

Hoja Resumen

sobre

Desigualdades en salud

Febrero, 2002

Paraguay

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	2
ALGUNAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	3
ESTADO DE SALUD	4
ENFERMEDAD O ACCIDENTE DECLARADO	4
DÍAS PROMEDIO DE INACTIVIDAD POR LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE	6
DIARREAS EN MENORES DE CINCO AÑOS	9
ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD	10
ATENCIÓN DE SALUD	10
TIEMPO EN LLEGAR AL CENTRO DE SALUD	13
AUTOMEDICACIÓN	13
PARTO INSTITUCIONAL	16
NOTA TÉCNICA Y COMENTARIOS	17
ANEXO: TAMAÑOS MUESTRALES	19



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

División de Salud y Desarrollo Humano
Programa de Políticas Públicas y Salud

Introducción

Esta serie de *Hojas-Resumen sobre Desigualdades en Salud* es producida por el Programa de Políticas Públicas y Salud de la División de Salud y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud, utilizando datos de encuestas de hogares de algunos países de la Región. La producción de las hojas-resumen se hace bajo la coordinación técnica del doctor Norberto Dachs, Asesor Regional en Estadísticas de Salud del Programa. El trabajo es realizado por la Profesora Marcela Ferrer de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, en el marco de un convenio entre la OPS y dicha Universidad.

Una de las principales utilidades de estas hojas-resumen es mostrar la potencialidad de este tipo de fuente de datos para estudiar las desigualdades en salud, de acuerdo a ciertos criterios distribucionales. La elección de cuáles variables presentar depende de cada encuesta en particular. Sin embargo, se procura abarcar por lo menos una de cada una de las dimensiones de estado de salud, acceso y utilización de servicios de atención de salud. Cuando es posible, se relaciona la utilización de servicios de atención de salud con la necesidad de atención.

Las *Hojas-Resumen* presentan una breve descripción de cada variable estudiada, las gráficas y datos utilizados, con un comentario sintético sobre los mismos. Al final, en la Nota técnica y comentarios, se presentan algunas indicaciones de los procedimientos metodológicos utilizados para el estudio, incluyendo posibles interpretaciones sobre los resultados, sin ningún componente inferencial.

Esta *Hoja-Resumen* correspondiente a Paraguay ha sido producida utilizando los datos de la Encuesta Integrada de Hogares de 1997-1998. El anexo contiene información sobre los tamaños muestrales de dicha encuesta y otros aspectos generales. Para mayores informaciones sobre esta y otras encuestas de hogares realizadas en América Latina y el Caribe y que contienen algún módulo de salud, puede consultarse la base de datos de encuestas del Programa, disponible en Internet en:

<http://www.paho.org/spanish/hdp/asp/encuestas.asp>

César Vieira
Coordinador
Programa de Políticas Públicas y Salud

División de Salud y Desarrollo Humano

Para mayores informaciones sobre esta serie de hojas-resumen de desigualdades favor dirigirse a:

Dr. Norberto Dachs
Programa de Políticas Públicas y Salud
División de Salud y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud
525 - 23rd Street, N.W.
Washington, DC, 20037

Algunas características sociodemográficas

Paraguay está ubicado en Sudamérica. Limita con Argentina, Brasil y Bolivia. Su población estimada al año 2000 es de poco menos de 5 millones 500 mil habitantes, 44% de ellos residentes en zonas urbanas (CELADE, Proyecciones vigentes). Con sus 157 mil km² y una densidad de 35 habitantes por km², es uno de los países más pequeños del cono sur, superado sólo por Uruguay. La población se distribuye desigualmente en su territorio, concentrándose en la parte oriental del país, la cual representa el 40% de la superficie total y alberga al 97% del total de habitantes.

De acuerdo a las cifras publicadas en el último Panorama Social de América Latina (1999-2000) elaborado por CEPAL, 40% de los hogares urbanos de Paraguay se encontraba en condiciones de pobreza en 1996. El último Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD ubicó al país en el número 81, que corresponde a desarrollo medio y es uno de los más bajos de América del Sur, después de Ecuador (91) y Bolivia (114).

Las desigualdades en la distribución del ingreso están asociadas a desigualdades en diversos factores sociodemográficos. Según la Encuesta Integrada de Hogares de 1997-1998 la población urbana nacional era

de 57%¹, pero representaba 19% de la población del primer quintil de ingreso per cápita del hogar (quintil más pobre) y 87% de la población del último quintil (quintil más rico, ver cuadro 1).

La estructura por edades de la población nacional es joven, caracterizada por una importante presencia de menores de 15 años, producto de una fecundidad que aún se mantiene elevada (poco menos de 4 hijos por mujer). La importancia relativa de los menores de 15 años disminuye a medida que aumenta el nivel de ingreso, mientras que la población en edades potencialmente activas (15 a 59 años) presenta una tendencia inversa. Las diferencias en la estructura por edad en los distintos niveles de ingreso muestran una mayor relación de dependencia económica potencial en los grupos de menores niveles de ingreso y determinan demandas diferenciales, especialmente en los sectores de salud y de educación.

Los hogares del Paraguay tienen un tamaño promedio de casi 6 personas. Como se observa regularmente, los hogares tienden a ser de mayor tamaño a medida que desciende el nivel de ingreso, producto de patrones diferenciales de comportamiento reproductivo y de formación de las familias. Siguiendo esta tendencia, los hogares del primer quintil de ingreso tienen un tamaño promedio de 7.3 personas, mientras que en los del último quintil es de 4.6 personas.

Cuadro 1. Algunas características sociodemográficas según quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998

Variable	Quintil de ingreso					Total
	I	II	III	IV	V	
Población urbana (%)	19	44	60	78	87	57
Población según grupo de edad (%)						
0 - 4	18	16	14	11	9	13
5 - 14	36	32	28	23	17	27
15 - 59	40	45	51	59	65	52
60 y más	6	8	7	8	8	8
Total	100	100	100	100	100	100
Hogares con jefatura femenina (%)	22	22	22	26	23	23
Tamaño promedio del hogar	7.3	6.3	6.0	5.2	4.6	5.9
<u>Población que vive en viviendas con:</u>						
Conexión domiciliar de agua (%)	5	26	48	61	78	44
Electricidad	64	81	96	98	99	87

Fuente: Encuesta Integrada de Hogares 1997-1998.

Algo más de un quinto de los hogares declaran tener por jefe a una mujer. La presencia de mujeres en la jefatura de hogar es similar en los distintos quintiles de ingreso.

Más del 40% de las personas viven en viviendas que cuentan con conexión domiciliar de agua potable². Estas condiciones varían significativamente según el nivel de ingreso: en el primer quintil alcanza sólo al 5% de la población, mientras que en el último quintil asciende a 78%. Una situación más favorable se observa respecto de la electricidad. Poco menos de 90% de la población vive en viviendas que cuentan con este servicio, representando 64% y 99% de la población del primer y último quintil, respectivamente.

Estado de salud

Enfermedad o accidente declarado

La pregunta a la cual corresponde este análisis es la número 3 de la sección 4, parte A, Salud, para todos los miembros del hogar: *Durante los últimos tres meses, ¿Estuvo (nombre) enfermo o accidentado?* Las categorías de respuesta son: 1) Sí, estuvo enfermo; 2) Sí, estuvo accidentado; y 3) No, estuvo sano. Las dos primeras categorías se consideraron como enfermedad o accidente.

Se presentan y grafican porcentajes de enfermedad o accidente declarado por quintiles de ingreso para hombres, mujeres y total, según grupos de edad (0-4, 5-14, 15-29, 30-49 y 50 y más) y área de residencia.

Los resultados muestran que la enfermedad o accidente declarados tiende, en general, a ser mayor: a) en las mujeres de todos los grupos de edad y niveles de ingreso respecto de los hombres de igual edad e ingreso; y b) en hombres y mujeres menores de 5 años en todos los niveles de ingreso.

Los porcentajes de enfermedad o accidente declarados tienden a disminuir según aumenta el nivel de ingreso tanto en hombres como en mujeres tomados en conjunto. Esta disminución es más evidente a partir de los 30 años, en ambos sexos.

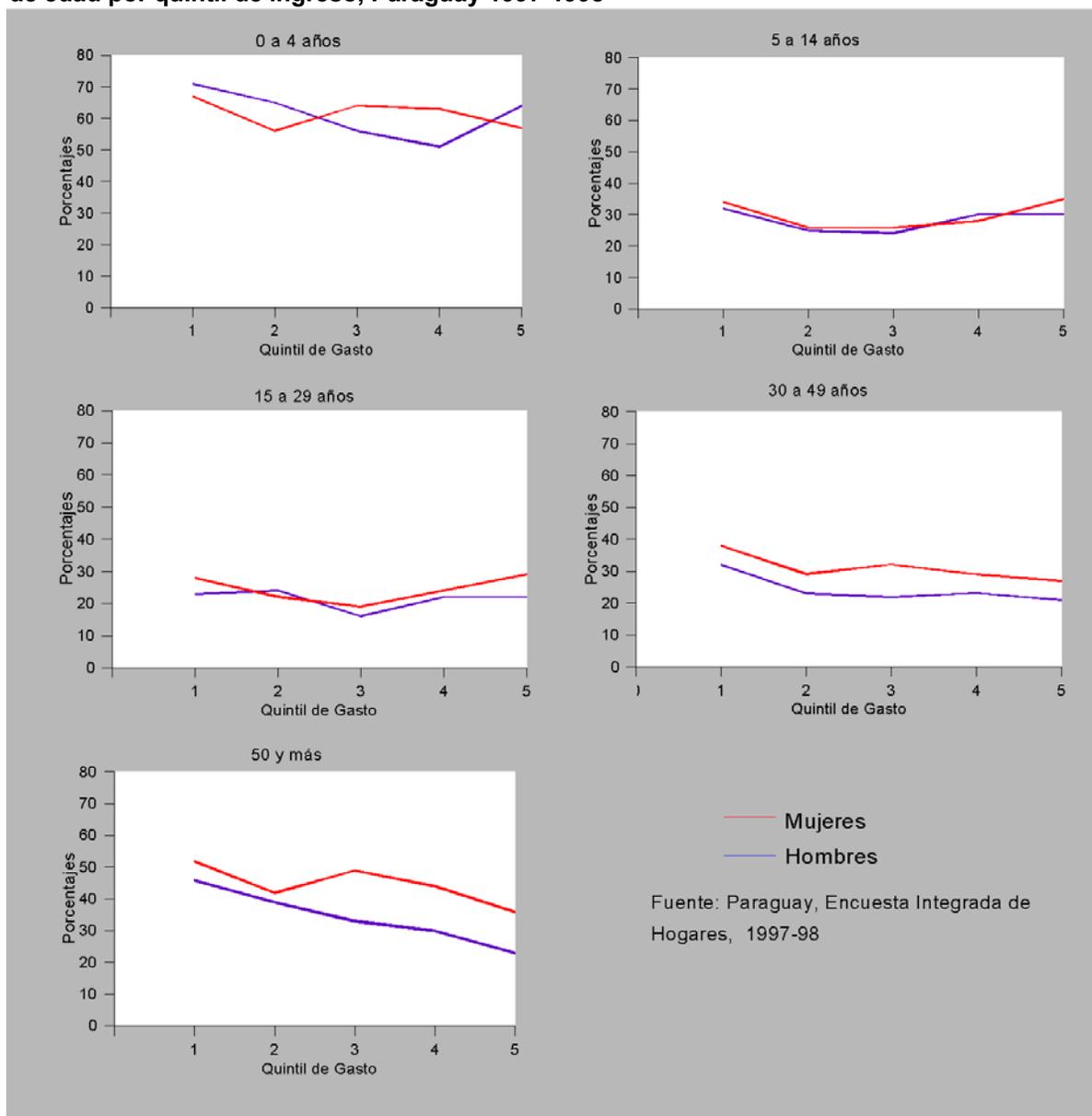
Las diferencias según los extremos de la distribución del ingreso se aprecian especialmente en los hombres, particularmente en los de 50 y más años, en los que el porcentaje de enfermedad o accidente de los del primer quintil de ingreso representa 2 veces el porcentaje de los del último quintil. Diferencias menores a la anterior, pero de magnitud importante, se aprecian en hombres y mujeres de 30 a 49 años y en mujeres de 50 y más años, en los que el porcentaje de enfermedad o accidente de los del primer quintil de ingreso representa 1.5, 1.4 y 1.5 veces el porcentaje de los del último quintil, respectivamente.

Cuadro 2. Enfermedad o accidente declarado en los últimos tres meses según sexo y grupo de edad por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998

Quintil de ingreso	Hombres					Total
	0 - 4	5 -14	15 - 29	30 - 49	50 y más	
I	71	32	23	32	46	40
II	65	25	24	23	39	32
III	56	24	16	22	33	27
IV	51	30	22	23	30	28
V	64	30	22	21	23	28
Promedio	61	28	21	24	34	31
Razón entre el I y el X	1.1	1.1	1.0	1.5	2.0	1.4
	Mujeres					
	0 - 4	5 -14	15 - 29	30 - 49	50 y más	
I	67	34	28	38	52	41
II	56	26	22	29	42	33
III	64	26	19	32	49	34
IV	63	28	24	29	44	33
V	57	35	29	27	36	33
Promedio	61	30	24	31	45	35
Razón entre el I y el X	1.2	1.0	1.0	1.4	1.5	1.2
	Ambos sexos					
	0 - 4	5 -14	15 - 29	30 - 49	50 y más	
I	69	33	25	35	49	40
II	60	26	23	26	41	33
III	60	25	18	27	42	30
IV	58	29	23	26	37	31
V	61	32	25	24	30	30
Promedio	62	29	23	28	40	33
Razón entre el I y el X	1.1	1.0	1.0	1.5	1.7	1.3

Fuente: Paraguay, Encuesta Integrada de Hogares, 1997-1998.

Gráfico 1. Enfermedad o accidente declarado en los últimos tres meses según sexo y grupo de edad por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998



Según área de residencia, el porcentaje de enfermedad o accidente declarados es similar entre las áreas urbanas y rurales en todos los niveles de ingreso. En ambas áreas, la enfermedad o accidente es mayor en las mujeres. La declaración de enfermedad o accidente disminuye conforme aumenta el nivel de ingreso tanto en hombres como en mujeres de áreas urbanas y rurales, principalmente en los primeros.

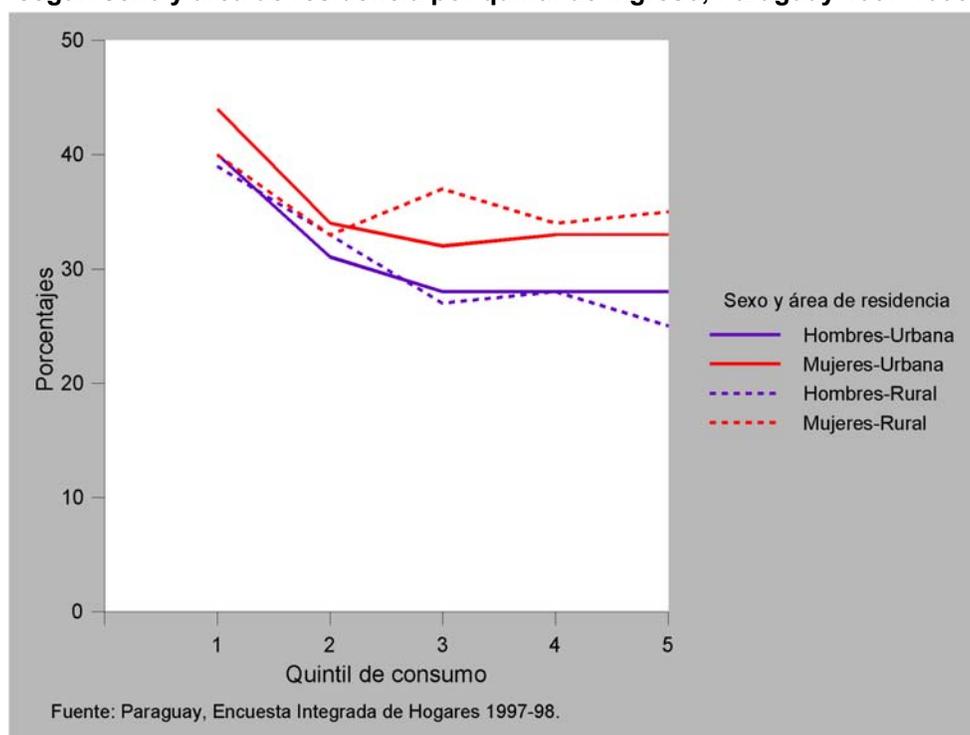
Las diferencias según los extremos de la distribución del ingreso se aprecian en ambas áreas y especialmente en los hombres de las áreas rurales, en los que el porcentaje de enfermedad o accidente de los del primer quintil de ingreso representa 1.6 veces el porcentaje de los del último quintil.

Cuadro 3. Enfermedad o accidente declarado en los últimos tres meses según sexo y área de residencia por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998

Quintil de ingreso	Urbana			Rural			Total		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
I	40	44	42	39	40	40	40	41	40
II	31	34	32	33	33	33	32	33	33
III	28	32	30	27	37	32	27	34	30
IV	28	33	31	28	34	31	28	33	31
V	28	33	30	25	35	29	28	33	30
Promedio	31	35	33	30	36	33	31	35	33
Razón entre el I y el X	1.4	1.3	1.4	1.6	1.2	1.4	1.4	1.2	1.3

Fuente: Paraguay, Encuesta Integrada de Hogares 1997-1998.

Gráfico 2. Enfermedad o accidente declarado en los últimos tres meses según sexo y área de residencia por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998



Días promedio de inactividad por la enfermedad o accidente

La pregunta a la cual corresponde este análisis es la número 4 de la sección 4, parte A, Salud, para todos los miembros del hogar: *En los últimos tres meses, ¿Durante cuánto tiempo ha tenido que dejar (nombre) sus actividades normales por la enfermedad o accidente más reciente que tuvo?* Se consignó el número de días de interrupción de las actividades normales.

Se presentan y grafican días promedio de inactividad por la enfermedad o accidente declarado para hombres, mujeres y total, según grupos de edad (0-4, 5-14, 15-29, 30-49 y 50 y más) y área de residencia.

Los resultados muestran que el promedio de días de inactividad declarados debido a la última enfermedad o accidente es levemente mayor en los hombres respecto de las mujeres. En ambos sexos el número promedio de días tiende a aumentar conforme aumenta la edad en todos los niveles de ingreso, observándose el mayor número en

los mayores de 49 años en ambos sexos. El número promedio de días de inactividad tiende a disminuir conforme aumenta el nivel de ingreso en hombres y mujeres de todos los grupos de edad, con excepción de las mujeres de 50 y más años, donde fluctúa indistintamente.

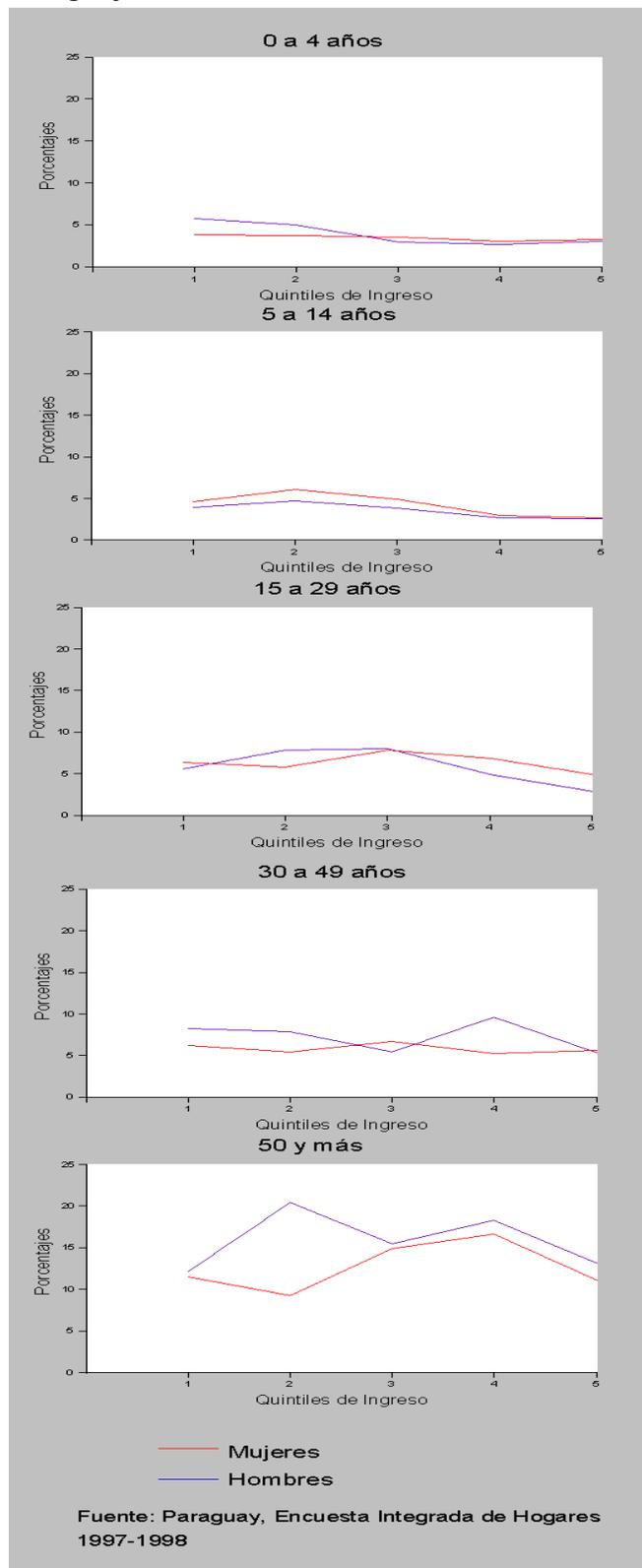
Las diferencias según los extremos de la distribución del ingreso se aprecian especialmente en los hombres, en particular en los de 15 a 29 años, en los que el promedio de días de inactividad representa 2 veces el promedio de los del último quintil, y en los de 5 a 14 y 30 a 49 años, donde esta relación es de 1.5 veces.

Cuadro 4. Días promedio de inactividad por la enfermedad en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según sexo y grupo de edad por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998

Quintil de ingreso	Hombres					Total
	0 - 4	5 -14	15 -29	30 - 49	50 y más	
I	5.8	3.9	5.6	8.2	12.2	6.4
II	5.0	4.7	7.8	7.8	20.4	8.5
III	3.0	3.8	8.0	5.4	15.4	6.2
IV	2.7	2.7	5.0	9.6	18.3	7.0
V	3.0	2.6	2.9	5.4	13.1	4.8
Promedio	3.9	3.5	5.9	7.3	15.9	6.6
Razón entre el I y el X	1.9	1.5	2.0	1.5	0.9	1.3
Quintil de ingreso	Mujeres					Total
	0 - 4	5 -14	15 -29	30 - 49	50 y más	
I	3.8	4.6	6.4	6.2	11.5	5.9
II	3.8	6.1	5.8	5.4	9.3	5.9
III	3.6	4.9	7.9	6.7	14.9	7.4
IV	3.1	2.9	6.9	5.2	16.6	7.0
V	3.2	2.7	4.9	5.6	11.0	5.6
Promedio	3.5	4.2	6.4	5.8	12.7	6.4
Razón entre el I y el X	1.2	1.7	1.3	1.1	1.0	1.1
Quintil de ingreso	Ambos sexos					Total
	0 - 4	5 -14	15 -29	30 - 49	50 y más	
I	4.9	4.3	6.0	7.1	11.8	6.2
II	4.3	5.4	6.9	6.4	14.6	7.2
III	3.3	4.4	7.9	6.2	15.1	6.9
IV	2.9	2.8	6.0	7.1	17.2	7.0
V	3.1	2.6	4.0	5.5	11.9	5.2
Promedio	3.7	3.9	6.2	6.5	14.1	6.5
Razón entre el I y el X	1.6	1.6	1.5	1.3	1.0	1.2

Fuente: Paraguay, Encuesta Integrada de Hogares 1997-1998.

Gráfico 3. Días promedio de inactividad por la enfermedad en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según sexo y grupo de edad por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998



Según área de residencia, el promedio de días de inactividad tiende a ser mayor en las áreas rurales, especialmente en los hombres de estas áreas. Las diferencias según los extremos de la distribución del ingreso se aprecian

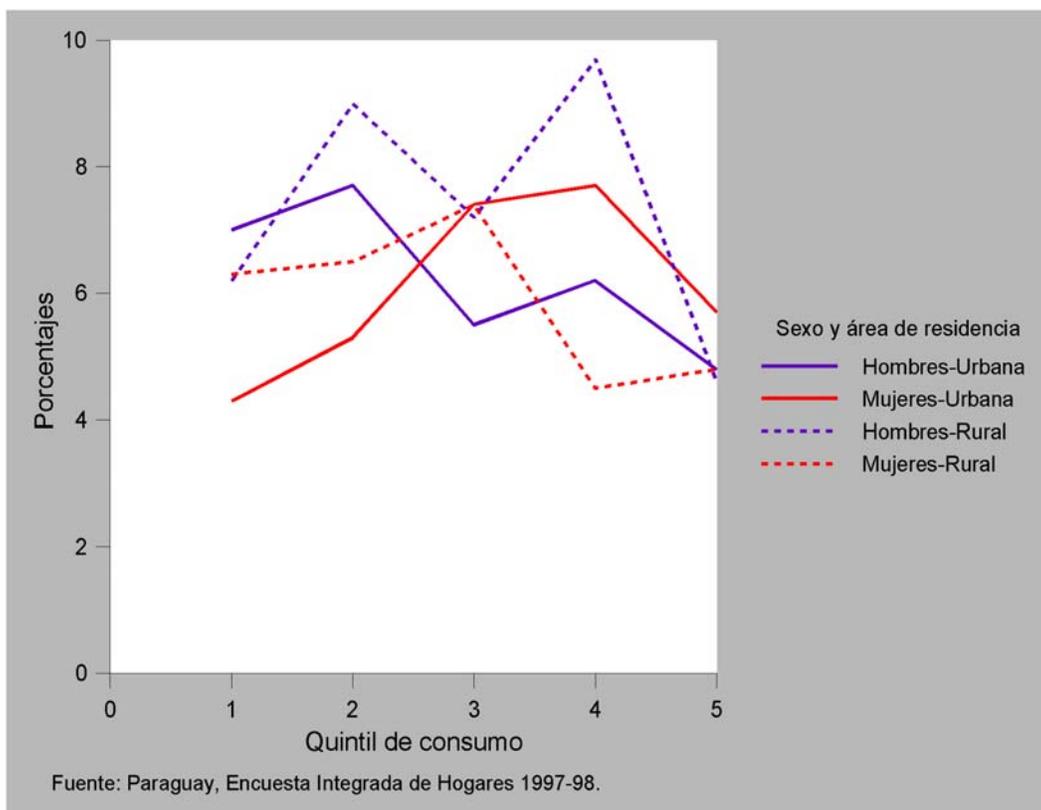
especialmente en los hombres de áreas urbanas y rurales, en los que el promedio de días de inactividad representa 1.5 y 1.4 veces el del último quintil, respectivamente.

Cuadro 5. Días promedio de inactividad por la enfermedad en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según sexo y área de residencia por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998

Quintil de ingreso	Urbana			Rural			Total		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
I	7.0	4.3	5.6	6.2	6.3	6.3	6.4	5.9	6.2
II	7.7	5.3	6.4	9.0	6.5	7.8	8.5	5.9	7.2
III	5.5	7.4	6.5	7.2	7.4	7.4	6.2	7.4	6.9
IV	6.2	7.7	7.0	9.7	4.5	6.8	7.0	7.0	7.0
V	4.8	5.7	5.3	4.6	4.8	4.7	4.8	5.6	5.2
Promedio	6.3	6.1	6.2	7.3	5.9	6.6	6.6	6.4	6.5
Razón entre el I y el X	1.5	0.7	1.1	1.4	1.3	1.3	1.3	1.1	1.2

Fuente: Paraguay, Encuesta Integrada de Hogares 1997-1998.

Gráfico 4. Días promedio de inactividad por la enfermedad en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según sexo y área de residencia por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998



Diarreas en menores de 5 años

La pregunta a la cual corresponde este análisis es la número 9 de la sección 5, parte A, Salud Infantil, para menores de 5 años: *¿Cuándo fue la última vez que (nombre) tuvo diarrea?* Las categorías de respuesta son 1) Dentro de los últimos 15 días; 2) Más de 15 días pero menos de tres meses; y 3) Más de tres meses o nunca tuvo diarrea. Las dos primeras se clasificaron como diarrea en los últimos tres meses.

Se presentan y grafican porcentajes de presencia de diarreas en menores de 5 años según quintiles de ingreso y área de residencia.

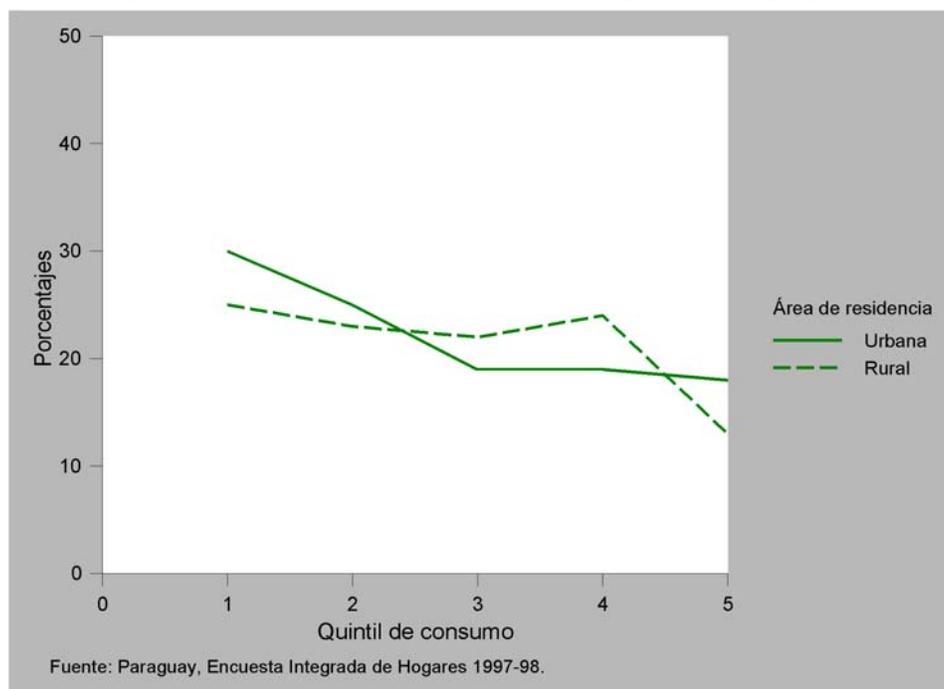
Los resultados muestran que la declaración de diarreas es similar en las áreas urbanas y rurales. En ambas áreas su presencia tiende a descender claramente a medida que aumenta el nivel de ingreso. Las diferencias según los extremos de la distribución del ingreso son levemente mayores en las áreas rurales respecto de las urbanas. En ellas, el porcentaje de diarreas del primer quintil de ingreso representa 2 y 1.7 veces el porcentaje del último quintil, respectivamente.

Cuadro 6. Diarreas en menores de cinco años durante los últimos tres meses según área de residencia por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998

Quintil de ingreso	Urbana	Rural	Total
I	30	25	26
II	25	23	24
III	19	22	20
IV	19	24	20
V	18	13	18
Promedio	22	21	22
Razón entre el I y el X	1.7	2.0	1.5

Fuente: Paraguay, Encuesta Integrada de Hogares 1997-1998.

Gráfico 5. Diarreas en menores de cinco años durante los últimos tres meses según área de residencia por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998



Acceso y utilización de servicios de atención de salud

Atención de salud

La pregunta a la cual corresponde este análisis es la número 7 de la sección 4, parte A, Salud, para todos los miembros del hogar: *¿A quién consultó (nombre) por la enfermedad o accidente más reciente que tuvo en los últimos tres meses?* Las categorías de respuesta son 1) Doctor; 2) Partera profesional; 3) Partera empírica (chaé); 4) Enfermera; 5) Dentista; 6) Farmacéutico; 7) Curandero; 8) Familiar o vecino; y 9) Otro. Las categorías 1, 2, 4 y 5 fueron consideradas como atención de salud.

Se presentan y grafican porcentajes de atención de salud por quintiles de ingreso para hombres, mujeres y total, según grupos de edad (0-4, 5-14, 15-29, 30-49 y 50 y más) y área de residencia. Los porcentajes están calculados sobre las personas que declararon enfermedad o accidente.

Los resultados muestran que la atención de salud tiende a ser mayor en las mujeres. La mayor atención femenina respecto de la masculina se observa en todos los grupos de edad e ingreso, con excepción de hombres y mujeres de 5 a 14 años, donde la atención es similar.

Los porcentajes de atención aumentan claramente conforme aumenta el nivel de ingreso en hombres y mujeres de todos los grupos de edad. Las mayores diferencias según los extremos del nivel de ingreso se aprecian particularmente en los grupos de edad 0 a 4 años y 5 a 14 años, más en los hombres que en las mujeres. En

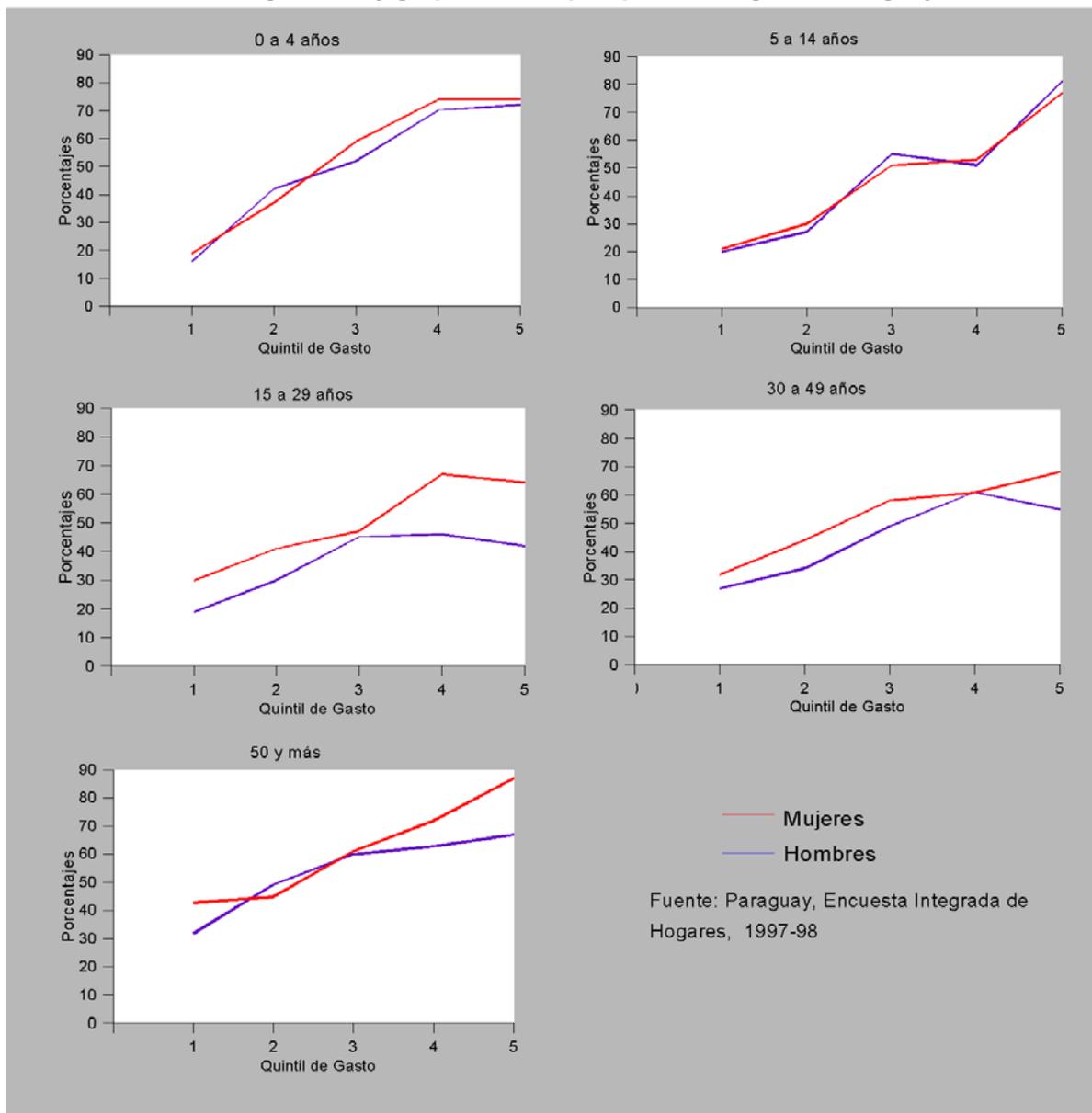
los primeros, el porcentaje de atención de los del último quintil de ingreso representa casi 5 veces el porcentaje de atención de los del primer quintil de ingreso. En las segundas, la atención de las del último quintil de ingreso es cerca de 4 veces la del primer quintil.

Cuadro 7. Atención de salud en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según sexo y grupo de edad por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998

Quintil de ingreso	Hombres					Total
	0 - 4	5 -14	15 - 29	30 - 49	50 y más	
I	16	20	19	27	32	21
II	42	27	30	34	49	36
III	52	55	45	49	60	52
IV	70	51	46	61	63	57
V	72	81	42	55	67	62
Promedio	50	47	36	45	54	46
Razón entre el I y el X	0.2	0.2	0.4	0.5	0.5	0.3
	Mujeres					
I	19	21	30	32	43	26
II	37	30	41	44	45	38
III	59	51	47	58	61	56
IV	74	53	67	61	72	66
V	74	77	64	68	87	73
Promedio	53	46	50	53	61	52
Razón entre el I y el X	0.3	0.3	0.5	0.5	0.5	0.4
	Ambos sexos					
I	17	21	25	29	37	24
II	39	29	35	40	47	37
III	56	53	46	55	60	54
IV	73	52	57	61	69	62
V	73	79	54	62	79	68
Promedio	51	46	43	49	58	49
Razón entre el I y el X	0.2	0.3	0.5	0.5	0.5	0.3

Fuente: Paraguay, Encuesta Integrada de Hogares 1997-1998.

Gráfico 6. Atención de salud en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según sexo y grupo de edad por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998



Según área de residencia, la atención de salud es mayor en las áreas urbanas, tanto en hombres como en mujeres. En ambas áreas los porcentajes de atención tienden a aumentar claramente a medida que aumenta el nivel de ingreso. Las mujeres tienden a presentar una atención de salud mayor que los hombres en prácticamente todos los niveles de ingreso, en ambas áreas.

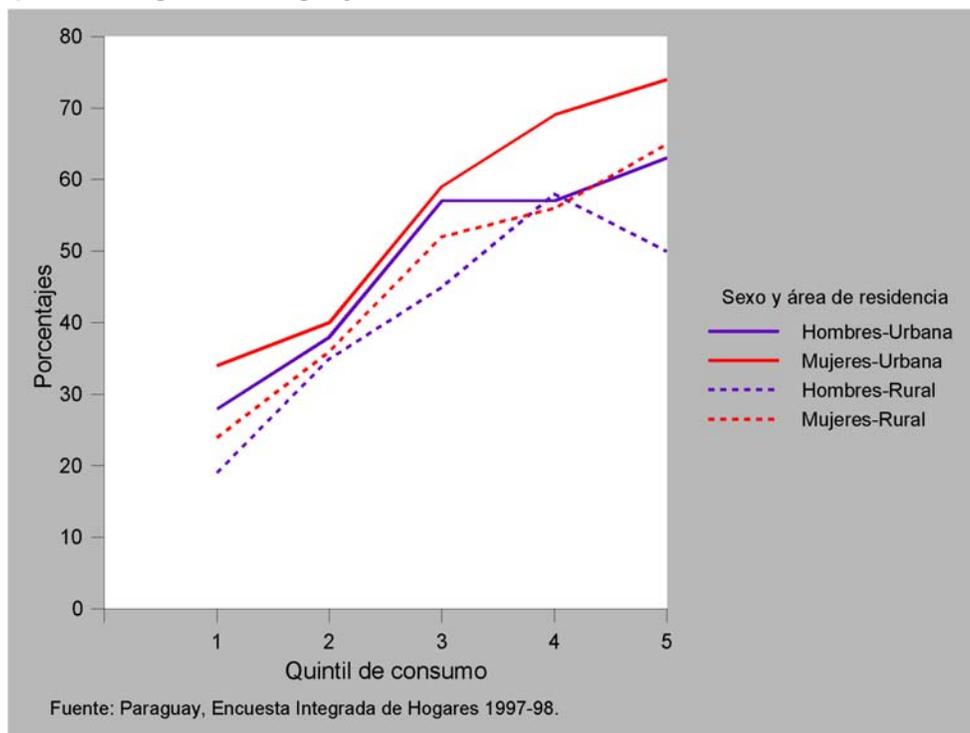
Las diferencias según los extremos del nivel de ingreso se aprecian en las áreas urbanas y rurales en ambos sexos, siendo mayores en las rurales. En estas áreas, el porcentaje de atención de salud en el último quintil de ingreso representa 2.6 veces el porcentaje de atención del primer quintil de ingreso. En las áreas urbanas la relación es de 2.2 veces.

Cuadro 8. Atención de salud en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según sexo y área de residencia por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998

Quintil de ingreso	Urbana			Rural			Total		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
I	28	34	31	19	24	22	21	26	24
II	38	40	39	35	36	36	36	38	37
III	57	59	58	45	52	49	52	56	54
IV	57	69	63	58	56	57	57	66	62
V	63	74	69	50	65	58	62	73	68
Promedio	49	55	52	42	47	44	46	52	49
Razón entre el I y el X	0.4	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.4	0.3

Fuente: Paraguay, Encuesta Integrada de Hogares 1997-1998.

Gráfico 7. Atención de salud en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según sexo y área de residencia por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998



Tiempo en llegar al Centro de Salud

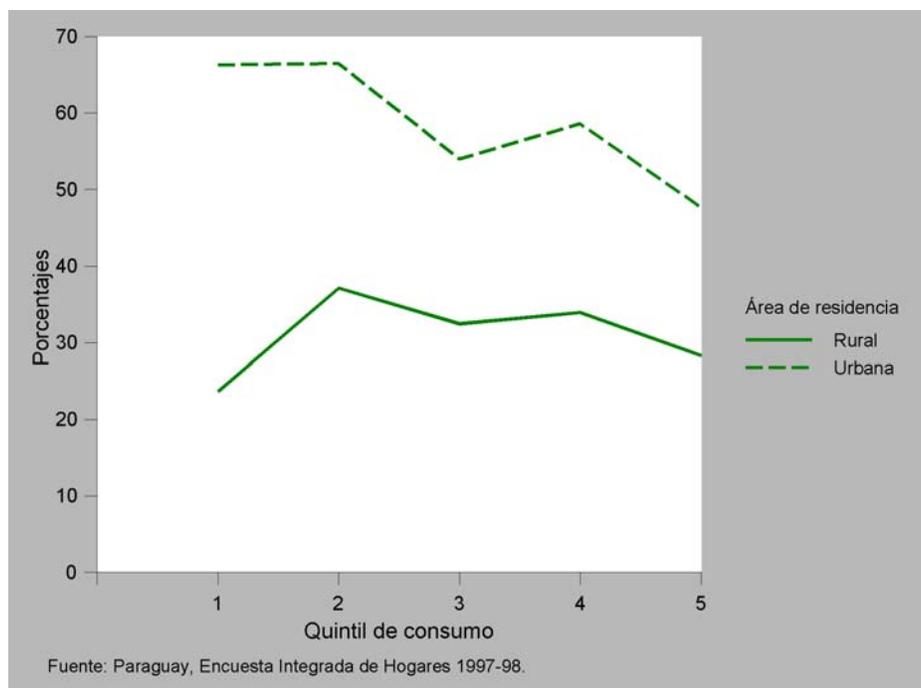
La pregunta a la cual corresponde este análisis es la número 11 de la sección 4, parte A, Salud, para todos los miembros del hogar: *¿Cuánto tardó (nombre) en llegar al lugar donde hizo la última consulta?* Se consultó por horas y minutos. Las respuestas fueron transformadas a minutos.

Cuadro 9. Minutos promedio en llegar al centro de salud en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según área de residencia por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998

Quintil de ingreso	Urbana	Rural	Total
I	23.7	66.3	56.0
II	37.1	66.5	53.1
III	32.4	54.0	40.5
IV	33.9	58.6	38.8
V	28.3	47.7	30.4
Promedio	31.1	58.6	43.8
Razón entre el I y el X	0.8	1.4	1.8

Fuente: Paraguay, Encuesta Integrada de Hogares 1997-1998.

Gráfico 8. Minutos promedio en llegar al centro de salud en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según área de residencia por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998



Se presentan y grafican minutos promedio para llegar al centro de salud por área de residencia según nivel de ingreso.

Los resultados muestran que el tiempo promedio es claramente mayor en las áreas rurales en todos los niveles de ingreso. En las áreas rurales, el tiempo promedio disminuye claramente conforme aumenta el nivel de ingreso. En las áreas urbanas los tiempos son menores en los extremos de la distribución del ingreso. En las áreas rurales, los minutos promedio que utilizan las personas del primer quintil representan 1.4 veces el tiempo promedio del último quintil.

Automedicación

La pregunta a la cual corresponde este análisis es la número 7 de la sección 4, parte A, Salud, para todos los miembros del hogar: *¿Por qué (nombre) no consultó a nadie para tratar su enfermedad o accidente?* Las categorías de respuesta son 1) La dolencia no era grave; 2) No hay atención cercana; 3) La atención es mala; 4) Las consultas son caras; 5) Se automedicó; 6) No tuvo tiempo; y 7) Otras razones.

Los porcentajes de automedicación fueron calculados sobre las personas que declararon enfermedad o accidente.

Se presentan y grafican porcentajes de automedicación por quintiles de ingreso para hombres, mujeres y total, según grupos de edad (0-4, 5-14, 15-29, 30-49 y 50 y más) y área de residencia.

Los resultados muestran que la automedicación tiende a ser mayor en los hombres. La mayor automedicación masculina respecto de la femenina se observa en todos los grupos de edad e ingreso.

Los porcentajes de automedicación tienden a disminuir claramente conforme aumenta el nivel de ingreso en hombres y mujeres de

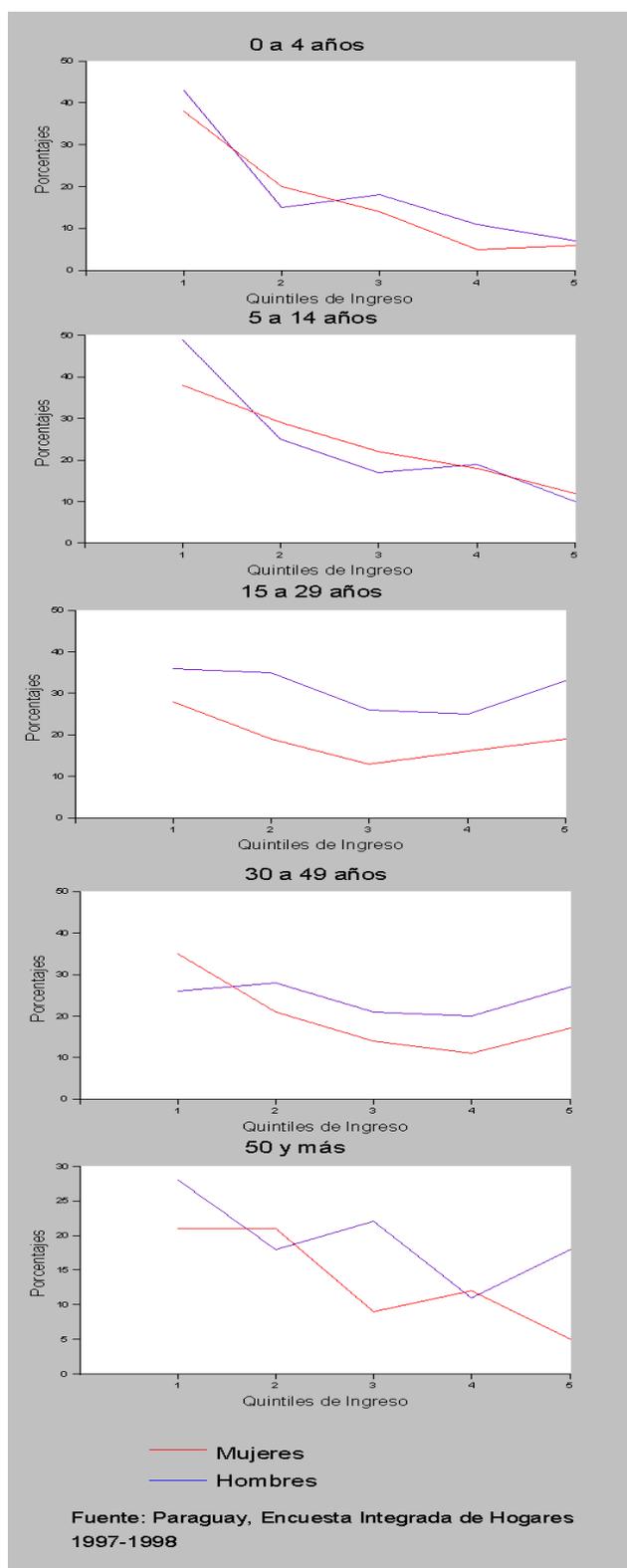
todos los grupos de edad. Las mayores diferencias según los extremos del nivel de ingreso se aprecian particularmente en las mujeres de 0 a 4 años y en los hombres de la misma edad. En ellos, el porcentaje de automedicación de los del primer quintil de ingreso representa 6.9 y 5.8. el porcentaje de los del último quintil, respectivamente.

Cuadro 10. Automedicación en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según sexo y grupo de edad por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998

Quintil de ingreso	Hombres					Total
	0 - 4	5 - 14	15 - 29	30 - 49	50 y más	
I	43	49	36	26	28	40
II	15	25	35	28	18	23
III	18	17	26	21	22	20
IV	11	19	25	20	11	18
V	7	10	33	27	18	20
Promedio	19	24	31	24	19	24
Razón entre el I y el X	5.8	4.8	1.1	1.0	1.6	2.0
Quintil de ingreso	Mujeres					Total
	0 - 4	5 - 14	15 - 29	30 - 49	50 y más	
I	38	38	28	35	21	34
II	20	29	19	21	21	22
III	14	22	13	14	9	15
IV	5	18	16	11	12	12
V	6	12	19	17	5	12
Promedio	17	24	19	20	14	19
Razón entre el I y el X	6.9	3.1	1.5	2.1	4.8	2.8
Quintil de ingreso	Ambos sexos					Total
	0 - 4	5 - 14	15 - 29	30 - 49	50 y más	
I	41	43	32	31	25	37
II	17	27	28	24	19	23
III	16	20	19	17	14	17
IV	7	18	20	15	12	15
V	7	11	25	21	10	16
Promedio	18	24	25	22	16	21
Razón entre el I y el X	6.1	3.9	1.3	1.5	2.6	2.3

Fuente: Paraguay, Encuesta Integrada de Hogares 1997-1998.

Gráfico 9. Automedicación en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según sexo y grupo de edad por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998



Según área de residencia, la automedicación es similar en las áreas urbanas y rurales. En ambas áreas, la automedicación es mayor en los hombres respecto de las mujeres. Los porcentajes de automedicación tienden a disminuir claramente a medida que aumenta el nivel de ingreso.

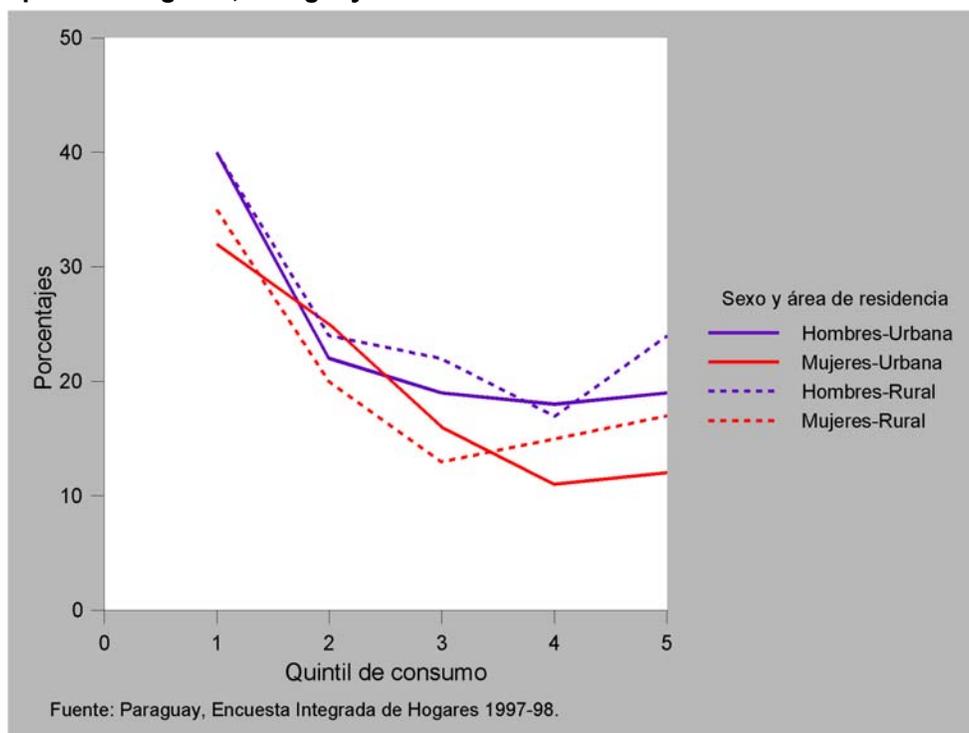
Las diferencias según los extremos del nivel de ingreso son mayores en las áreas urbanas tanto en hombres como en mujeres. En ellos, el porcentaje de atención de automedicación en el primer quintil de ingreso representa 2.1 y 2.7 veces de los del último quintil, respectivamente.

Cuadro 11. Automedicación en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según sexo y área de residencia por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998

Quintil de ingreso	Urbana			Rural			Total		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
I	40	32	36	40	35	37	40	34	37
II	22	25	23	24	20	22	23	22	23
III	19	16	17	22	13	17	20	15	17
IV	18	11	14	17	15	16	18	12	15
V	19	12	15	24	17	20	20	12	16
Promedio	24	19	21	25	20	22	24	19	21
Razón entre el I y el V	2.1	2.7	2.4	1.7	2.1	1.9	2.0	2.8	2.3

Fuente: Paraguay, Encuesta Integrada de Hogares 1997-1998.

Gráfico 10. Automedicación en personas que declararon enfermedad o accidente en los últimos tres meses según sexo y área de residencia por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998



Parto Institucional

La pregunta a la cual corresponde este análisis es la número 24 de la sección 4, parte B, Salud, para mujeres de 15 a 49 años: *¿Dónde tuvo (nombre) su último parto?*

Las categorías de respuesta son: 1) IPS; 2) Hospital de Clínicas; 3) Otro hospital público; 4) Centro de salud; 5) Puesto de salud; 6) Sanidad militar; 7) Sanidad policial; 8) Hospital privado o consultorio privado; 9) Dispensario; 10) Farmacia; 11) Casa de curandero o partera; 12) Su casa; 13) Otra casa particular; 14) No llegó al parto; y 15) Otro. Las respuestas 1 a 8 fueron consideradas como atención institucional.

Se presentan y grafican porcentajes de parto institucional por área de residencia y grupo de edad (15-29, 30-39 y 40-49 años) y área de residencia según nivel de ingreso, en mujeres de 15 a 49 años. Los porcentajes están calculados sobre el total de mujeres que han tenido hijos y las respuestas corresponden al último parto, ignorando la fecha en que se haya producido.

Los resultados muestran que la atención institucional del parto es mayor en las áreas urbanas respecto de las rurales en todos los quintiles de ingreso, con excepción del primer

quintil, donde es igual. En ambas áreas el parto institucional aumenta conforme aumenta el nivel de ingreso. Las diferencias según los extremos de la distribución del ingreso son mayores en las áreas urbanas, si se las compara con las rurales. En las primeras, el porcentaje de parto institucional del último quintil de ingreso representa 2.6 veces el porcentaje del primer quintil. En las segundas representa 2.2 veces.

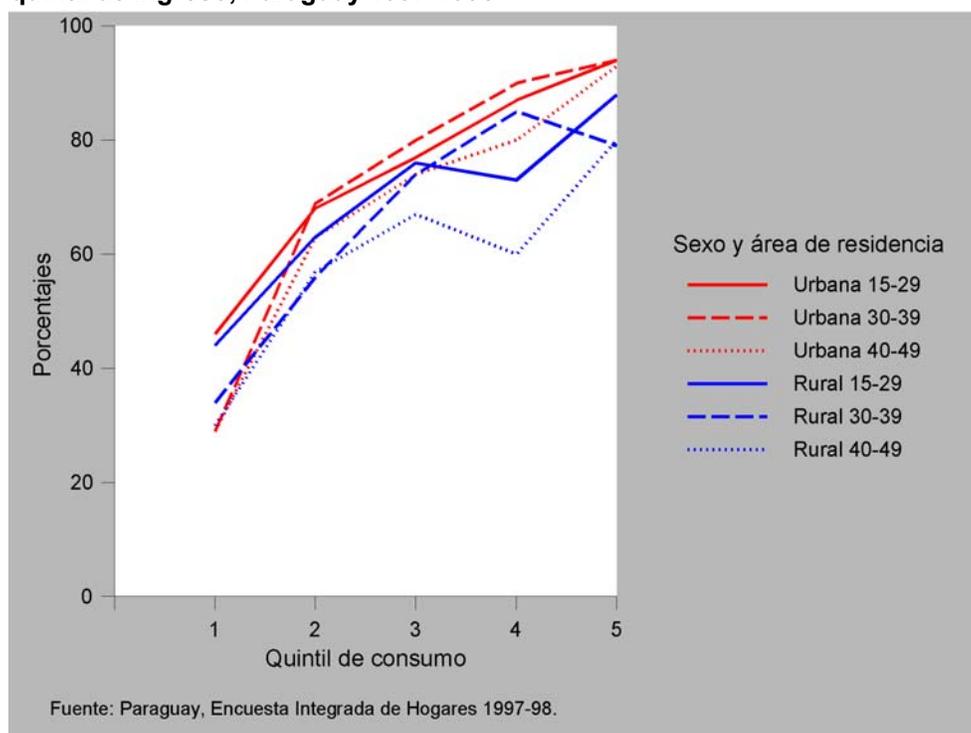
Según grupos de edad, la atención institucional del parto es mayor en las mujeres de 15 a 29 años tanto en áreas urbanas como en rurales, y disminuye a medida que aumenta la edad. Considerando el quintil de ingreso, las diferencias en el porcentaje de parto institucional según edad son mayores en el primer quintil, con un mayor parto institucional en las mujeres más jóvenes (15 a 29 años). Estas diferencias tienden a disminuir conforme aumenta el ingreso. Las diferencias según los extremos de la distribución del ingreso son mayores en las mujeres de 30 y más años, especialmente en las áreas urbanas. En estas áreas, el porcentaje de parto institucional del último quintil de ingreso representa más de 3 veces el porcentaje del primer quintil. En las áreas rurales representa más de 2 veces.

Cuadro 12. Parto institucional según área de residencia y grupo de edad por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998

Quintil de ingreso	Urbana				Rural				Total			
	15 - 29	30 - 39	40 -49	Total	15 - 29	30 - 39	40 -49	Total	15 - 29	30 - 39	40 -49	Total
I	46	29	29	36	44	34	30	37	45	33	30	36
II	68	69	63	67	63	56	57	59	66	62	60	63
III	77	80	74	77	76	74	67	73	76	78	71	76
IV	87	90	80	86	73	85	60	74	84	88	76	84
V	94	94	93	94	88	79	80	83	93	93	91	92
Promedio	74	72	68	72	69	66	59	65	73	71	66	70
Razón entre el I y el X	0.5	0.3	0.3	0.4	0.5	0.4	0.4	0.4	0.5	0.4	0.3	0.4

Fuente: Paraguay, Encuesta Integrada de Hogares 1997-1998.

Gráfico 11. Parto institucional según área de residencia y grupo de edad por quintil de ingreso, Paraguay 1997-1998



Nota técnica y comentarios

La Encuesta Integrada de Hogares de Paraguay fue realizada entre agosto de 1997 y julio de 1998. El organismo encargado de ejecutarla fue la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGECC). La encuesta tiene una cobertura geográfica nacional y representatividad nacional, urbana rural y por grandes áreas (Central, resto y Asunción).

La Encuesta Integrada de Hogares tiene una importante potencialidad para la caracterización de los hogares y de la población en función de diversas variables socioeconómicas y su interrelación con distintos sectores, entre ellos salud. El análisis de las desigualdades en salud según niveles de ingreso presenta también grandes potencialidades. Para la realización de este tipo de análisis se recomienda, en general, trabajar con la mayor desagregación posible de los niveles de consumo o ingreso (deciles o veintiles), como una forma de apreciar mejor las diferencias, sobretodo en los extremos de la distribución.

Sin embargo, dado el tamaño muestral de la Encuesta Integrada de Hogares y la distribución de la población según edad e ingreso, se consideró que el procedimiento más adecuado para analizar las distintas variables de salud era trabajar con quintiles de ingreso considerando 5 grupos de edad.

Para construir los quintiles de ingreso se utilizó la variable «Ingreso Total del Hogar» (excluido el servicio doméstico) calculada por la CEPAL. Este ingreso fue dividido por el total de miembros del hogar excluyendo el servicio doméstico, obteniendo el ingreso per cápita del hogar.

Los resultados más importantes en términos de las desigualdades en salud en Paraguay estudiadas con la Encuesta Integrada de Hogares de 1997-1998 son los siguientes:

- La enfermedad o accidente declarado tiende a ser mayor en las mujeres de todos los grupos de edad y niveles de ingreso respecto de los hombres de igual edad e ingreso. Los porcentajes tienden a disminuir según aumenta el nivel de ingreso tanto en hombres como en mujeres, siendo más evidente a partir de los 30 años. Las diferencias según los extremos de la

distribución del ingreso se aprecian especialmente en los hombres, particularmente en los de 50 y más años.

- La declaración de enfermedad o accidente es similar entre las áreas urbanas y rurales en todos los niveles de ingreso, siendo mayor en las mujeres de ambas áreas. Los porcentajes de declaración disminuyen conforme aumenta el nivel de ingreso tanto en hombres como en mujeres de ambas áreas.
- Aunque las mujeres declaran más enfermedad o accidente que los hombres, el promedio de días de inactividad debido a la enfermedad o accidente es levemente mayor en estos últimos. Como es esperable, en ambos sexos el número promedio de días tiende a aumentar conforme aumenta la edad en todos los niveles de ingreso. Por su parte, el promedio tiende a disminuir conforme aumenta el nivel de ingreso en hombres y mujeres de todos los grupos de edad.
- El promedio de días de inactividad tiende a ser mayor en las áreas rurales, especialmente en los hombres de estas áreas. Las diferencias según los extremos de la distribución del ingreso se aprecian especialmente en los hombres de ambas áreas, disminuyendo la cantidad de días a medida que aumenta el ingreso.
- El mayor número promedio de días de inactividad de los hombres respecto de las mujeres, y las mayores diferencias en los hombres según ingreso, podrían estar asociadas a las mayores tasas de actividad económica masculina, que permite que los hombres cuenten con un indicador preciso para diferenciar sus actividades «normales» de otras actividades, como es permanecer en casa.
- La presencia de diarreas en menores de 5 años es similar en las áreas urbanas y rurales, tendiendo a descender claramente a medida que aumenta el nivel de ingreso. Las diferencias según los extremos de la distribución del ingreso son levemente mayores en las áreas rurales respecto de las urbanas.
- Aunque las mujeres declaran más enfermedad o accidente y afirman tener un menor número de días de inactividad por la enfermedad que los hombres, reciben una mayor atención de salud que éstos. La mayor atención femenina respecto de la masculina, que coincide con un patrón generalmente observado, tiende a presentarse en todos los grupos de edad e ingreso.
- La atención de salud aumenta claramente conforme aumenta el nivel de ingreso en hombres y mujeres de todos los grupos de edad. Las mayores diferencias según los extremos del nivel de ingreso se aprecian particularmente en menores de 15 años, más en los hombres que en las mujeres, lo que responde a la mayor atención de salud femenina en general.
- La atención de salud es mayor en las áreas urbanas respecto de las rurales, tanto en hombres como en mujeres. En ambas áreas los porcentajes de atención tienden a aumentar a medida que aumenta el nivel de ingreso y las mujeres tienden a presentar una atención de salud mayor que los hombres en todos los niveles de ingreso.
- Además de tener una menor atención de salud, el tiempo promedio en llegar al centro de salud es mayor en las áreas rurales respecto de las urbanas en todos los niveles de ingreso, disminuyendo claramente conforme aumenta el nivel de ingreso.
- Coincidiendo con la menor atención de salud que reciben, los hombres presentan una mayor automedicación que las mujeres. La mayor automedicación masculina respecto de la femenina se observa en todos los grupos de edad e ingreso.
- Como es esperable dados los diferenciales de ingreso en la atención de salud, la automedicación disminuye conforme aumenta el nivel de ingreso en hombres y mujeres de todos los grupos de edad, siendo similar en las áreas urbanas y rurales. Las diferencias según los extremos del nivel de ingreso son mayores en las áreas urbanas respecto de las rurales y en las mujeres de ambas áreas respecto de los hombres del área respectiva. Esto respondería tanto a la menor atención de salud general en las áreas rurales y la mayor atención de salud femenina, como a la menor atención que reciben las personas de menores ingresos.
- Concordando con la menor atención de salud de las áreas rurales, la atención institucional del parto es mayor en las áreas urbanas respecto de las rurales y en ambas áreas aumenta conforme aumenta el nivel de ingreso.

■ La atención institucional del parto es mayor en las mujeres de 15 a 29 años tanto en áreas urbanas como en rurales y disminuye a medida que aumenta la edad. Las diferencias en el porcentaje de parto institucional según edad son mayores en el primer quintil, con un mayor parto institucional en las mujeres más jóvenes (15 a 29 años). Las diferencias según los extremos de la distribución del ingreso son mayores en las mujeres de 30 y más años, especialmente en las áreas urbanas. Esto sugeriría una ampliación en la cobertura del parto institucional hacia las mujeres de menores ingresos,

que por producirse en los últimos años ha favorecido especialmente a las más jóvenes.

¹ Existe una pequeña diferencia entre la estimación de la población urbana obtenida por esta encuesta y las proyecciones de población vigentes del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE.

² Se encuentran en esta categoría todas las viviendas cuya fuente de agua es «Corposana o Sesana» o «Red privada», y cuyo lugar de abastecimiento es «Dentro de la vivienda» o «Dentro de la propiedad».

Anexo: Tamaños muestrales

La Encuesta Integrada de Hogares 1997-1998 entrevistó a 4.353 hogares, que albergan una población de 20.664 personas. Este tamaño exige la construcción de subgrupos de interés relativamente amplios, de modo tal de realizar estimaciones con magnitudes de error adecuados. Los subgrupos de población de estas *Hojas Resumen* que tienen pequeños tamaños muestrales son: a) hombres de 0-4 años del cuarto y quinto quintil de ingreso (n=166 y 192); b) mujeres de 0 a 4 años (n=195 y 154). Esto implica que los resultados para estos grupos deben ser tomados con cautela porque implican un error mayor.

Los cuadros siguientes presentan los tamaños muestrales que permitieron realizar las estimaciones. Para obtener tales estimaciones los casos fueron ponderados por el factor de expansión nacional correspondiente.

Cuadro A1. Tamaños muestrales por sexo y grupo de edad según quintil de ingreso. Encuesta Integrada de Hogares, Paraguay 1997-1998

Quintil de ingreso	Hombres					Total
	0 - 4	5 -14	15 - 29	30 - 49	50 y más	
I	400	754	396	357	236	2143
II	275	668	453	353	267	2016
III	249	498	441	392	226	1806
IV	166	383	491	393	235	1668
V	192	307	529	491	305	1824
Total	1282	2610	2310	1986	1269	9457
Quintil de ingreso	Mujeres					Total
	0 - 4	5 -14	15 - 29	30 - 49	50 y más	
I	327	699	391	368	226	2011
II	315	620	418	382	273	2008
III	231	492	431	389	249	1792
IV	195	376	485	396	268	1720
V	154	321	502	465	309	1751
Total	1222	2508	2227	2000	1325	9282
Quintil de ingreso	Ambos sexos					Total
	0 - 4	5 -14	15 - 29	30 - 49	50 y más	
I	727	1453	787	725	462	4154
II	590	1288	871	735	540	4024
III	480	990	872	781	475	3598
IV	361	759	976	789	503	3388
V	346	628	1031	956	614	3575
Total	2504	5118	4537	3986	2594	18739

Cuadro A2. Tamaños muestrales por sexo y área de residencia según quintil de ingreso, Encuesta Integrada de Hogares, Paraguay 1997-1998

Quintil de ingreso	Urbana			Rural			Total		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
I	320	311	631	1823	1700	3523	2143	2011	4154
II	724	834	1558	1292	1174	2466	2016	2008	4024
III	959	987	1946	847	805	1652	1806	1792	3598
IV	1243	1304	2547	425	416	841	1668	1720	3388
V	1544	1525	3069	280	226	506	1824	1751	3575
Total	4790	4961	9751	4667	4321	8988	9457	9282	18739

