proporción respecto al subsector público y a la seguridad social. Sin embargo, en el año 2004 el porcentaje de población que consulta en el subsector privado disminuyó en 10 puntos porcentuales y en la seguridad social 3 puntos porcentuales, volcándose al subsector público. Así, las consultas en el subsector público aumentaron 13 puntos porcentuales, y en ese año es el subsector público al cual la población consulta en mayor proporción.



En el 2003, tanto el subsector público como el IPS atiende predominantemente a la población del 3º y 4º quintil y el subsector privado atiende a la población del 4º y 5º quintil. En el 2004, el subsector público atiende predominantemente a la población del 2º y 3º quintil; por su parte, la seguridad social pasa de cubrir a la población de los quintiles 3º al 5º, y el subsector privado, mantiene la atención preferente de atender a la población del 4º y 5º quintil. Con esto se puede observar que la población de bajos recursos (1º y 2º quintil) está desprotegida.

### CENTRAL: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003		Quintiles predominantes	Año 2004		Quintiles predominantes
	Demanda Asistida			Demanda Asistida		
	Nº	%		Nº	%	
Subsector Público	95.259	38,9	3º y 4º quintil	163.259	51,7	2º y 3º quintil
Seguridad Social (IPS)	42.638	17,4	3º y 4º quintil	43.803	13,9	3º, 4º y 5º quintil
Privado*	107.141	43,7	4º y 5º quintil	108.772	34,4	4º y 5º quintil
<b>Total</b>	<b>245.037</b>	<b>100,0</b>		<b>315.834</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro de la población, se observa un leve aumento en la proporción de asegurados en el IPS, mientras que la cobertura del sector privado se mantiene.

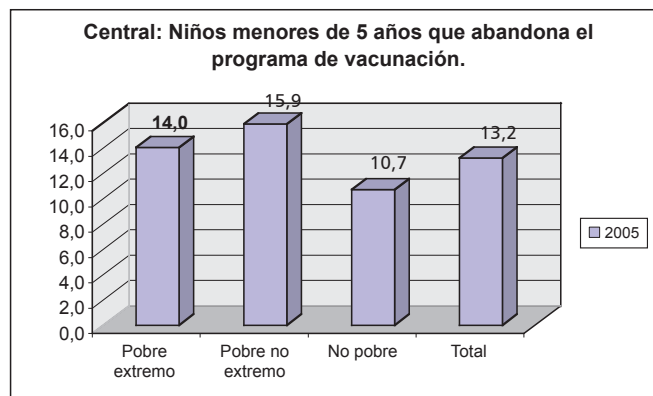
## CENTRAL: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	213.036	14,9	236.646	14,7	287.760	16,5
Privado	134.335	9,4	112.415	7,0	169.114	9,7
Sanidad Militar	6.925	0,5	7.657	0,5	19.806	1,1
Sanidad Policial	13.675	1,0	17.957	1,1	25.609	1,5
En el exterior	1.197	0,1	3.204	0,2	1.252	0,1
No tiene	1.057.447	74,1	1.232.553	76,5	1.235.533	71,0

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

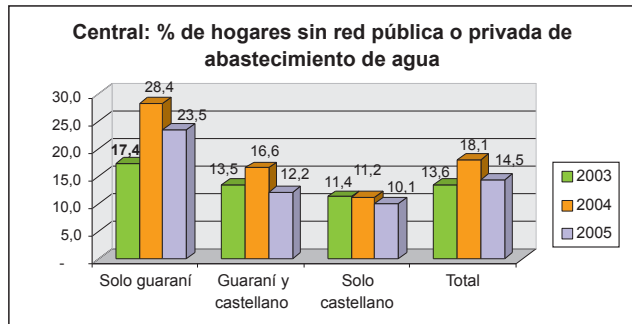
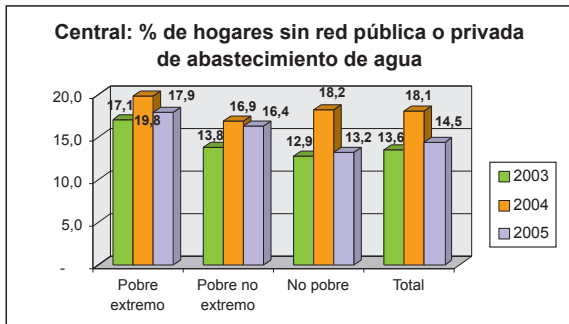
## a) Proporción de Niños que abandona el programa de vacunas.

La EPH 2005 muestra que el 13,2% de los niños menores a cinco años abandona el programa de vacunación, porcentaje que es mayor entre los pobres extremos (14%) y en los pobres no extremos (15,9%) de la población.

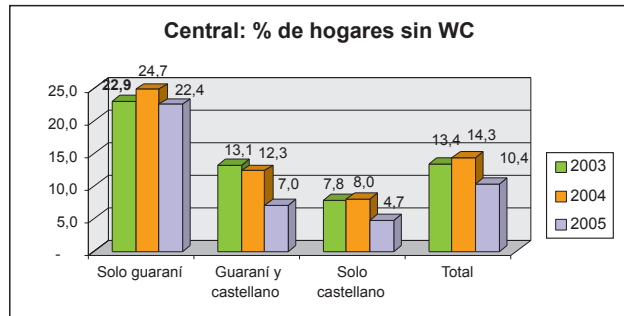
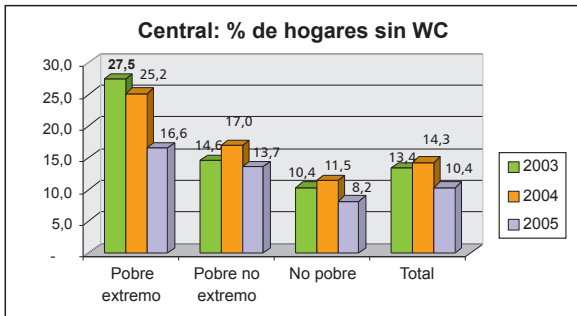


## b) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

El porcentaje de la población que se abastece de agua no potable, es decir, a través de pozo con o sin bomba, arroyo, río, manantial, aguatero y otros es de 13,6% en el 2003 y de 14,5% en el 2005; en general no se observan grandes diferencias en los niveles de pobreza para los tres años analizados. En los sectores en los que predomina el guaraní como idioma hablado más frecuentemente, los porcentajes son mayores que los demás.

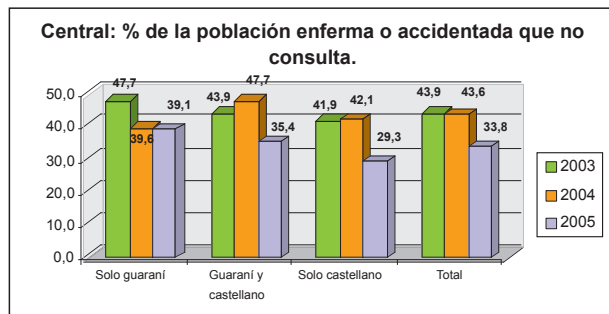
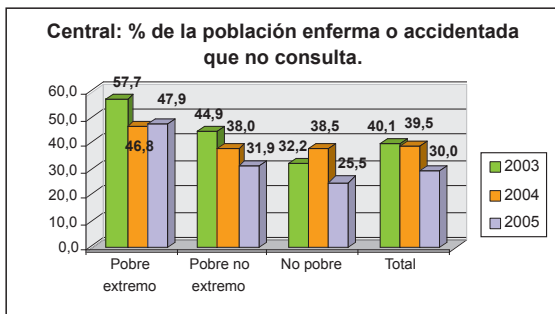


En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, la encuesta 2003 indica que el 13,4% de los hogares de pobreza extrema tienen servicios sanitarios que no cuentan con WC. En los hogares no pobres la situación mejora, particularmente en el año 2005 (8,2%). Los que hablan preferentemente guaraní están en peores condiciones según este indicador.



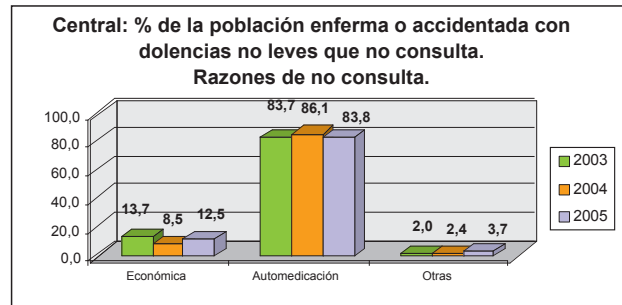
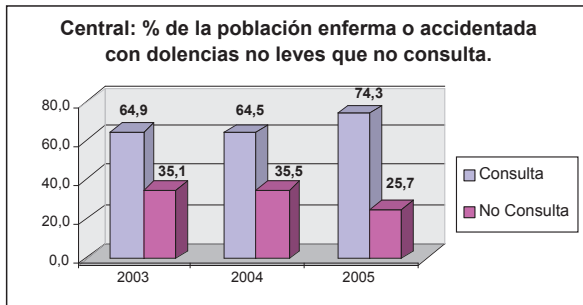
**c) Porcentaje de cobertura de la red de salud.**

La proporción de la población que estuvo enferma o accidentada y no consultó ha disminuido del 40,1% en el 2003 al 30% en el 2005. Los pobres extremos son los que no consultan en mayor proporción cuando están enfermos o accidentados, en cuanto a los pobres no extremos se nota que en el año 2005 disminuye la proporción de los que no consultan, si se considera el idioma más hablado en el hogar, los que hablan predominantemente el guaraní son los que menos consultan.



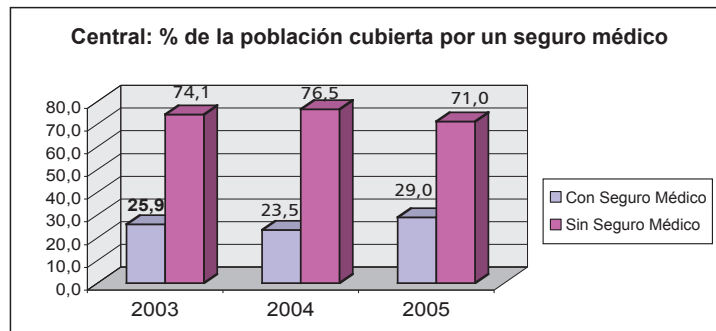


Al considerar a "la población enferma o accidentada con dolencia no leve", se evidencia un aumento en el porcentaje de la población que consulta entre el 2003 (64,9%) y el 2005 (74,3%). La mayor causa de no consulta constituye la automedicación, con porcentajes de 83,7% y 83,8% entre el 2003 y el 2005 respectivamente.

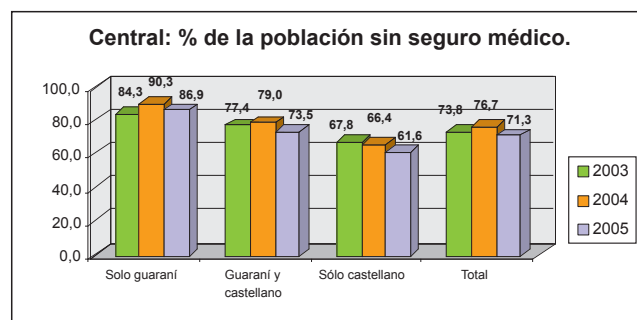
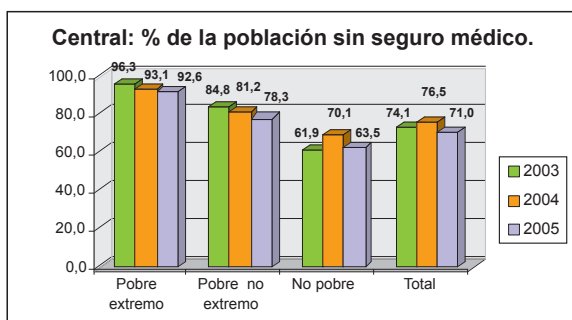


**d) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.**

En promedio, durante los años 2003, 2004 y 2005, el porcentaje de la población que no posee seguro médico es de 73,8% aproximadamente, aunque en el 2005 se evidencia una mejoría si lo comparamos con el año 2004, según la EPH 2005, el 71% de la población del departamento Central no tiene seguro médico.

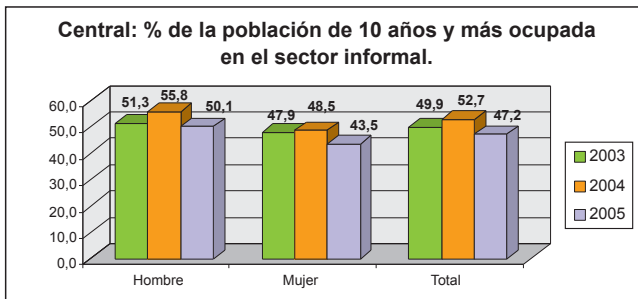
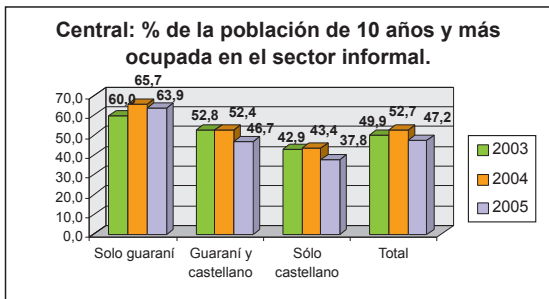


Esta falta de cobertura alcanza principalmente a los hogares con pobreza extrema, aunque se observa una mejoría entre el 2003 y el 2005, y a los hogares en los cuales se habla predominantemente guaraní.



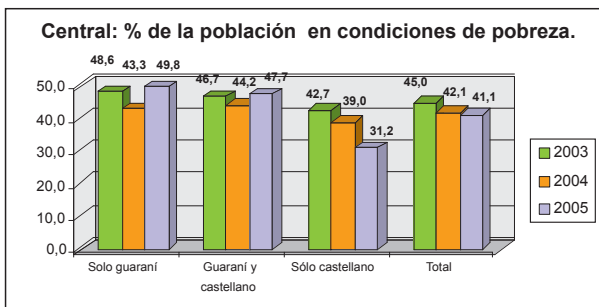
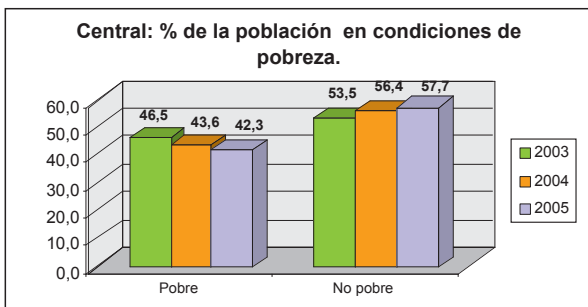
**e) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.**

En el año 2005, los trabajadores informales constituyen al 47,2% del total de la población de 10 años y más ocupada. La situación se agrava en aquellos que hablan preferentemente guaraní y si se diferencia a los trabajadores por género, se observa que la situación es peor para los hombres.



**f) Niveles de pobreza.**

En cuanto al indicador de pobreza se evidencia una leve mejoría respecto al año 2003 (46,5% en el año 2003 contra 42,3% en el año 2005) pero aún el nivel de pobreza es elevado.



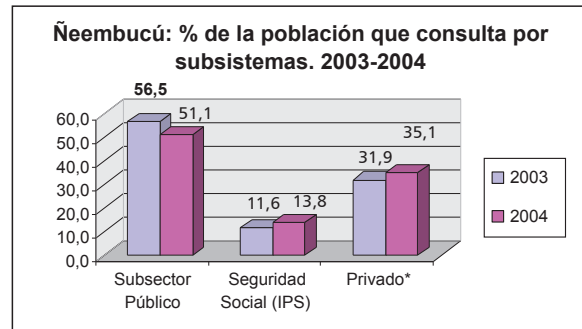
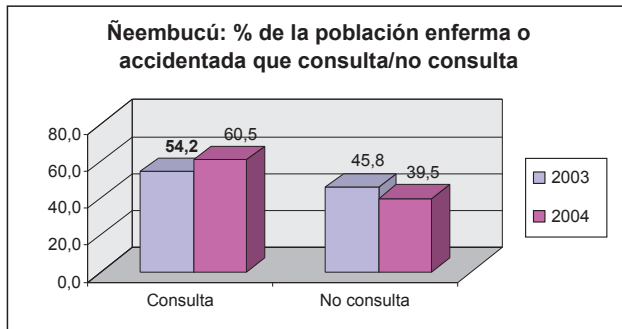
## XII. DEPARTAMENTO DE ÑEEMBUCÚ.



### Demanda asistida en salud.

En Ñeembucú, la población enferma o accidentada que consultó a un establecimiento de salud por esa enfermedad o accidente, representa al 54,2% en el año 2003 y al 60,5% en el año 2004. El subsector al cual más del 50% de la población acude a consultar es el público, le sigue el subsector privado y en menor proporción la seguridad social.

En el año 2004 el porcentaje de población enferma o accidentada que acude al subsector público disminuyó en poco más del 5% con respecto al año 2003, mientras que las consultas en el subsector privado aumentaron de 31,9% a 35,1% y en la seguridad social de 11,6% a 13,8% entre los años 2003 y 2004.



Por quintiles de ingreso, se observa que el subsector público atiende predominantemente a la población del 1º, 2º y 3º quintil en el año 2003 y a la población del 1º y 3º quintil en el año 2004. La seguridad social pasa de cubrir a la población de los dos quintiles más altos en el 2003, a cubrir fundamentalmente a la población del 1º y 4º quintil. Mientras que el subsector privado, en el año 2003 cubre a la población de 2º y 5º quintil y en el 2004 atiende principalmente a la población del 1º, 2º y 4º quintil.

### ÑEEMBUCÚ: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
	Nº	%		Nº	%	
Subsector Público	9.384	56,5	1º, 2º y 3º quintil	9.067	51,1	1º y 3º quintil
Seguridad Social (IPS)	1.933	11,6	4º y 5º quintil	2.448	13,8	1º y 4º quintil
Privado*	5.303	31,9	2º y 5º quintil	6.237	35,1	1º, 2º y 4º quintil
<b>Total</b>	<b>16.620</b>	<b>100,0</b>		<b>17.752</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004 . Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

Con relación a la cobertura de seguro de la población, se observa que la proporción de asegurados en el IPS prácticamente se mantiene, mientras que el porcentaje de cobertura del sector privado aumenta sostenidamente entre los años 2003 y 2005, pasando de 3,9% a 9,2% entre esos años.

### ÑEEMBUCÚ: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	8.263	10,2	11.616	14,3	6.588	10,7
Privado	3.175	3,9	5.857	7,2	5.670	9,2
Otros	747*	0,9	869*	1,1	*	0,0
No tiene	68.440	84,9	63.067	77,5	49.498	80,2

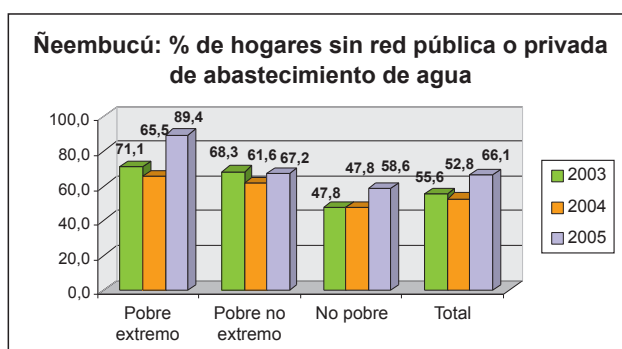
\* Muestra no representativa.

**Fuente:** Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

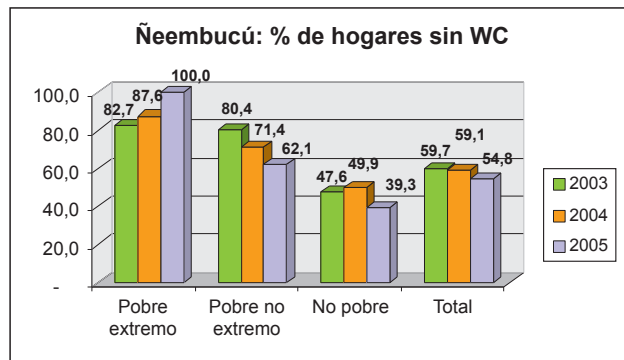
#### a) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

Conforme aumenta la población del departamento a través de los años, se observa que también aumenta el porcentaje de hogares que no posee agua potable, es decir, que se abastecen de agua de pozo con o sin bomba, arroyo, río, manantial, aguatero y otros. Así, del 55,6% de hogares que no poseen agua potable en el año 2003, hay un aumento de más del 10% de hogares que no lo poseen en el año 2005.

Por niveles de pobreza, se observa que en el año 2005 son los pobres extremos los más afectados por la falta de provisión de agua potable, alcanzando al 89,4% de los mismos. No obstante, la proporción de hogares en situación de pobreza no extrema sin red pública o privada de abastecimiento de agua también es elevada, alcanzando al 67,2% de los hogares en el año 2005.

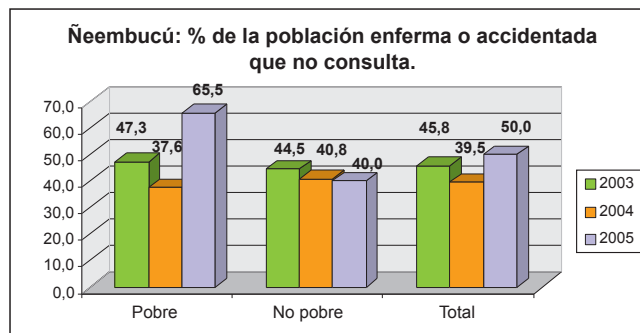


En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, la encuesta 2003 indica que el 82,7% de los hogares de pobreza extrema no cuentan con WC, alcanzando a la totalidad de los mismos en el año 2005. En los hogares no pobres la situación mejora y en particular en el año 2005 donde el porcentaje es del 39,3% de los no pobres.

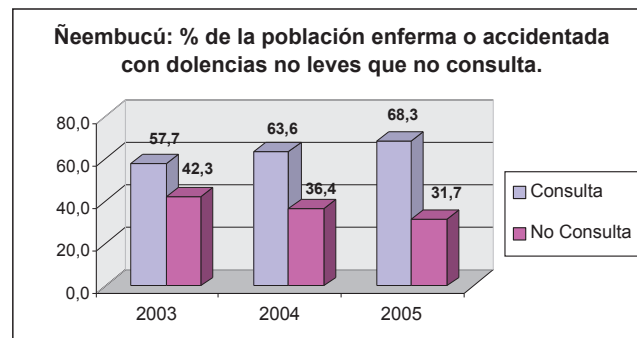


### b) Porcentaje de cobertura de la red de salud.

Según la EPH 2003 el 45,8% de la población que estuvo enferma o accidentada no consultó, porcentaje que en el año 2004 fue de 39,5% y en el año 2005 ascendió al 50%. La población pobre es la que no consulta en mayor proporción cuando se encuentran enfermos o accidentados, tal es así que en el año 2005 aproximadamente el 70% de los pobres no consultó.

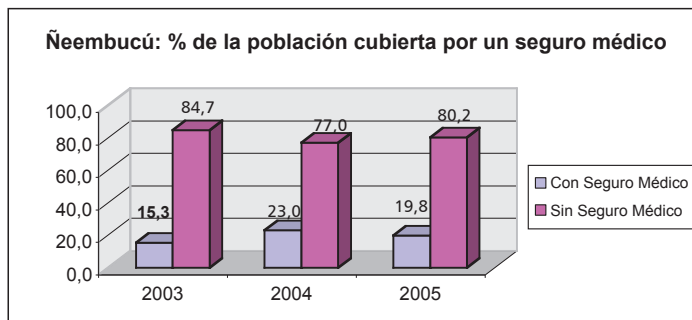


Al analizar a la **población enferma o accidentada con dolencia no leve**, se observa que el porcentaje de la población que consulta aumenta entre un año y otro, así en el año 2003 consultó el 57,7% de la población, en el año 2004 el 63,6% y para el año 2005 el porcentaje asciende al 68,3%.

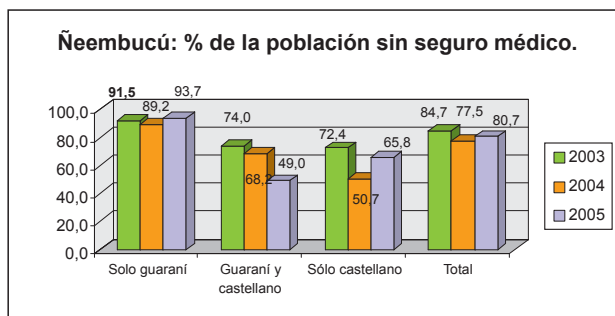
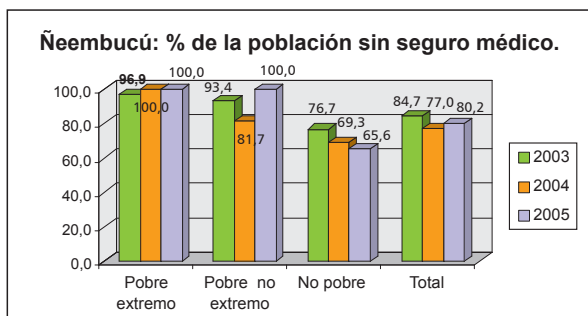


**c) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.**

En Ñeembucú, durante los años 2003, 2004 y 2005, el porcentaje de la población que no posee seguro médico es de 80,6% en promedio, según la EPH 2005, el 80,2% de la población no tiene seguro médico, observándose una mejoría con respecto a los otros años considerados.

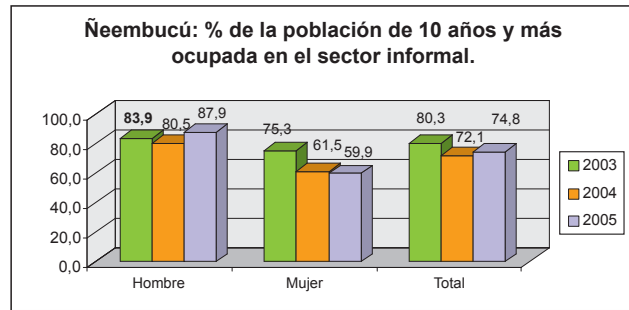
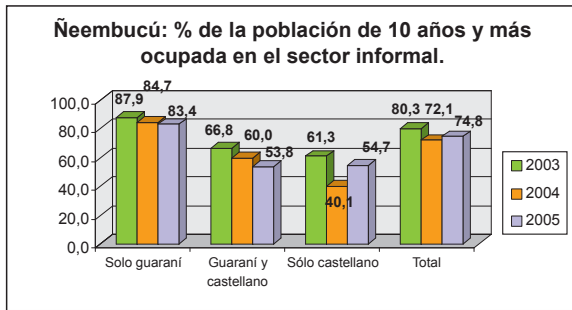


La falta de cobertura alcanza principalmente a los hogares con pobreza extrema, alcanzando el 100% en los años 2004 y 2005, así como a los hogares en los cuales se habla predominantemente guaraní, con el 93,7% en el año 2005.



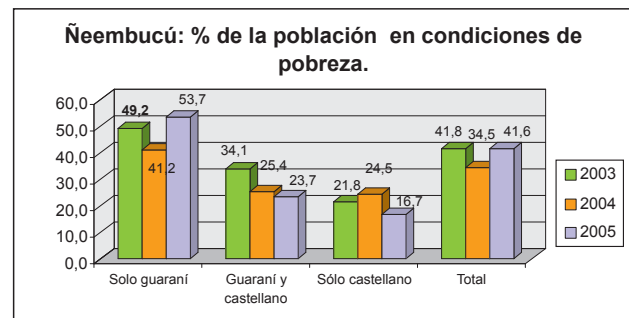
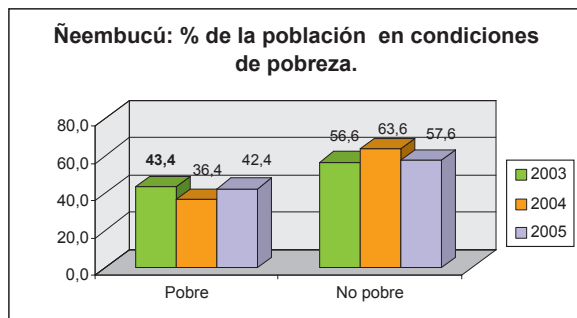
**d) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.**

Según la EPH 2003, los trabajadores informales constituyen el 80,3% del total de la población de 10 años y más ocupada, observándose una leve disminución en los años 2004 y 2005. La situación se agrava en aquellos que hablan preferentemente guaraní, con 87,9% en el 2003 y 83,4% en el 2005. Para el caso de los hombres se observa una situación inversa, pues la proporción de hombres ocupados en el sector informal aumenta de 83,9% en el 2003 al 87,9% en el 2005.

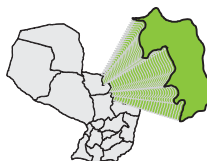


**e) Niveles de pobreza.**

En cuanto al indicador de pobreza, se evidencia un nivel de pobreza elevado, que alcanza a más del 40% de la población del departamento, sin cambios significativos entre los años 2003 y 2005. La situación es más desventajosa para aquellos que hablan preferentemente guaraní, con un porcentaje de 53,7% de la población que vive en condiciones de pobreza en el año 2005.

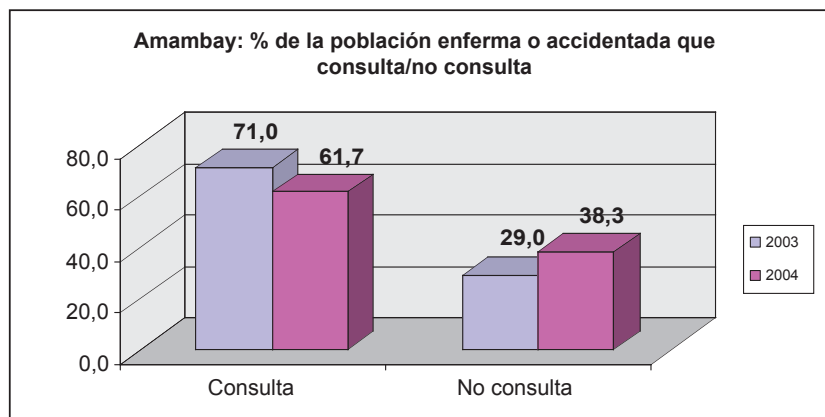


### XIII. DEPARTAMENTO DE AMAMBAY.



#### Demanda asistida en salud.

En Amambay, el porcentaje de la población enferma o accidentada que consultó en el año 2003 es del 71%; esta situación ha empeorado para el 2004, año en que el porcentaje de enfermos o accidentados que consultó disminuyó al 61,7%.



Con relación a la atención realizada por los diferentes subsectores, a la población enmarcada en los quintiles de mayor porcentaje de cobertura (más del 20%), se observa que en el 2003 el subsector público atiende predominantemente a la población del 1º, 2º y 3º quintil mientras que en el 2004 la atención se centra principalmente a la población del 2º, 3º y 4º quintil. Por su parte, la seguridad social cubre a la población del 3º y 5º quintil tanto para el año 2003 como para el 2004. El subsector privado pasa de atender a la población de los quintiles 2º, 3º y 5º en el 2003 a atender a la población del 3º, 4º y 5º quintil.

#### AMAMBAY: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
Nº	%	Nº		%		
Subsector Público	3.558	47,8	1º, 2º y 3º quintil	7.674	48,5	2º, 3º y 4º quintil
Seguridad Social (IPS)	414*	5,6	3º y 5º quintil	1.866	11,8	3º y 5º quintil
Privado <sup>1/</sup>	3.472	46,6	2º, 3º y 5º quintil	6.288	39,7	3º, 4º y 5º quintil
<b>Total</b>	<b>7.443</b>	<b>100,0</b>		<b>15.828</b>	<b>100,0</b>	

<sup>1/</sup> Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

\* Muestra no representativa.

**Fuente:** Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004 . Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro de la población, se observa que la proporción de asegurados en el IPS entre el 2003 y el 2005 casi se duplica, pasando de 9,1% al 15%; sin embargo la cobertura del sector privado disminuye a menos de la mitad entre esos años (4,8% a 2%).



## AMAMBAY: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

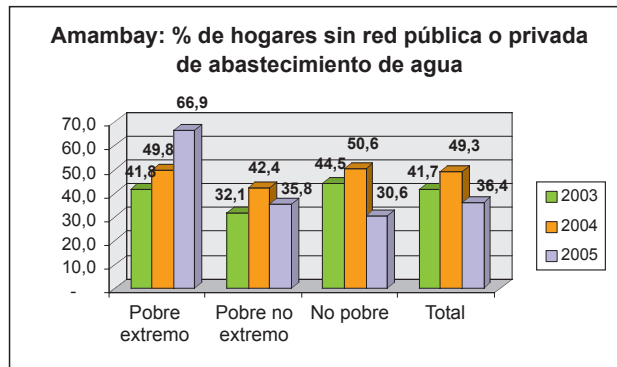
Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	9.677	9,1	9.255	7,4	20.388	15,0
Privado	5.146	4,8	4.049	3,3	2.739	2,0
Sanidad Militar	302*	0,3	821*	0,7	*	0,0
No tiene	91.760	85,8	110.359	88,7	112.745	83,0

\* Muestra no representativa.

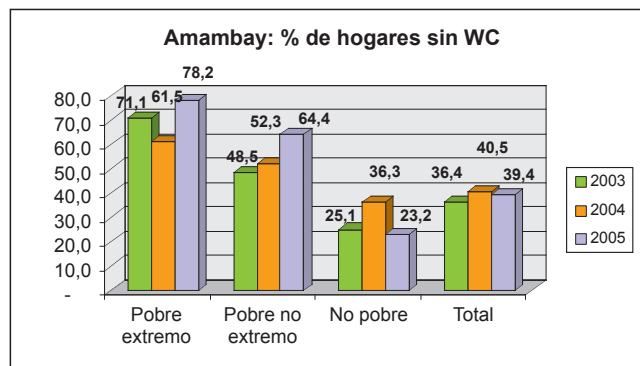
Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

## a) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

En el año 2003, el 41,7% de la población de Amambay se abastecía de agua de pozo con o sin bomba, arroyo, río, manantial, aguatero y otros; en el 2005 se observa una mejoría, este porcentaje disminuyó a 36,4% de la población. Sin embargo, al discriminar por niveles de pobreza se observa que el acceso a agua potable de la población en pobreza extrema empeora, puesto que de 41,8% en el 2003 pasa a 66,9% de la población sin red pública o privada de abastecimiento.

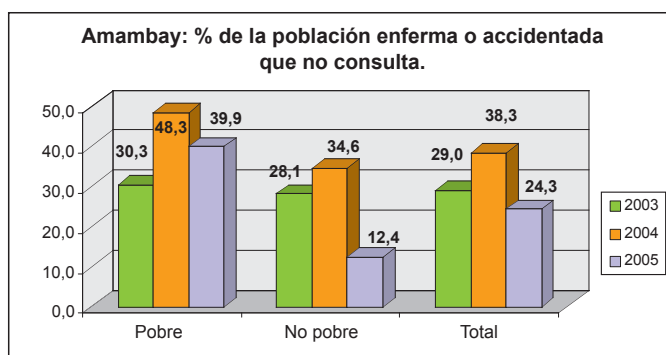


En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, las encuestas de hogares del 2003 al 2005, muestran que entre el 71,1% (año 2003) y el 78,2% (año 2005) de los hogares en pobreza extrema, los servicios sanitarios no cuentan con WC. En los hogares no pobres la situación es muy distinta, pues solo entre el 25,1% (año 2003) y el 23,2% (año 2005) no cuentan con ese servicio.

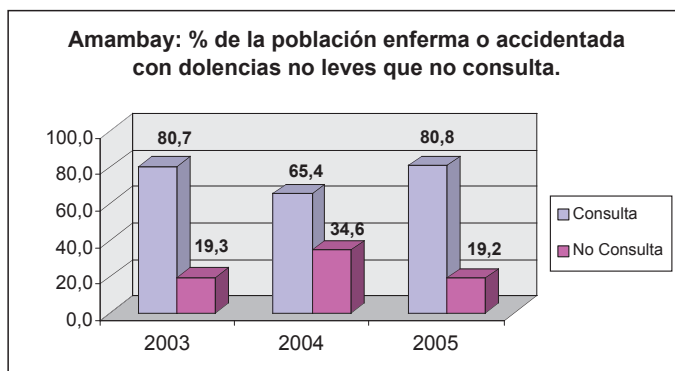


**c) Porcentaje de cobertura de la red de salud.**

En el departamento de Amambay, el porcentaje de la población enferma o accidentada que no consulta es relativamente bajo, en el año 2005 fue de 24,3%. Al discriminar el indicador por niveles de pobreza se observa que son los pobres principalmente los que no consultan, situación que ha ido empeorando en los últimos años, así en el 2003 el 30,3% de la población no consultó, en el 2004 ascendió al 48,3% para llegar al 39,9% de la población enferma o accidentada que no consulta por esa enfermedad o accidente en el año 2005.

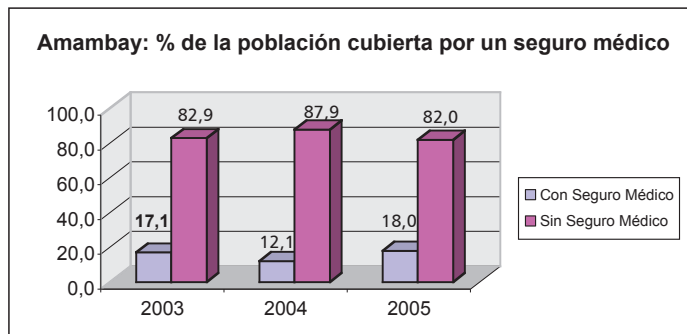


Si se considera "la población enferma o accidentada con dolencia no leve", se evidencia que en los años 2003 y 2005, 8 de cada 10 enfermos o accidentados con dolencia no leve consultan.

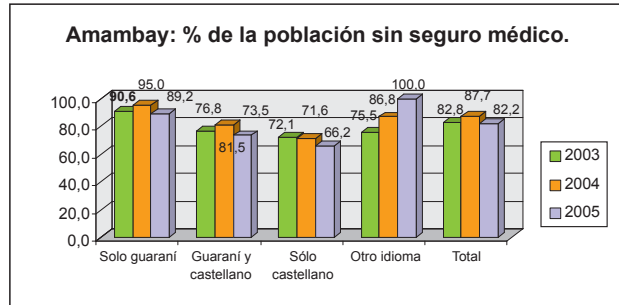
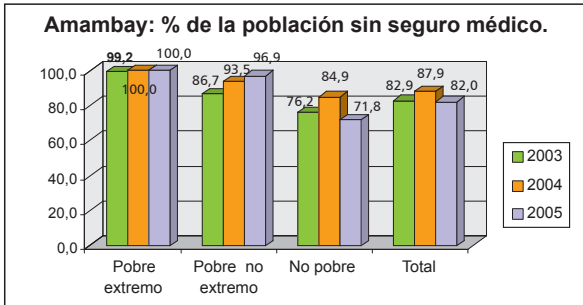


**d) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.**

Entre los años 2003 y 2005 se observa que el porcentaje de la población que no posee seguro médico es de 82% aproximadamente, aunque en el 2005 se evidencia una leve mejoría si lo comparamos con el año 2004.

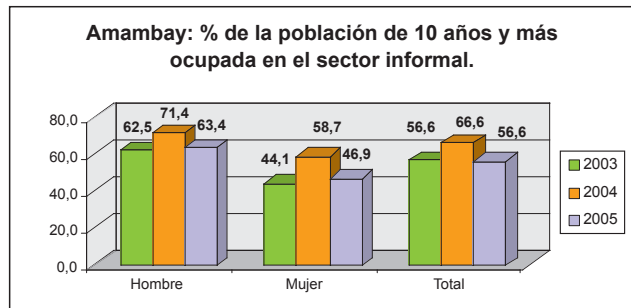
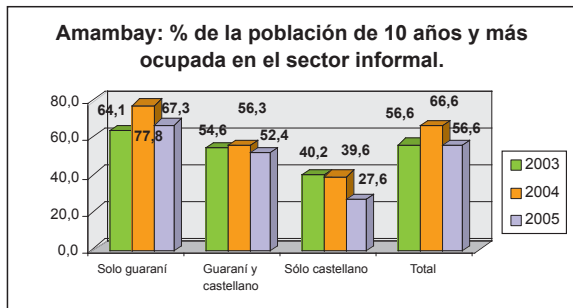


Esta falta de cobertura alcanza principalmente a los hogares pobres, en el año 2005 el 100% de la población en pobreza extrema y el 96,9% de los pobres no extremos no tienen seguro médico, así como también a los hogares en los cuales se habla predominantemente guaraní (89,2%) y otro idioma (100%).



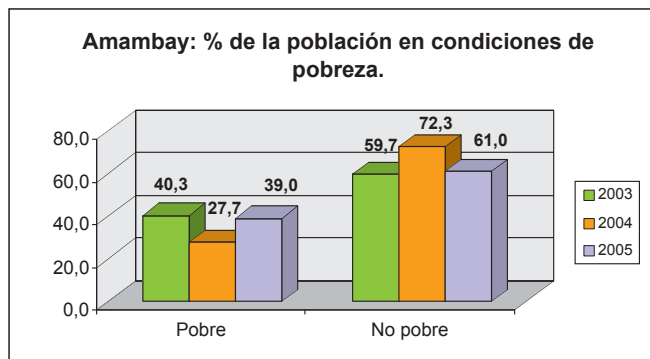
**e) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.**

Según las EPH 2003-2005, los trabajadores informales constituyen el 56,6% del total de la población de 10 años y más ocupada. La situación se agrava en aquellos que hablan preferentemente guaraní y en los hombres, que en el 2005 alcanzaron porcentajes de 67,3% y 63,4% respectivamente.

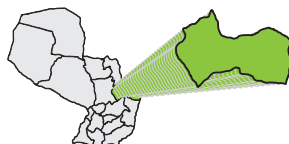


**f) Niveles de pobreza.**

En cuanto al indicador de pobreza se evidencia un estancamiento en el 2005 respecto al año 2003, con 39% de la población pobre en el departamento.

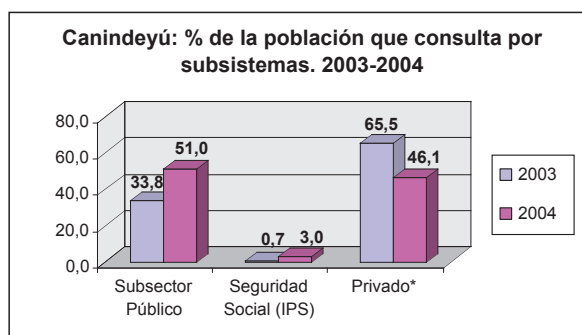
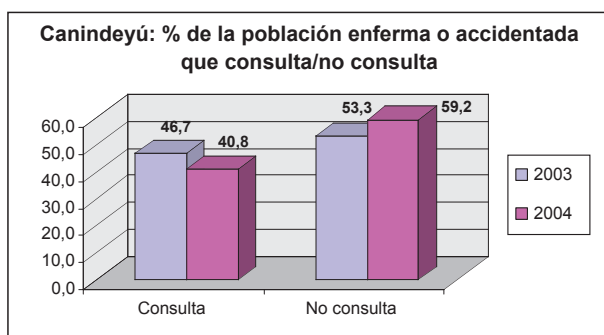


### XIV. DEPARTAMENTO DE CANINDEYÚ.



#### Demanda asistida en salud.

En el año 2003 el 46,7% de la población enferma o accidentada consultó a un establecimiento de salud por esa enfermedad o accidente, con una disminución de 6 puntos porcentuales en el 2004. La EPH 2003 muestra que el subsector privado es el subsector al cual la población acude en mayor proporción a consultar, respecto al subsector público y a la seguridad social; sin embargo, esta situación se invierte para el 2004, donde el subsector público es el que atiende al mayor porcentaje de población que consulta respecto a los otros subsectores, lo que nos muestra que la disminución de casi 20% de la población atendida por el subsector privado se ha volcado principalmente al subsector público y en menor proporción a la seguridad social.



Al caracterizar la atención realizada por los diferentes subsectores por quintiles predominantes, se observa que el subsector público atiende predominantemente a la población del 2º, 3º y 4º quintil en el 2003, mientras que para el año 2004 la atención se centra en la población del 1º, 2º y 4º quintil.

Por su parte, la seguridad social pasa de cubrir a la población del 3º y 5º quintil en el año 2003, a cubrir fundamentalmente a la población del 3º, 4º y 5º quintil; el subsector privado pasa de atender a la población del 1º y 4º quintil en el año 2003, a atender principalmente a la población del quintil más alto.

#### CANINDEYÚ: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
Nº	%	Nº		%		
Subsector Público	6.754	33,8	2º, 3º y 4º quintil	9.125	51,0	1º, 2º y 4º quintil
Seguridad Social (IPS)	143*	0,7	3º y 5º quintil	530*	3,0	3º, 4º y 5º quintil
Privado <sup>1/</sup>	13.094	65,5	1º y 4º quintil	8.249	46,1	5º quintil
<b>Total</b>	<b>19.991</b>	<b>100,0</b>		<b>17.904</b>	<b>100,0</b>	

<sup>1/</sup> Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

\* Muestra no representativa.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004 . Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro de la población, en los años considerados se presenta un estancamiento de la proporción de la población asegurada en el departamento, que representa solo al 7% de la población total. Por institución, se observa un aumento del 1,4% de la cobertura de seguro del IPS entre los años 2003 y 2005, y, en contrapartida, una disminución sostenida de la cobertura del sector privado.

#### CANINDEYÚ: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

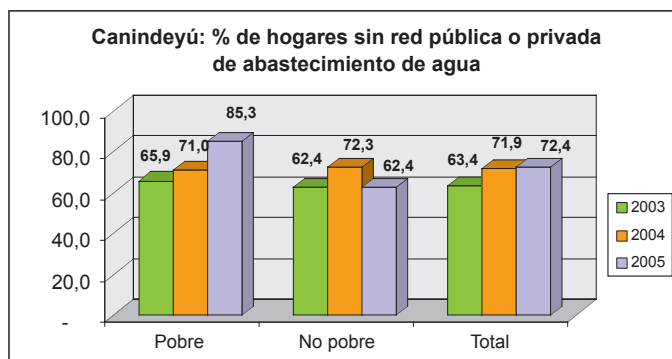
Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	5.909	4,0	4.305	2,6	7.717	5,4
Privado	2.848	1,9	2.019	1,2	764	0,5
Otros	834*	0,6	252*	0,2	*	0,0
No tiene	137.384	93,5	156.483	96,0	133.742	94,0

\* Muestra no representativa.

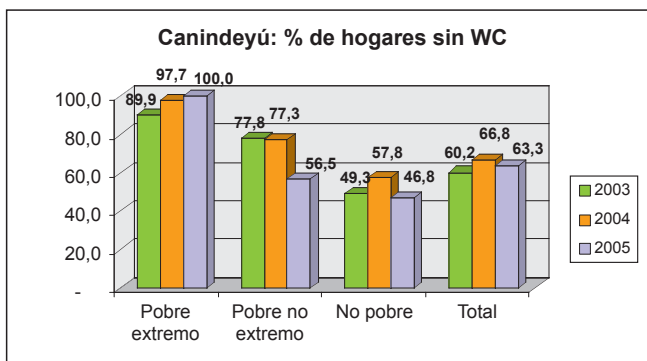
Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

#### a) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

En el año 2003 el 63,4% de la población tenía acceso a red pública o privada de abastecimiento de agua, es decir, se abastecía de agua de pozo con o sin bomba, arroyo, río, manantial, aguatero y otros; en el año 2005 el porcentaje aumentó a 72,4%.

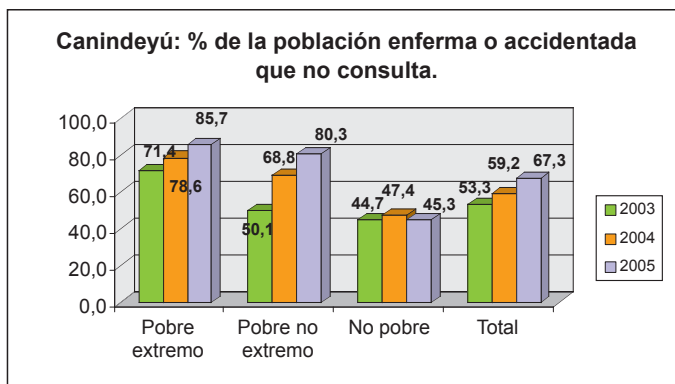


En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, en el año 2003 en el departamento de Canindeyú el 89,9% de los hogares en pobreza extrema tienen servicios sanitarios que no cuentan con WC, situación que se agrava fuertemente en el 2005, que alcanza al 100% de esos hogares. En los hogares pobres no extremos y no pobres la situación mejora, particularmente en el año 2005, en el que baja al 56,5% y al 46,8% respectivamente.

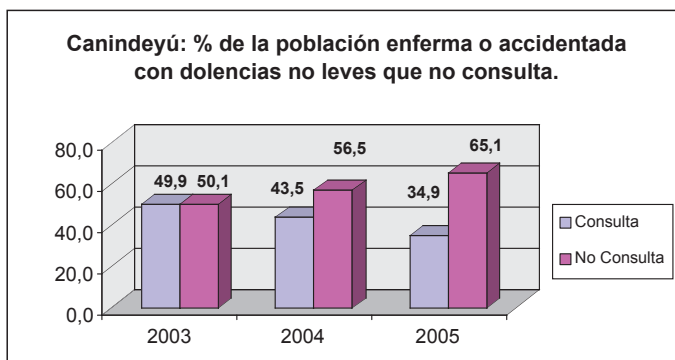


**b) Porcentaje de cobertura de la red de salud.**

El porcentaje de la población enferma o accidentada que no consulta ha ido aumentando en los tres años analizados, porcentaje que en el año 2003 fue de 53,3%, en el 2004 de 59,2% alcanzando al 67,3% de esa población en el año 2005. Al discriminar el indicador por niveles de pobreza se observa, que son los pobres extremos principalmente los que no consultan, situación que ha ido empeorando en los últimos años, así en el 2003 el 71,4% de la población no consultó, en el 2004 ascendió al 78,6% para llegar al 85,7% de la población enferma o accidentada que no consulta por esa enfermedad o accidente en el año 2005.

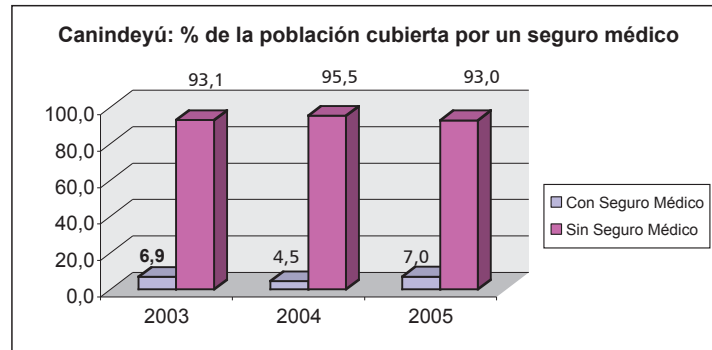


En el caso de la **población enferma o accidentada con dolencia no leve**, se evidencia que el porcentaje de la población que consulta es cada vez menor; en el año 2003 el 49,9% de la población no consultó, en el 2004 el 43,5% y en el 2005 solo consultó el 34,9%.



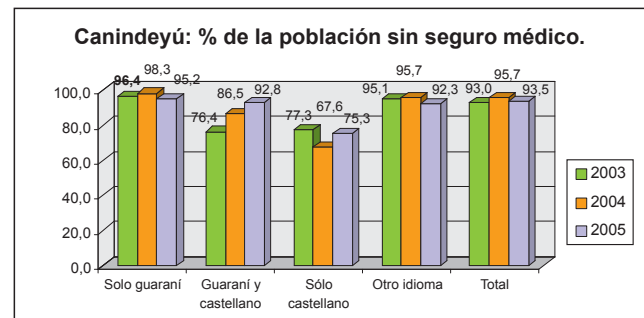
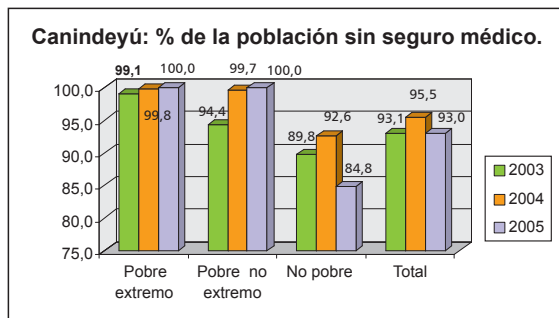
### c) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.

En Canindeyú, la proporción de la población que tiene seguro médico, ya sea del IPS, del sector privado, la sanidad militar, sanidad policial o en el exterior, es muy baja, con un promedio de 93% aproximadamente entre los años 2003 y 2005.



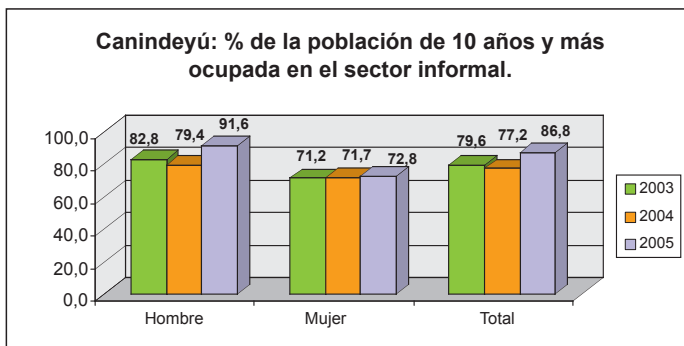
Los principales afectados por la falta de cobertura de seguro son los hogares que se encuentran en situación de pobreza (extrema o no), que en el año 2005 alcanzó al 100% de los mismos.

En los años considerados, la desagregación por idioma más hablado en el hogar muestra que prácticamente no hay diferencias entre los hogares que hablan predominantemente el guaraní, con porcentajes que superan el 90% de hogares que no tienen seguro médico. Aquellos que hablan predominantemente el castellano presentan una leve mejoría entre los años 2003 y 2005, con porcentajes de 77,3% y 75,3% respectivamente.



### d) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.

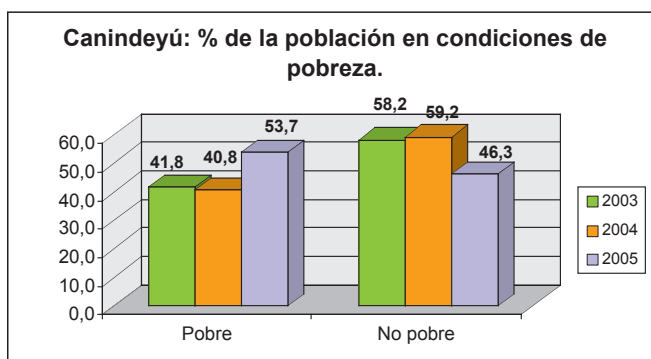
La proporción de trabajadores informales en el departamento respecto al total de trabajadores, ha aumentado en los últimos tres años, en el 2003 representaban el 79,6% y para el 2005 alcanzaron el 86,8% del total de la población de 10 años y más ocupada.



La desagregación por sexo muestra que hay mayor porcentaje de hombres que de mujeres entre los trabajadores informales; la proporción de mujeres como trabajadoras informales entre los diferentes años se mantiene, mientras que para el caso de los hombres la situación empeora.

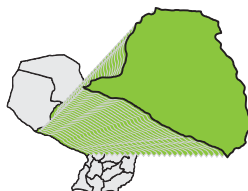
**e) Niveles de pobreza.**

La población que vive en condiciones de pobreza aumenta entre un año y otro, así de 41,8% en el 2003, la proporción de pobres en Canindeyú aumentó a 53,7% en el 2005.





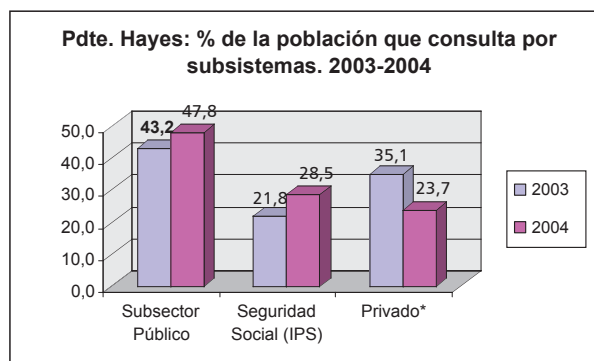
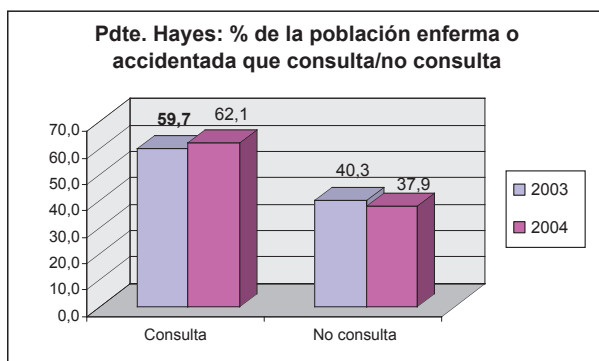
## XV. DEPARTAMENTO DE PDTE. HAYES.



### Demanda asistida en salud.

En el año 2003, en Presidente Hayes, el 59,7% de la población enferma o accidentada consultó a un establecimiento de salud por esa enfermedad o accidente; en el 2004 el porcentaje aumentó a 62,1%. En ambos años, el subsector público es el subsector al cual la población acude en mayor proporción a consultar respecto al subsector privado y a la seguridad social, con un aumento en el porcentaje de casi 5% en el año 2004.

Se observa también que la cobertura de atención de la seguridad social ha tenido un aumento de 7%, mientras que la cobertura del subsector privado ha disminuido entre esos años del 35,1% al 23,7%. La disminución del subsector privado se ha volcado a los demás subsectores.



Por quintiles de ingreso se observa que el subsector público atiende predominantemente a la población del 1° y 3° quintil en el año 2003 y en el siguiente año prácticamente cubre a la población de todos los quintiles de ingreso, excepto a la del 3° quintil. La seguridad social pasa de atender al 3°, 4° y 5° quintil en el año 2003 a atender a los quintiles 4° y 5°, en el 2004. El subsector privado, pasa de atender a la población de los quintiles 2° y 4° en el año 2003 a la población de los quintiles 4° y 5° principalmente. Como se puede observar, los quintiles más pobre son los más desprotegidos.

### PDTE. HAYES: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
	N°	%		N°	%	
Subsector Público	6.039	43,2	1° y 3° quintil	7.635	47,8	1°, 2°, 3° y 4° quintil
Seguridad Social (IPS)	3.042	21,8	3°, 4° y 5° quintil	4.558	28,5	4° y 5° quintil
Privado*	4.901	35,1	2° y 4° quintil	3.781	23,7	4° y 5° quintil
<b>Total</b>	<b>13.982</b>	<b>100,0</b>		<b>15.974</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro de la población, se observa que la proporción de asegurados en el IPS y en el subsector privado aumenta en los tres años analizados. No obstante, es en el subsector privado donde el incremento es mayor, llegando a casi triplicarse entre el 2003 y el 2005, mientras que el IPS tuvo un incremento de 7 puntos en el porcentaje de la cobertura de salud.

#### PDTE. HAYES: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

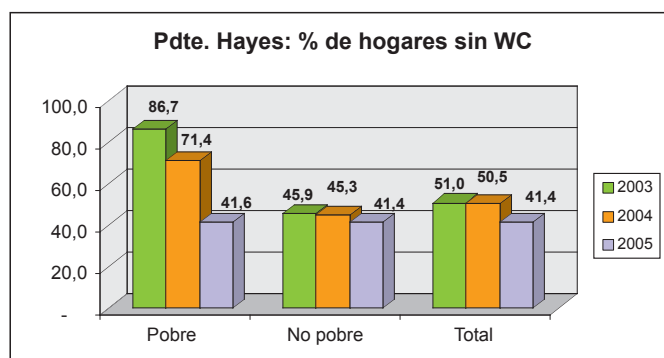
Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	12.311	15,6	17.475	18,7	12.107	22,7
Privado	5.602	7,1	5.502	5,9	10.376	19,4
Sanidad Militar / Policial	1.126	1,4	779*	0,8	153*	0,3
No tiene	59.716	75,8	69.562	74,5	30.712	57,6

\* Muestra no representativa.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

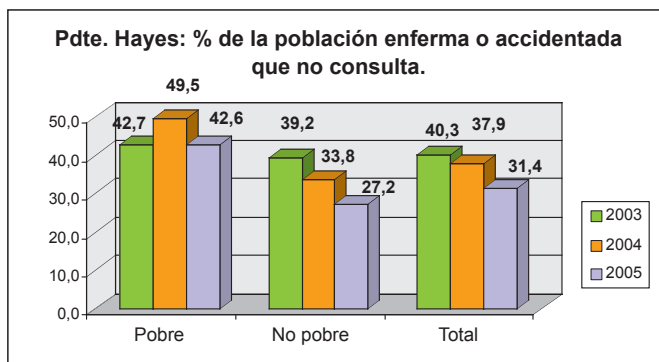
#### a) Porcentaje de la población sin WC.

Según la encuesta 2003, el 86,7% de los hogares pobres tienen servicios sanitarios que no cuentan con WC, sin embargo esta situación ha mejorado bastante en los dos años siguientes, disminuyendo a la mitad la población sin WC (41,6%). En los hogares no pobres la situación es mejor, alcanzando a más del 40% de los hogares; también se observa una mejoría entre los años 2003 y 2005 (45,9% a 41,4%).

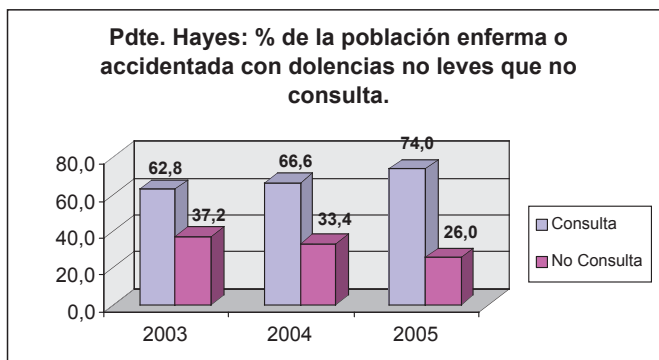


#### b) Porcentaje de cobertura de la red de salud.

La EPH 2003 muestra que el 40,3% de la población que estuvo enferma o accidentada no consultó, situación que ha ido mejorando en los dos años siguientes, así en el 2004 fue de 37,9% y en el año 2005 de 31,4%. Al discriminar el indicador por niveles de pobreza se observa, que son los pobres principalmente los que no consultan, situación que ha ido mejorando en los últimos años, así en el 2003 el 42,7% de la población no consultó, en el 2004 ascendió al 49,5% para llegar al 42,6% de la población enferma o accidentada que no consulta por esa enfermedad o accidente en el año 2005.

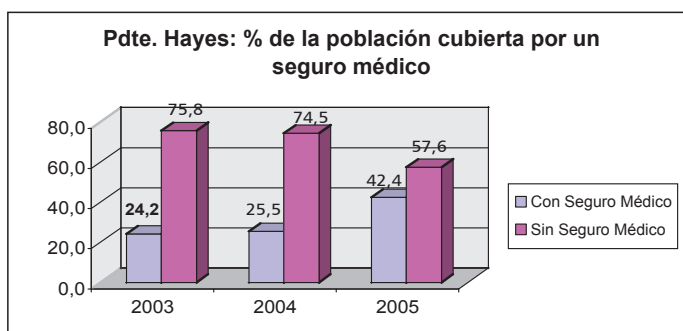


El porcentaje de la población con dolencias no leves que consulta ha ido mejorando entre el 2003 y el 2005, pasando del 62,8% al 74% respectivamente.

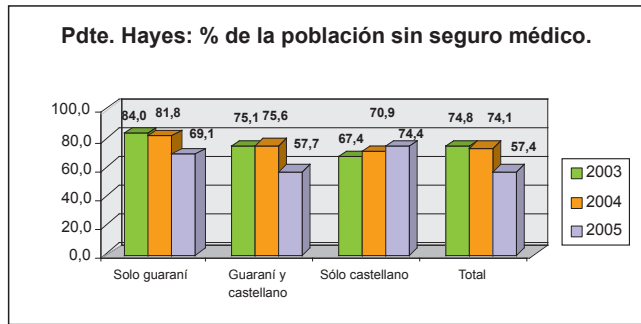
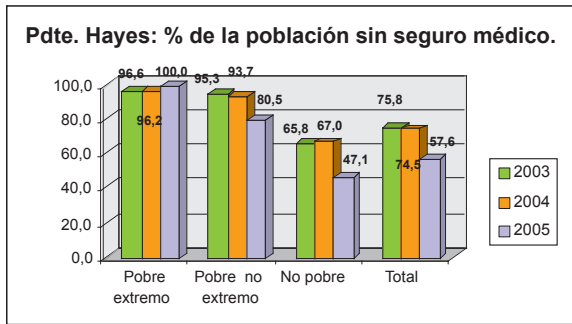


### c) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.

La población que no posee seguro médico en Pdte. Hayes ha disminuido considerablemente entre el 2003 y el 2005, de 75,8% de la población que no poseía seguro médico en el 2003 pasó al 57,6% en el año 2005.

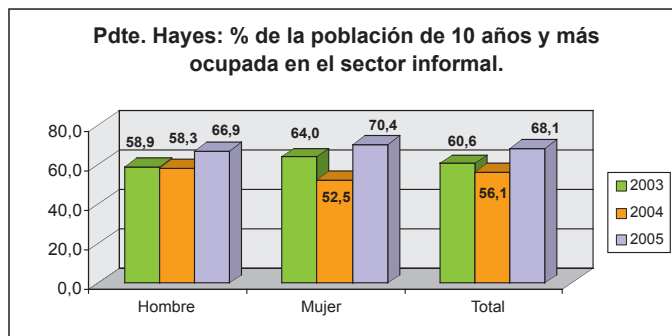


Esta falta de cobertura alcanza principalmente a los hogares pobres, aunque afecta más a la población en extrema pobreza (100% en el año 2005), en contrapartida con los pobres no extremos cuyo porcentaje de población ha disminuido de 95,3% en el 2003 al 80,5% en el 2005, así como a los hogares en los cuales se habla predominantemente guaraní.



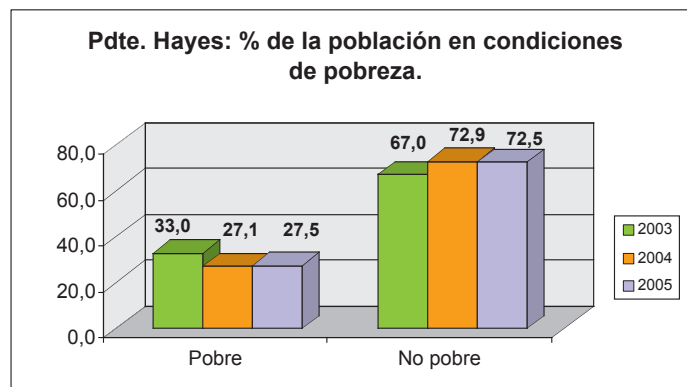
**d) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.**

Según las EPH 2003-2005, los trabajadores informales constituyen aproximadamente el 60-68% del total de la población de 10 años y más ocupada. En el 2005, la población masculina que trabaja en el sector informal representa al 66,9% y las mujeres que se encuentran en este sector es de 70,4%.

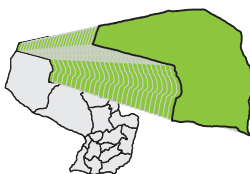


**e) Niveles de pobreza.**

En cuanto al indicador de pobreza se evidencia un mejoramiento en el 2005 con respecto al año 2003, con 27,5% y 33% respectivamente.

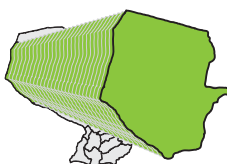


## **XVI. DEPARTAMENTO DE ALTO PARAGUAY.**



Nota Técnica. Los indicadores de exclusión analizados en el estudio han sido obtenidos a partir de las Encuestas Permanentes de Hogares de los años 2003, 2004 y 2005, que recopilan información de los hogares, tanto en el ámbito nacional como por área geográfica Urbana-Rural, excluyendo de la investigación los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay porque presentan menos del 3% de la población total del país.

## **XVII. DEPARTAMENTO DE BOQUERÓN.**



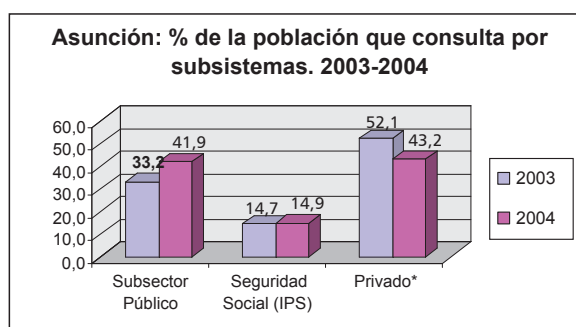
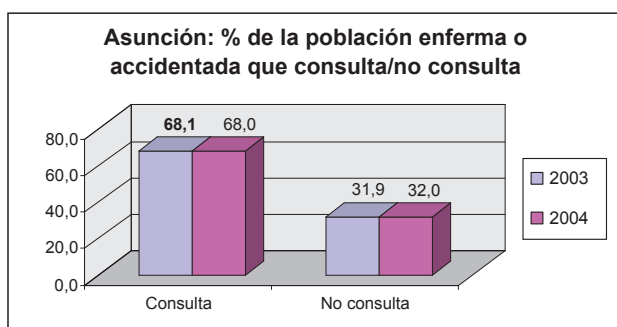
Nota Técnica. Los indicadores de exclusión analizados en el estudio han sido obtenidos a partir de las Encuestas Permanentes de Hogares de los años 2003, 2004 y 2005, que recopilan información de los hogares, tanto en el ámbito nacional como por área geográfica Urbana-Rural, excluyendo de la investigación los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay porque presentan menos del 3% de la población total del país.

## XVIII. ASUNCIÓN



### Demanda asistida en salud.

La población enferma o accidentada que consultó a un establecimiento de salud por esa enfermedad o accidente, representa al 68%, en promedio, para los años 2003 y 2004. El subsector privado es el subsector al cual la población acude en mayor proporción a consultar respecto al subsector público y a la seguridad social, principalmente en el año 2003. Sin embargo, para el 2004, la cobertura de atención del subsector público ha aumentado en 9 puntos porcentuales, mientras que la cobertura del sector privado ha disminuido en la misma proporción. La disminución del subsector privado se ha volcado al subsector público.



El subsector público atiende predominantemente a la población del 2º, 3º y 4º quintil en el 2003 y a la población del 2º, 3º, 4º y 5º quintil en el 2004. Por su parte, la seguridad social pasa de cubrir a la población de los quintiles 3º y 5º en el año 2003, a cubrir fundamentalmente a la población del 4º y 5º quintil de Asunción. El subsector privado, atiende a la población del 4º y 5º quintil en ambos años. Como se puede observar, la población de escasos recursos, perteneciente al 1º quintil está desprotegida.

### ASUNCIÓN: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA

Entidades	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
	Nº	%		Nº	%	
Subsector Público	36.578	33,2	2º, 3º y 4º quintil	38.848	41,9	2º, 3º, 4º y 5º quintil
Seguridad Social (IPS)	16.143	14,7	3º y 5º quintil	13.800	14,9	4º y 5º quintil
Privado*	57.398	52,1	4º y 5º quintil	39.967	43,2	4º y 5º quintil
<b>Total</b>	<b>110.118</b>	<b>100,0</b>		<b>92.615</b>	<b>100,0</b>	

\* Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En lo que hace a la cobertura de seguro de la población, se observa que la proporción de asegurados en el IPS aumenta de 17,7% a 20,3% y la cobertura del sector privado disminuye 3 puntos porcentuales. La cobertura de los seguros públicos de salud se mantiene en los años.

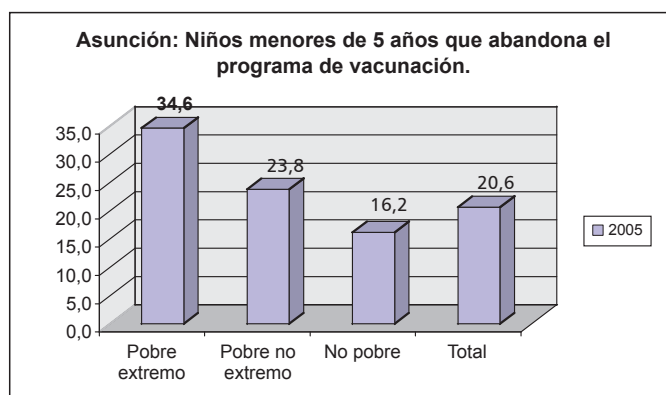
## ASUNCIÓN: POBLACIÓN TOTAL SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO POSEIDO

Instituciones aseguradoras	Cobertura de seguro					
	2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
IPS	101.509	17,7	94.465	18,6	104.602	20,3
Privado	166.187	29,0	128.287	25,2	132.898	25,8
Sanidad Militar	7.374	1,3	9.169	1,8	5.265	1,0
Sanidad Policial	4.674	0,8	5.366	1,1	4.532	0,9
No tiene	293.335	51,2	271.903	53,4	268.365	52,0

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004, 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

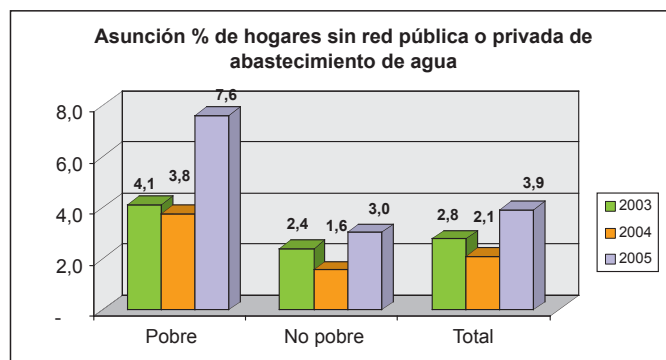
## a) Proporción de Niños que abandona el programa de vacunas.

Según la Encuesta de Hogares 2005, el 20,6% de los niños menores a cinco años abandona el programa de vacunación, porcentaje que prácticamente se duplica entre los pobres extremos (34,6%). En la población pobre no extremo el porcentaje de niños que abandona el programa de vacunación es de 23,8%.

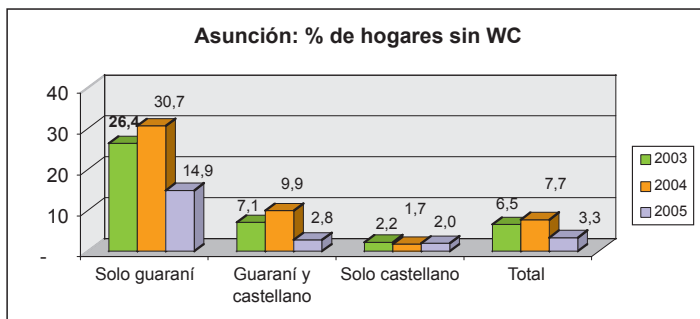


## b) Porcentaje de la población sin acceso a agua potable/alcantarillado.

El porcentaje de la población sin acceso a agua potable o que se abastece con agua de pozo, arroyo, río, etc., en Asunción, es uno de los más bajos del país, alcanzando en el año 2005 al 3,9% de los hogares. Sin embargo, al discriminar por niveles de pobreza, se observa que la población en situación de pobreza es la más afectada, alcanzando en el año 2005 al 7,6%.



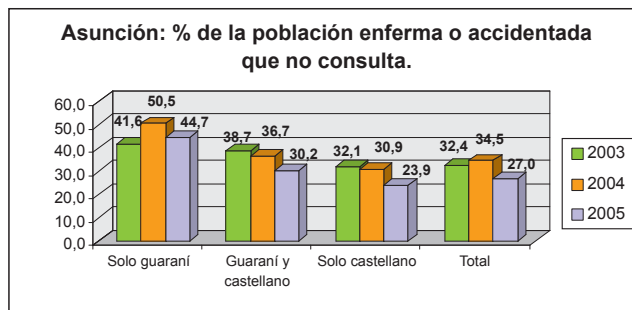
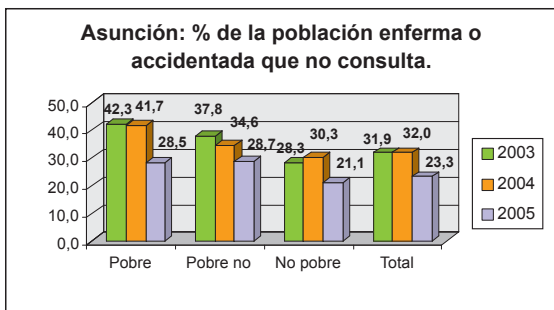
A pesar de que se observa una mejoría en el indicador de los hogares sin WC que hablan predominantemente guaraní, entre los años 2003 y 2005, en el que se redujo de 26,4% a 14,9%, éstos están en peores condiciones. En efecto, para el 2005, solo el 2,8% y el 2% de los hogares que hablan guaraní y castellano y solo castellano respectivamente, tienen servicio sanitario sin WC.



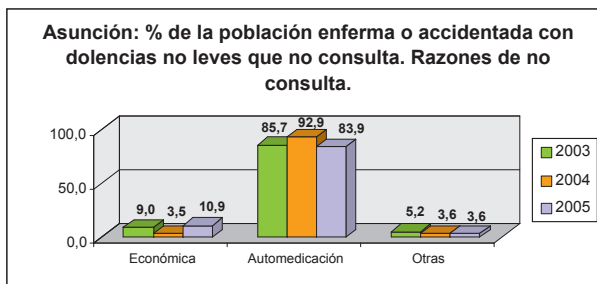
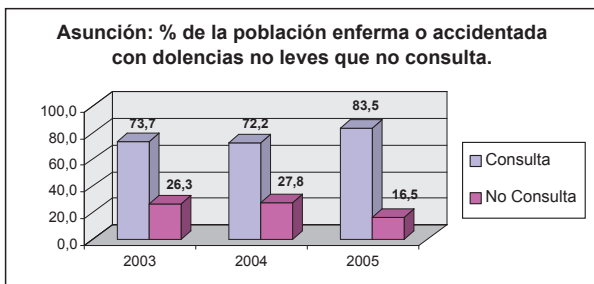
Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2003, 2004 y 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

**c) Porcentaje de cobertura de la red de salud.**

La EPH 2003 muestra que el 31,9% de la población de Asunción que estuvo enferma o accidentada no consultó, porcentaje que en el año 2004 fue de 32,0% y en el año 2005 disminuyó 23,3%. Los pobres extremos son los que no consultan en mayor proporción cuando están enfermos o accidentados, aunque en el año 2005 disminuye la proporción de pobres no extremos que no consultan, si se considera el idioma más hablado en el hogar, los que hablan predominantemente guaraní son los que menos consultan.



Si se considera "la población enferma o accidentada con dolencia no leve", se evidencia una mejoría en el año 2005 con respecto a los años anteriores. Efectivamente, en los años 2003 y 2004 el porcentaje de la población con dolencias no leves que consulta era menor que en el año 2005 (83,5%). Las razones de no consulta de la población no han variado mucho entre los años 2003 y 2005. La mayor causa de no consulta constituye la automedicación, que fue de 85,7% en el año 2003 y de 83,9% en el año 2005.

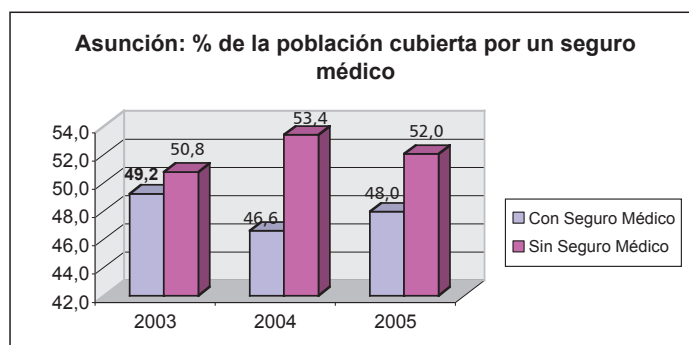




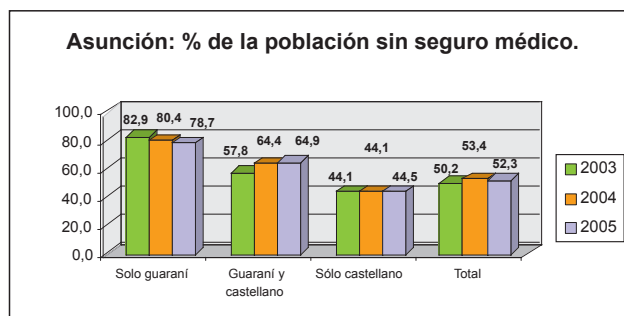
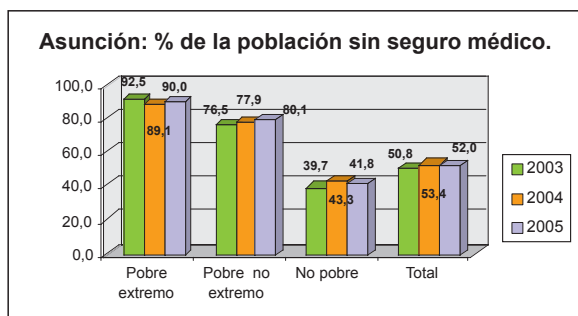
Las causas económicas también han tenido un aumento entre esos años, de 9% a 10,9%.

#### d) Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social.

Durante los años 2003, 2004 y 2005, el porcentaje de la población que no posee seguro médico va de 50,8%, 53,4% y 52% respectivamente. Según la EPH 2005, el 52% de la población de Asunción no tiene seguro médico, ya sea del IPS, del sector privado, la sanidad militar, sanidad policial o en el exterior.

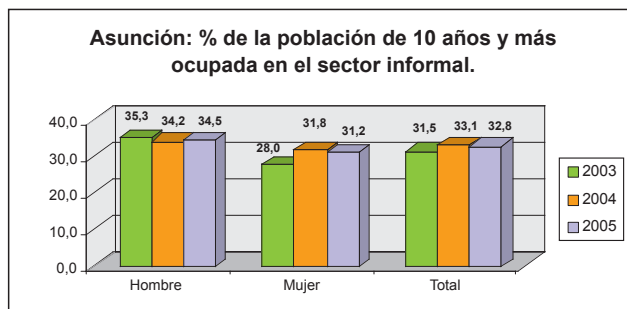
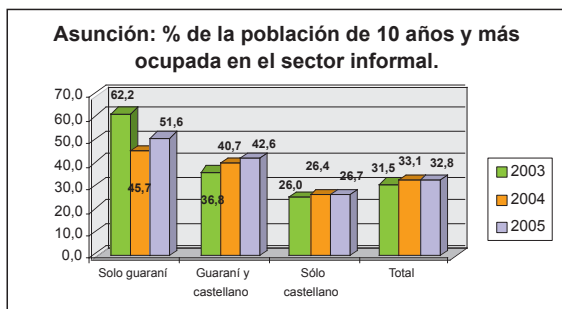


Esta falta de cobertura alcanza principalmente a los hogares con pobreza extrema (90% en el 2005), seguido de los hogares con pobres no extremos (80,1%) y los hogares en los cuales se habla predominantemente guaraní (78,7%).



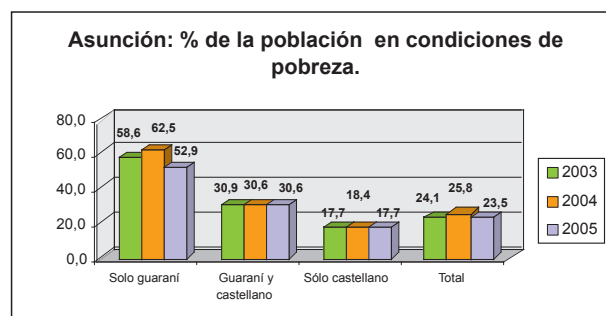
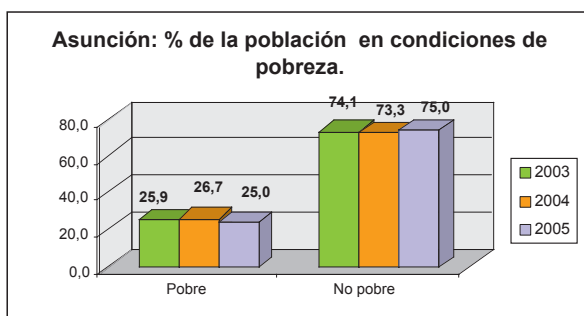
#### e) Porcentaje de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores.

Los trabajadores informales de Asunción constituyen aproximadamente el 32,8% del total de la población de 10 años y más ocupada, según la EPH 2005. La situación es crítica en aquellos que hablan preferentemente guaraní. En el 2005, la población masculina que trabaja en el sector informal representa al 34,5% y la mujeres que se encuentran en este sector es de 31,2%.



**f) Niveles de pobreza.**

El indicador de pobreza muestra que el porcentaje de la población en condiciones de pobreza se ha mantenido en el periodo 2003-2005, con una situación más desventajosa para aquellos que hablan predominantemente guaraní y aquellos que hablan guaraní y castellano, aunque en menor medida.



## IX. COMPARACIÓN DE INDICADORES SELECCIONADOS DE EXCLUSIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS. Años 2003 - 2005

### Población sin acceso a servicios sanitarios.

Si se analiza y compara el indicador de acceso a servicios sanitarios de los departamentos con el total país, se observa que en Asunción y los departamentos de Central, Alto Paraná y Cordillera están en mejores condiciones respecto a los demás departamentos, especialmente Asunción y Central.

### Población sin acceso a servicios sanitarios en %.

	REGIONES SANITARIAS	2003	2004	2005
1	Concepción	65,7	60,8	53,1
2	San Pedro	77,1	74,5	72,6
3	Cordillera	36,2	36,6	45,0
4	Guairá	58,4	58,5	61,2
5	Caaguazú	60,6	64,4	65,2
6	Caazapá	70,2	75,6	87,0
7	Itapúa	56,5	51,7	51,3
8	Misiones	47,7	43,7	44,3
9	Paraguarí	50,9	55,7	36,8
10	Alto Paraná	38,1	30,2	31,7
11	Central	13,4	14,3	10,4
12	Ñeembucú	59,7	59,1	54,8
13	Amambay	36,4	40,5	39,4
14	Canindeyú	60,2	66,8	63,3
15	Pte. Hayes	51,0	50,5	41,4
18	Asunción	6,5	7,7	3,3
	TOTAL PAIS	38,3	37,5	34,2

Fuente: EPHs 2003, 2004 y 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

El acceso a servicios sanitarios ha mejorado en el año 2005 para los departamentos de Concepción, San Pedro, Itapúa, Central, Ñeembucú, Amambay, Canindeyú, Pdte. Hayes y Asunción. En los departamentos de Cordillera, Guairá y Caazapá, el indicador de la población sin acceso a servicios sanitarios ha empeorado sustancialmente.

**Población sin acceso a agua potable.**

Si se analiza y compara el indicador de acceso a agua potable por departamentos, se observa que los departamentos de Cordillera, Misiones, Central y Asunción están en mejores condiciones respecto a los demás si se considera como parámetro el indicador a nivel país, especialmente Asunción y Central.

**Población sin acceso a agua potable en %.**

	REGIONES SANITARIAS	2003	2004	2005
1	Concepción	40,3	32,6	43,3
2	San Pedro	55,1	52,9	48,0
3	Cordillera	32,5	21,4	26,8
4	Guairá	63,1	62,5	65,7
5	Caaguazú	61,2	60,0	58,7
6	Caazapá	74,8	78,9	80,8
7	Itapúa	56,8	60,7	61,2
8	Misiones	38,6	28,1	17,0
9	Paraguarí	41,4	51,1	38,5
10	Alto Paraná	73,0	52,8	62,1
11	Central	13,6	18,1	14,5
12	Ñeembucú	55,6	52,8	66,1
13	Amambay	41,7	49,3	36,4
14	Canindeyú	63,4	71,9	72,4
15	Pte. Hayes	46,7	45,7	45,0
18	Asunción	2,8	2,1	3,9
	TOTAL PAIS	39,2	40,2	36,8

Fuente: EPHs 2003, 2004 y 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

El mejoramiento en Misiones y Cordillera se debe fundamentalmente a los proyectos de inversión que viene impulsando SENASA en estos departamentos.

Por su parte, la situación de San Pedro, Caaguazú, Paraguarí y Amambay la situación ha mejorado en el año 2005, mientras que en Ñeembucú, Alto Paraná, Caazapá, Guairá y Cordillera la situación ha empeorado sustancialmente.

### Población enferma o accidentada con dolencias no leves que no consulta.

Aunque en este indicador existen grandes diferencias entre departamentos, son menos aquellos que están por encima del nivel país. Este es el caso de Caazapá, San Pedro, Caaguazú, Itapúa y Canindeyú; y para los dos primeros años analizados se incluyen Misiones y Paraguarí.

### Población enferma o accidentada con dolencia no leve que no consulta en %.

	REGIONES SANITARIAS	2003	2004	2005
1	Concepción	34,6	42,8	41,0
2	San Pedro	57,5	52,2	54,3
3	Cordillera	38,8	43,1	34,1
4	Guairá	42,0	44,6	35,3
5	Caaguazú	50,2	54,7	54,1
6	Caazapá	58,4	55,7	60,0
7	Itapúa	56,1	52,4	47,9
8	Misiones	52,6	44,3	27,7
9	Paraguarí	45,0	45,3	27,3
10	Alto Paraná	40,9	44,4	36,9
11	Central	35,1	35,5	25,7
12	Ñeembucú	42,3	36,4	31,7
13	Amambay	19,3	34,6	19,2
14	Canindeyú	50,1	56,5	65,1
15	Pte. Hayes	37,2	33,4	26,0
18	Asunción	26,3	27,8	16,5
	TOTAL PAIS	43,5	43,5	35,1

Fuente: EPHs 2003, 2004 y 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En el año 2005 se observa una mejoría en este indicador para la mayoría de los departamentos, excepto en Caazapá y en Canindeyú en los cuales el indicador ha empeorado en al menos 5%.

**Población sin seguro médico.**

El indicador de la población que no cuenta con seguro médico es un indicador que arroja resultados negativos, aunque en la mayor parte de los departamentos ha mejorado en el año 2005. Este indicador muestra la gran desprotección de la población ante un evento de salud y está muy relacionado con el trabajo informal. Solo los departamentos de Central, Pte. Hayes y Asunción cuentan con mayor % de población asegurada. Sin embargo, en Asunción, lugar en el que se concentra la mayor cantidad de población asegurada, el porcentaje de asegurados es solo de aproximadamente 50%.

**Población que no cuenta con seguro médico en %.**

	REGIONES SANITARIAS	2003	2004	2005
1	Concepción	87,3	84,8	86,6
2	San Pedro	91,9	92,6	90,2
3	Cordillera	88,2	86,2	82,5
4	Guairá	87,8	87,8	79,2
5	Caaguazú	91,6	92,4	91,7
6	Caazapá	86,6	88,4	95,9
7	Itapúa	86,7	87,6	85,9
8	Misiones	85,1	83,5	82,9
9	Paraguarí	89,5	91,6	81,8
10	Alto Paraná	86,1	84,7	82,9
11	Central	74,1	76,5	71,0
12	Ñeembucú	84,7	77,0	80,2
13	Amambay	82,9	87,9	82,0
14	Canindeyú	93,1	95,5	93,0
15	Pte. Hayes	75,8	74,5	57,6
18	Asunción	50,8	53,4	48,5
	TOTAL PAIS	80,7	81,6	78,3

Fuente: EPHs 2003, 2004 y 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

Los departamentos con mayor porcentaje de población no asegurada en los tres años analizados son San Pedro, Caaguazú y Canindeyú, a éstos se suma en el año 2005 el departamento de Caazapá. En estos departamentos los no asegurados alcanzan porcentajes mayores a 90%.

### Población por nivel de pobreza.

En promedio a nivel país durante los años 2003-2005, la población pobre (extremos y no extremos) es de aproximadamente 40%. La proporción de la población pobre en los departamentos de Caaguazú y Canindeyú ha ido en aumento entre los años 2003 y 2005. Por su parte, en el último año han mejorado su situación los pobladores de los departamentos de Paraguairí, Misiones, Itapúa, Cordillera, Guairá, Caazapá y San Pedro.

### Población en situación de pobreza por departamentos en %.

	REGIONES SANITARIAS	2003	2004	2005
1	Concepción	54,0	38,6	46,0
2	San Pedro	55,4	42,9	42,4
3	Cordillera	30,7	35,3	25,2
4	Guairá	38,2	41,6	35,0
5	Caaguazú	47,5	49,1	54,9
6	Caazapá	48,0	51,9	47,9
7	Itapúa	42,2	35,9	30,2
8	Misiones	48,0	44,9	29,0
9	Paraguairí	40,2	43,2	33,7
10	Alto Paraná	29,8	30,3	31,3
11	Central	46,5	43,6	42,3
12	Ñeembucú	43,4	36,4	42,4
13	Amambay	40,3	27,7	39,0
14	Canindeyú	41,8	40,8	53,7
15	Pte. Hayes	33,0	27,1	27,5
18	Asunción	25,9	26,7	25,0
	TOTAL PAIS	41,4	39,2	38,2

Fuente: EPHs 2003, 2004 y 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

**Población de 10 años y más ocupada en el sector informal.**

El trabajo en el sector informal sigue siendo una de las características del mercado laboral en Paraguay. El porcentaje de trabajadores en este sector durante los años 2003-2005 se ha mantenido por encima del 63% en la mayor parte de los departamentos, excepto en Central, Amambay (para el 2005), Pte. Hayes y Asunción.

**Población de 10 años y más ocupada en el sector informal por departamentos en %.**

	REGIONES SANITARIAS	2003	2004	2005
1	Concepción	77.1	79.1	78.1
2	San Pedro	87.4	87.7	84.0
3	Cordillera	70.6	72.6	69.4
4	Guairá	79.5	80.4	77.1
5	Caaguazú	77.8	79.0	78.3
6	Caazapá	84.5	87.3	94.2
7	Itapúa	77.5	80.7	76.1
8	Misiones	72.6	72.8	73.8
9	Paraguarí	76.8	80.8	74.1
10	Alto Paraná	65.1	65.3	64.2
11	Central	49.9	52.7	47.2
12	Ñeembucú	80.3	72.1	74.8
13	Amambay	56.6	66.6	56.6
14	Canindeyú	79.6	77.2	86.8
15	Pte. Hayes	60.6	56.1	68.1
18	Asunción	31.5	33.1	32.8
	TOTAL PAIS	64.6	66.3	63.2

Fuente: EPHs 2003, 2004 y 2005. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.



## CONCLUSIONES

A pesar del carácter multicausal de la exclusión social en salud en Paraguay, los indicadores presentados en este documento han permitido conocer su magnitud, los factores causales y a quiénes afecta.

La disponibilidad y periodicidad de la aplicación de las Encuestas de Hogares ha permitido captar la dimensión temporal de la exclusión, es decir la dinamicidad del fenómeno, ya que la exclusión afecta a la población de manera variable en el tiempo y las mediciones sucesivas pueden permitir el seguimiento de la implementación de políticas.

En Paraguay, la exclusión en salud está íntimamente relacionada con la pobreza, tal es así que la población que presenta mayor exclusión es la población pobre y particularmente la población del primer quintil de ingresos. Si se considera el indicador de las personas que estando enfermas no consultan, en el año 2003 el 62% de la población del quintil más pobre no consultaba estando enferma. Este indicador ha mejorado en el año 2004 y principalmente en el año 2005 llegando al 50% de la población del primer quintil de ingresos.

Del indicador personas que no consultan estando enfermas con dolencias no leves, se puede concluir que los excluidos son mayormente los hombres, las personas entre 6 y 17 años de edad, los que hablan predominantemente guaraní, los que no tienen seguro médico, los que alcanzaron el nivel primario o la educación escolar básica en la enseñanza formal, los que asisten a un instituto de enseñanza público, los que no cuentan con luz eléctrica en el hogar, los desocupados, los que tienen letrina común como servicio sanitario en el hogar, los que no cuentan con servicios de agua potable, los familiares no remunerados, y los que trabajan en el sector agrícola, ganadero y la construcción. Si se considera el indicador personas con ingresos por debajo de la línea de pobreza, a la caracterización anterior de excluidos se debe agregar a los niños entre 0 y 5 años y los que no tienen instrucción en lugar de los de nivel primario o con educación escolar básica. Las condiciones de pobreza y exclusión son similares para hombres y mujeres.

La falta de acceso a mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud se debe a barreras económicas, culturales y laborales, además de la falta de acceso a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermarse, es decir, al problema de acceso a un seguro médico que está relacionado estrechamente con el empleo informal. La exclusión social en salud está condicionada por la estructura socioeconómica y política del país, tal es así que el crecimiento de la economía y consecuentemente el mejoramiento del PIB per cápita están relacionados con la disminución de la pobreza y el incremento del acceso a servicios.

Es importante notar que los indicadores de exclusión considerados indican una evolución positiva, es decir una reducción de la magnitud de la exclusión principalmente si se analizan y comparan los años 1999-2005. Sin embargo, los indicadores estudiados muestran que aunque la situación ha mejorado y en algunos casos de modo considerable, la exclusión era menor en los años 1997/98.

Si se consideran los indicadores más relevantes del estudio, entre los años 1999 y 2005 se evidencian mejoramientos en la proporción de la población que estando enfermas o accidentadas ya sea con dolencias leves o no, consultan. En el primer caso, el indicador pasa de un 48,4 % en el año 1999 a un 59% en el año 2005, y en el segundo caso de un 57,2% a un 64,9%. Estos indicadores muestran un mayor acceso a servicios de salud. Sin embargo, si se consideran las razones de no consulta, se destacan las económicas y la **automedicación**. Esta última explica en promedio el 73% de las razones de no consulta para dicho periodo.

Aunque la población sin seguro médico ha disminuido levemente en el año 2005, llegando al 78,3% de la población comparado con el 82% del 2003, el porcentaje sigue siendo muy alto notándose una elevada desprotección de la población contra el riesgo de enfermarse. El porcentaje de la población que trabaja en el sector informal<sup>1</sup> es elevado, manteniéndose en promedio, aproximadamente el 64% de la población ocupada de 10 años y más en este sector. Este indicador está estrechamente vinculado con la población sin seguro de salud, la población pobre y la ruralidad.

Otro indicador de relevancia en el análisis es el idioma más hablado en el hogar. Todos los indicadores de exclusión analizados se han cruzado con el idioma más hablado en el hogar, y todos ellos tienden a empeorar en este grupo de la población, cuando el idioma es el guaraní.

Un aspecto importante a ser considerado es la tendencia de la población que consulta cuando está enferma o accidentada a recurrir al Sector Público. En este sector acude principalmente la población del 1º, 2º y 3º quintiles de ingresos, mientras que en el Sector Privado y la Seguridad Social acuden principalmente aquellos del 4º y 5º quintiles de ingresos. La proporción de la población que consulta se ha mantenido igual durante los años 2003 y 2004, pero se observa una diferente distribución. Una mayor proporción de la población que se enferma y consulta lo hace en el sector público, es decir, la disminución de consultas en el sector privado y en el IPS se vuelca al sector público. También se observa el aumento del porcentaje de la población que no tiene seguro y consulta en el sector público; en el 2003 representaban al 47,1% y para el 2004 aumentó al 53,4% de la población enferma o accidentada que no tiene seguro y consulta.

Los indicadores presentados pueden ser utilizados en el seguimiento de políticas sectoriales tendientes al mejoramiento de la situación de salud de la población. Por ejemplo, en el caso de la población con acceso a agua potable, el indicador muestra una evolución positiva del acceso de la población a servicios de agua potable, es decir de un 43% de la población con acceso a agua potable en el año 1997/98, se ha llegado a un 63% en el año 2005. En este caso el mejoramiento del indicador tiene que ver con una política explícita en esta área que ha sido financiada con recursos externos.

En cuanto a los indicadores desglosados por departamento, una conclusión que se destaca del estudio es que tanto la exclusión en salud como sus condiciones determinantes presentan variaciones al interior del país. En este sentido, si consideramos los diferentes indicadores estudiados, Asunción y el departamento Central, seguidos de Cordillera y Amambay son las áreas cuyos indicadores en general indican menores niveles de exclusión, principalmente Asunción y Central.

Los departamentos de San Pedro, Caazapá, Caaguazú y Canindeyú son aquellos cuyos niveles de exclusión son mayores y en algunos casos se han incrementado en el período considerado. Por ejemplo, si tomamos el indicador de acceso a agua potable, el 74,8% de los hogares del departamento de Caazapá en el año 2003 y 80,8% en el año 2005 no tienen acceso a agua potable. El departamento de Canindeyú también ha empeorado en el indicador durante dichos años, 63,4% en el 2003 a 72,4% en el 2005.

Otro indicador crítico a nivel de los departamentos es el de la población que no cuenta con seguro médico. En el año 2005, el 96% de la población de Caazapá no tenía seguro médico, de igual modo el 93% de la población de Canindeyú, el 92% de la población de Caaguazú y el 90% de la Población de San Pedro. Este indicador está muy relacionado al indicador de la población de 10 años y más ocupada en el sector informal.

---

<sup>1</sup> La DGEEC define a los trabajadores informales aquellos trabajadores privados no gerentes ni profesionales: por cuenta propia, familiares no remunerados, empleado, obrero o patrón en empresas con menos de 6 trabajadores.

El indicador de Pobreza es elevado en la mayor parte de los departamentos. En el 2005, es más elevado en Concepción, San Pedro, Caaguazú, Caazapá y Canindeyú, con porcentajes de: 46%, 55%, 48% y 54% respectivamente.

Aunque hay diferencias entre los departamentos en cuanto al indicador de las personas que estando enfermas no consultan, la mayor parte de la población de los quintiles más pobres lo hace en el sector público, mientras que aquellas de los quintiles más ricos lo hacen en el IPS o en el sector privado. En el caso de Concepción, San Pedro, Caaguazú, Caazapá, Paraguari y Canindeyú el sector privado atiende en forma predominante también al quintil más pobre de la población. En estos casos, esta población consulta con curanderos o en farmacias.

Finalmente, es importante destacar que a nivel departamental, aunque con diferencias entre los departamentos, al interior de los indicadores la situación se agudiza para aquellos que hablan predominantemente guaraní en el hogar, para los pobres extremos o los que están en el quintil más pobre de la población. Las razones principales de no consulta son la económica y la automedicación.

## RECOMENDACIONES <sup>1</sup>

Los indicadores de exclusión social en salud analizados en el presente estudio han permitido la adecuada caracterización de la población excluida tanto a nivel nacional como a nivel de los departamentos del Paraguay. Dichos indicadores pueden permitir identificar estrategias de extensión de la protección social en salud más pertinentes de acuerdo a las principales causas de exclusión. A partir de ello se puede realizar una priorización considerando los recursos disponibles, las políticas generales y objetivos sanitarios del país.

La definición, implementación e impacto de otras políticas en el área de salud que favorezcan la inclusión de grupos excluidos pueden ser medidas a través de los indicadores utilizados en el análisis de exclusión social en salud y pueden ser utilizados como una medida del éxito o fracaso de las políticas destinadas a mejorar la situación de salud de la población. Se ha demostrado, en el caso del indicador de acceso a agua potable, como una política implementada en este sector ha incrementado el acceso a agua potable de poblaciones excluidas.

En las EIHs 1997/98 y 2000/01 han sido considerados aspectos relacionados con la salud que han permitido la elaboración de los indicadores de: proporción de mujeres embarazadas que cuentan con el número normado de controles prenatales, la proporción de partos institucionales y la deserción del programa de vacunación de niños menores de 5 años. Este último ha sido incorporado en la EPH 2005 pero no considera el nuevo esquema de vacunación implementado por el MSPyBS. Los indicadores citados son de suma importancia para dar seguimiento a políticas de salud del área materno-infantil, es por ello que debería solicitarse su reincorporación en las futuras encuestas, además del ajuste de las preguntas sobre vacunación de niños menores de 5 años.

Los indicadores presentados, tanto a nivel nacional como departamental pueden ser utilizados para medir el impacto de políticas y estrategias del sector salud. Para el seguimiento de dichas acciones a fin de reducir la exclusión social en salud y, específicamente, en el caso de los indicadores de demanda de servicios de salud, de cobertura de sectores de atención, de niveles de pobreza, de cobertura del seguro médico, de trabajadores informales respecto a la masa total de trabajadores, el año 2005 podría ser utilizado como año base y a partir de ese año medir los resultados de las políticas implementadas.

El estudio indica que la población excluida enfrenta múltiples fuentes de exclusión tanto a nivel nacional como departamental y que su grado de exclusión es importante, dependiendo del indicador utilizado. En términos de acciones de políticas, los resultados sugieren que las políticas orientadas a mitigar la exclusión no debieran concentrarse en una sola dimensión o factor de exclusión sino ser multisectoriales e intersectoriales. De acuerdo a lo expresado en la conclusión, tanto la exclusión en salud como sus condiciones determinantes presentan variaciones al interior del país y por ello es recomendable que dentro del conjunto de estrategias a desarrollar para reducir la exclusión, existan algunas con carácter regional, específicamente orientadas a extender la protección social de salud en las zonas geográficas más afectadas.

---

<sup>1</sup> Es importante recordar que "Las estrategias de protección social en salud destinadas a eliminar la exclusión en salud son intervenciones públicas orientadas a garantizar el acceso de los ciudadanos a la atención a la salud digna y efectiva y a disminuir el impacto negativo tanto económico como social de sucesos personales adversos (como las enfermedades o el desempleo), generales (como los desastres naturales) sobre la población o sobre los grupos sociales más vulnerables. En este contexto, se puede definir la protección social en salud como la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo, o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo. Aquellos grupos de la sociedad que no pueden hacer uso de esta garantía constituyen los excluidos en salud". Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana CSP26/12. julio 2002.

Las políticas para mejorar la protección social en salud, a nivel nacional y departamental, deberían estar orientadas al mejoramiento de las condiciones de salud, a la capacidad y calidad de respuesta del sistema ante los intereses e inquietudes de la población y a la equidad en la contribución financiera.

Las políticas de protección tienen que ligarse a estrategias que privilegien permanentemente su sustentabilidad y promuevan una transformación integral de la prestación de los servicios hacia prácticas de eficiencia, eficacia y efectividad. Se debería buscar el mejoramiento en la provisión de los servicios, de tal forma que se incorpore tanto el crecimiento cuantitativo en las necesidades de atención como una mejora sustantiva en materia de calidad y efectividad en la atención. Es decir, se requiere de una estrategia de atención que modifique la actual forma de acceso a los servicios, estimule un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia, incentive el cumplimiento de objetivos claros y medibles, redistribuya las capacidades de gestión y, especialmente, el poder de decisión y ejercicio del gasto, focalizándolo para lograr metas en promoción y prevención.

Las EPHs muestran que una de las barreras de acceso a los servicios de salud es la barrera económica. Sería conveniente la eliminación paulatina (o por lo menos la reducción) de los aranceles cobrados por el MSPyBS por los diferentes servicios que ya se ha venido implementando en el área de la atención materno-infantil, eliminando aranceles de consultas y entregando kits de parto y de atención obstétrica. Existen otros servicios tales como la atención del parto (normal y cesárea) y los estudios complementarios como las radiografías, las ecografías, los análisis de laboratorio para este grupo de la población cuyos aranceles podrían ser eliminados de manera a incentivar la demanda de parte de la población de este tipo de servicios y así tender hacia partos más seguros y disminuir la mortalidad materna e infantil debida a causas relacionadas con la mala atención del parto. Esta medida también podría colaborar con la disminución de decisiones arbitrarias en el proceso de otorgamiento de exoneraciones, además de la reducción de control de la demanda de servicios por falta de recursos económicos.

En este sentido, como mínimo se deberían contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

Esta medida debería constituir una parte de un proceso más amplio de definición y operacionalización de un nuevo modelo de financiamiento, que sea compatible con los principios de equidad y erradicación de la exclusión social y que puedan reducir el riesgo financiero de enfermarse. Las políticas y las estrategias propuestas deberían involucrar a los municipios y a las secretarías de salud de las gobernaciones de manera a lograr mayor eficiencia y eficacia tanto en las propuestas de planes y políticas de salud, como en su administración, gestión y financiamiento.

Por otra parte, la atención a la mujer debería ser prioritaria, tanto por lo que representa en sí misma, como por su participación para mejorar la salud de su entorno familiar y cercano. De igual modo, debería considerarse la atención al grupo de niños y adolescentes en situación de riesgo, que viven en las calles, que desarrollan o son víctimas de la violencia, la delincuencia, las drogas y el alcohol. De este modo se estarían también atendiendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), referidos a la reducción de la mortalidad materna, la reducción de la mortalidad infantil y el combate al VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades transmisibles.

Aunque la exclusión no es sinónimo de pobreza, la lucha contra la pobreza resulta determinante para reducir la exclusión en salud, y viceversa, la reducción de la exclusión en salud es importante para reducir la pobreza. Esto se debe a que el aspecto financiero de la salud tiene dos aristas importantes, por una parte el costo de la atención de la salud en sí y por otra el hecho que la enfermedad significa ausentismo en el trabajo, disminución de la productividad y en consecuencia, disminución de los ingresos y a la larga incremento de la pobreza.

El rol rector de la autoridad sanitaria en la elaboración de políticas de salud y el monitoreo de la implementación de las políticas sectoriales es fundamental, además de la coordinación y distribución de roles entre los sectores público (incluyendo la seguridad social) y privado de manera a lograr la protección en salud de toda la población. La prevención y promoción de la salud debería constituirse en la principal acción de la autoridad sanitaria para evitar las condiciones de riesgo en que viven muchos paraguayos, derivadas del empobrecimiento por razones de enfermedad.

En este marco y considerando las causas de la exclusión, las políticas que se quieran dirigir a reducir la exclusión deberían ser holísticas, en su perspectiva, relativas en su alcance; y específicas en su implementación, con el fin de modificar los factores específicos que interactúan en cada caso. Los instrumentos de política pueden focalizarse para dirigirse a solucionar problemas específicos.

La elevada automedicación de la población debería ser tenida en cuenta al momento de proponer políticas de salud. Éstas deberían estar relacionadas con la política de medicamentos genéricos y con su aspecto financiero. La mayor parte del gasto de bolsillo de los hogares es empleado en la compra de medicamentos. La seguridad social es la única institución que provee de medicamentos a sus beneficiarios, aunque la provisión ha disminuido en los últimos años por problemas presupuestarios.

Finalmente, la cuestión cultural y el aumento de la cobertura de la seguridad social a grupos desprotegidos deberían ser objeto de análisis e inclusión en la agenda política de extensión de la protección social en salud.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Cobertura teórica:** Incluye a la cobertura legal y a la cobertura estadística.

**Cobertura legal:** Es aquella cobertura establecida por ley.

**Cobertura estadística:** Proviene de estimaciones de la población protegida por el sistema de salud. Es más aproximada a la realidad, pero no siempre fidedigna.

**Cobertura real:** Considera a la proporción de la población con acceso a los servicios de salud.

**Demanda asistida:** Se refiere a la población que se enferma o accidenta en un período de tiempo, demanda atención de salud y consulta en algún establecimiento, sea este del sector público, la seguridad social o del sector privado.

**Desempleo abierto:** Hace referencia a las personas en la fuerza de trabajo que estaban sin trabajo en el período de referencia (últimos 7 días), que están disponibles para trabajar de inmediato y que habían tomado medidas concretas en el período de referencia, para buscar un empleo asalariado o un empleo independiente.

**Desempleo oculto:** Considera a las personas en la fuerza de trabajo que no están trabajando en el período de referencia, están disponibles para trabajar, pero no buscaron trabajo porque no creen poder encontrarlo, se cansaron de buscar o no saben donde consultar.

**Desempleo total:** Incluye a los desempleados abiertos y ocultos.

**Fragmentación:** Existencia de muchas entidades no integradas en un subsistema.

**Gasto público en salud:** Es el gasto que el Estado (Gobierno central, departamental, local, Seguridad Social, Entidades Descentralizadas) realiza para proveer atención a la salud.

**Gasto privado en salud:** Es el componente del gasto en salud que es realizado por los individuos o por las empresas (todo el gasto que no es realizado por el Estado). Incluye el gasto en aportes o primas destinadas al sector privado, y el gasto directo o de bolsillo o de sistemas de salud de las empresas.

**Gasto de bolsillo:** o gasto directo, es el componente del gasto privado que las familias realizan directamente para pagar un servicio o bien de salud, tal como una atención de salud, un copago o medicamentos.

**Población económicamente activa (PEA):** Es el conjunto de personas de 10 años y más de edad que en un período de referencia dado, suministran mano de obra para la producción de bienes y servicios económicos o que están disponibles y hacen gestiones para incorporarse a dicha producción.

**Pobres:** Son aquellos que tienen ingresos mayores a una Línea de Pobreza Extrema, pero inferiores al de una Canasta Básica de Consumo Total, de alimentos y no alimentos, es decir, de una Línea de Pobreza Total.

**Pobres extremos:** Son aquellos que tienen ingresos inferiores al costo de una Canasta Básica de Consumo de Alimentos, es decir, del valor de una Línea de Pobreza Extrema.

**Producto Interno Bruto (PIB):** es el valor de los bienes finales producidos en el interior de un país.

**Protección social en salud:** Garantía que de los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de manera adecuada a través de alguno(s) de los subsistemas de salud existentes.

**Trabajadores informales:** Trabajadores privados por cuenta propia, no gerentes ni profesionales, familiares no remunerados, empleado, obrero o patrón en empresas con menos de 6 trabajadores (incluye a trabajadores del sector agropecuario).


**Segmentación:** Se produce cuando en un sistema los distintos subsectores actúan sin coordinación, es decir cuando existen subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones, generalmente especializados en diversos segmentos de la población.

**Seguridad Social:** Institución encargada de administrar el sistema de aseguramiento solidario basado en aportes de trabajadores, empleadores y el Estado.



## BIBLIOGRAFIA

- DGEEC "Encuesta Permanente de Hogares 2003".
- DGEEC "Encuesta Permanente de Hogares 2004".
- DGEEC "Encuesta Permanente de Hogares 2005".
- DGEEC "Estadísticas recientes de pobreza en Paraguay".
- Banco Mundial - FLACSO. Exclusión Social y Reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe. Editado por Gacitúa, Estanislao; Sojo, Carlos y Davis, Shelton. Costarrica. Año 2000.
- <http://www.dgeec.gov.py>
- Levcovitz, Eduardo; Acuña, Cecilia. Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud - Revista Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá-Colombia. Diciembre, 2003.
- Mesa-Lago Carmelo. Atención de salud para los pobres en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud, Fundación Interamericana; Washington, D.C. 1992. (Publicación Científica N° 539).
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección de Estadística, Encuestas y Censos, Organización Panamericana de la Salud; "Exclusión Social en Salud. Paraguay". Octubre, 2003.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Internacional de Trabajo, "Panorama de la Exclusión de la Protección Social en Salud en América Latina y el Caribe", 1999.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, "Exclusión en Salud en América Latina y el Caribe", Serie N° 1. Extensión de la Protección Social en Salud. Washington D.C., 2003.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Internacional de Trabajo, "Iniciativa Conjunta de la OIT y la OPS sobre la Extensión de la Protección Social en Salud", Washington D.C., 2005.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, "Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en Salud". Washington D.C., 2006.
- Rosenberg, Hernán; Andersson, Bernt. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington D.C.
- Santos Padrón, Hilda. Exclusión en salud - Relación entre la pobreza, iniquidad y exclusión social con las enfermedades de alto costo en México. Secretaría de Salud. Tabasco. México. Año 2005.
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana CSP26/12; 2002.



*"La persistencia de la exclusión social y de la inequidad en la distribución de la riqueza -así como en el acceso, utilización y resultados de salud- continúan siendo los principales obstáculos para un **desarrollo humano incluyente**, para el éxito de las estrategias de reducción de la pobreza y para continuar mejorando las condiciones de salud de las poblaciones latinoamericanas".*

*"La salud es el bien social primario por excelencia porque permite a los individuos y a las familias el logro de otros bienes sociales como educación, trabajo e integración a la comunidad. La inequidad en los resultados de salud conduce a la inequidad en el ingreso: la evidencia disponible muestra que la gente más sana genera mayores ingresos".*

*"La exclusión social en salud es la negación del derecho a la salud. Por ello el combate a la exclusión en salud y por el acceso equitativo a los bienes, servicios y oportunidades en **salud es un elemento central de la ciudadanía social**, y para el logro de niveles adecuados de cohesión social que permitan a nuestros pueblos avanzar en paz por la senda del desarrollo económico, humano y social".*

**Consideraciones sobre Cohesión Social y Protección Social en Salud**

**Dra. Mirta Roses Periago**  
**Directora, OPS-OMS.**

*IX Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud.*  
*Iquique, Chile - 2007.*