

Evolución de la cobertura médica y accesos a servicios de salud en Paraguay (1997 – 2024)

Evolution of medical coverage and access to health services in Paraguay (1997 – 2024)

Carlos Miguel Ríos-González¹, Ana Carolina Aguilar-Rabito¹, Silvia Stella Araújo Pino^{1*}

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Salud. Asunción, Paraguay

Cómo citar/How cite:

Ríos-González CM, Aguilar-Rabito AC, Araújo Pino SS. *Evolución de la cobertura médica y accesos a servicios de salud en Paraguay (1997 – 2024)*. Rev. cient. cienc. salud. 2026; 8: e8822.
[10.53732/rccsalud/2026.e8822](https://doi.org/10.53732/rccsalud/2026.e8822)

Fecha de recepción:

30/06/2025

Fecha de revisión:

29/09/2025

Fecha de aceptación:

29/12/2025

Autor correspondiente:

Silvia Stella Araújo Pino
e-mail:
silvitaaraudo@gmail.com

Editor responsable:

Margarita Samudio
Universidad del Pacífico.
Dirección de Investigación.
Asunción, Paraguay
e-mail:
margarita.samudio@upacifico.edu.py



Este es un artículo publicado en
acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](#)

RESUMEN

Introducción. Paraguay mantiene una de las coberturas de seguro médico más bajas de América Latina, con más del 70% de la población sin protección financiera en salud. Esta situación se agrava en áreas rurales donde persisten barreras geográficas, económicas y culturales que limitan el acceso efectivo a servicios sanitarios. **Objetivo.** Analizar la evolución de indicadores de cobertura médica y acceso a servicios de salud en Paraguay (1997-2024), identificando disparidades territoriales y de género.

Materiales y Métodos. Estudio transversal seriado utilizando datos de las Encuestas Permanentes de Hogares del Instituto Nacional de Estadística (1997-2024). Se analizaron la cobertura de seguro médico y acceso a servicios ante enfermedad o accidente estratificadas por área de residencia y sexo de 5,9 millones de habitantes mediante estadística descriptiva. **Resultados.** La cobertura aumentó del 18,2% (1997/98) al 25,9% (2021), manteniéndose 71,4% sin cobertura en 2024. Las brechas urbano-rurales de la cobertura persistieron; 32,9% urbana versus 13,9% rural (2021). El acceso efectivo mejoró del 64,1% al 73,1% (2022-2024), aunque 31% de población rural enferma no consultó servicios. Las mujeres presentaron mayores tasas de consulta (75,1%) que hombres (70,6%), con brechas acentuadas en áreas rurales.

Conclusión. El análisis de 27 años de evolución de los indicadores de salud en Paraguay revela un panorama caracterizado por avances graduales en cobertura médica nacional. Paraguay mantiene inequidades críticas con 4,2 millones sin protección financiera. Las disparidades urbano-rurales configuran un sistema dual donde la residencia determina el acceso sanitario, evidenciando necesidad urgente de reformas estructurales hacia cobertura universal con equidad territorial.

Palabras clave: cobertura de servicios de salud; acceso a los servicios de salud; equidad en salud

ABSTRACT

Introduction: Paraguay maintains one of the lowest health insurance coverage rates in Latin America, with over 70% of the population lacking financial protection in health. This situation worsens in rural areas where geographic, economic, and cultural barriers persist, limiting effective access to healthcare services. **Objective:** To analyze the evolution of health coverage and health service access indicators in Paraguay (1997-2024), identifying territorial and gender disparities. **Materials and Methods:** Descriptive observational study with repeated cross-sectional design, using data from the National Statistics Institute's Permanent Household Surveys (1997-2024). Data from 5.9 million inhabitants were analyzed using descriptive statistics, calculating proportions stratified by area of residence and sex. Main variables: health insurance coverage and access to services during illness or accident. **Results:** Coverage increased from 18.2% (1997/98) to 25.9% (2021), with 71.4% remaining without coverage in 2024. Urban-rural gaps persisted: 32.9% urban coverage versus 13.9% rural (2021). Effective access improved from 64.1% to 73.1% (2022-2024), although 31% of sick rural population did not consult services. Women showed higher consultation rates (75.1%) than men (70.6%), with accentuated gaps in rural areas.

Conclusion: Analysis of 27 years of health indicator trends in Paraguay (1997-2024) reveals an interesting picture characterized by gradual progress in national health coverage. However, Paraguay continues to face critical inequalities, with 4.2 million people lacking financial protection. Urban-rural disparities create a dual system where residence determines access to healthcare, highlighting the urgent need for structural reforms toward universal coverage with territorial equity.

Key words: health services coverage; health services accessibility; health equity.

INTRODUCCIÓN

El acceso equitativo a servicios de salud constituye uno de los desafíos más apremiantes del siglo XXI, posicionándose como pilar fundamental del desarrollo humano sostenible y la justicia social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas han establecido la cobertura universal de salud como meta irrenunciable para garantizar que ninguna persona sufra dificultades financieras al buscar atención médica^(1,2). Sin embargo, esta aspiración global enfrenta realidades complejas en América Latina, donde las desigualdades estructurales persisten como barreras sistémicas que fragmentan el acceso según condiciones socioeconómicas, territoriales y demográficas^(3,4).

Paraguay encarna de manera paradigmática estos desafíos regionales. A pesar de los avances normativos e institucionales implementados durante las últimas décadas, el país mantiene una de las coberturas de seguro médico más bajas del continente, con más de 4,2 millones de habitantes -equivalente al 71% de la población- sin protección financiera formal ante eventos de salud^(5,6). Esta realidad adquiere dimensiones aún más dramáticas en las zonas rurales, donde la confluencia de pobreza, informalidad laboral y limitada infraestructura sanitaria configura un escenario de exclusión sistemática que perpetúa ciclos intergeneracionales de vulnerabilidad^(7,8).

La magnitud de esta crisis sanitaria trasciende los indicadores estadísticos para convertirse en una tragedia humana cotidiana: familias que se empobrecen por gastos médicos catastróficos, enfermedades prevenibles que progresan sin tratamiento, y muertes evitables que reflejan la incapacidad del sistema para cumplir su mandato fundamental de proteger la vida⁽⁹⁾. Cada consulta médica no realizada, cada medicamento no adquirido por falta de recursos, y cada traslado imposible por barreras geográficas representa no solo una falla del sistema, sino una violación del derecho humano fundamental a la salud.

Las encuestas de hogares han emergido como instrumentos esenciales para documentar estas inequidades, permitiendo monitorear la evolución de indicadores clave y evaluar el impacto de políticas públicas en poblaciones históricamente invisibilizadas por las estadísticas oficiales^(10,11). En Paraguay, las Encuestas Permanentes de Hogares del Instituto Nacional de Estadística constituyen una fuente única de información que permite rastrear tendencias de largo plazo en cobertura médica y acceso a servicios, ofreciendo una ventana privilegiada para comprender la dinámica de las desigualdades sanitarias a lo largo de más de dos décadas.

La relevancia de esta investigación se amplifica en el contexto post-pandémico, donde COVID-19 ha desnudado las fragilidades de los sistemas de salud latinoamericanos y ha evidenciado cómo las poblaciones más vulnerables -rurales, pobres, informales- enfrentan barreras multiplicadas para acceder a servicios esenciales^(12,13). Paraguay no ha sido inmune a esta realidad, y la pandemia ha actualizado la urgencia de construir sistemas de salud verdaderamente universales, equitativos y resilientes.

La literatura internacional documenta experiencias exitosas de países que han logrado reducir significativamente las inequidades territoriales en salud mediante reformas integrales que combinan expansión de cobertura, fortalecimiento de la atención primaria, y políticas intersectoriales dirigidas a abordar determinantes sociales^(2,3). Sin embargo, el diseño de tales estrategias demanda una comprensión profunda de las dinámicas específicas de cada contexto nacional. En Paraguay, la ausencia de análisis longitudinales comprehensivos sobre la evolución de las inequidades sanitarias ha limitado la capacidad de los tomadores de decisión para diseñar intervenciones efectivas y sostenibles. Esta laguna de conocimiento se torna particularmente crítica cuando se considera que las políticas de salud requieren horizontes temporales extensos para generar impactos mesurables, y que las evaluaciones superficiales pueden conducir a reformas contraproducentes que profundicen las exclusiones existentes.

En consecuencia, el objetivo de esta investigación es analizar la evolución de los principales indicadores de cobertura médica y acceso a servicios de salud en Paraguay durante el período 1997-2024, con énfasis en la identificación y cuantificación de las disparidades territoriales y de género, con el propósito de generar evidencia empírica que contribuya al diseño e implementación de políticas públicas orientadas a garantizar el acceso universal a la salud con equidad y justicia social.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio transversal descriptivo, con datos secundarios de acceso público provenientes del Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, correspondientes al período 1997-2024. Los datos analizados provienen de dos sistemas de encuestas implementados secuencialmente por el INE: la Encuesta Permanente de Hogares tradicional (EPH) para el período 1997/98-2016 y la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) para el período 2017-2024. Ambas encuestas fueron diseñadas con metodología de muestreo probabilístico, estratificado y por conglomerados, garantizando representatividad a nivel nacional⁽⁹⁾. El marco muestral de las encuestas se basó en la cartografía censal actualizada y utilizó un diseño de muestreo bietápico estratificado. En la 1^a etapa las unidades primarias de muestreo (segmentos censales) fueron mediante muestreo sistemático con probabilidad proporcional al tamaño; y en la 2^a etapa, las viviendas mediante muestreo sistemático simple. La estratificación se realizó por departamento y área de residencia (urbana/rural), excluyendo los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay, así como comunidades indígenas y viviendas colectivas. La población de estudio incluyó a todas las personas residentes en hogares particulares del territorio nacional paraguayo, según las definiciones operacionales establecidas por el INE. Se analizaron datos correspondientes a aproximadamente 5,9 millones de habitantes para el año 2024, distribuidos entre áreas urbanas (62,2%) y rurales (37,8%).

Se analizaron las siguientes variables: cobertura de seguro médico: clasificada como sin cobertura, Instituto de Previsión Social (IPS), y otros tipos de seguro (seguros privados, mutuales, y otros mecanismos de protección financiera); acceso a servicios de salud; condición de salud autorreportadas; y la caracterización según área de residencia, sexo y año de la encuesta. También se tuvo en cuenta la condición de consulta médica y el tipo específico de seguro médico.

El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva utilizando Stata® versión 17 (StataCorp LLC, College Station, TX, USA) y Excel® para la preparación de tablas y análisis descriptivos complementarios. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las variables categóricas de interés, presentando la distribución de la población según cobertura de seguro médico, acceso a servicios de salud y condición de consulta médica. Para el manejo de datos faltantes se excluyeron del análisis los casos con información "no disponible" en las variables de interés, como se refleja en las categorías específicas de las tablas de resultados. El procesamiento de datos se realizó

Este estudio se basó exclusivamente en el análisis de datos secundarios de acceso público, provenientes de encuestas oficiales del INE de Paraguay. Los datos utilizados se encuentran completamente anonimizados sin posibilidad de identificación de personas individuales, cumpliendo con los principios de confidencialidad establecidos en las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud con Seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (2016).

RESULTADOS

Entre 1997/98 y 2021, la cobertura de seguro médico en el país varió entre 18,2% y 28,1%, mientras que el acceso a servicios de salud osciló entre 48,3% y 81,3%. En áreas urbanas, la cobertura fluctuó entre 27,2% y 37,8%, y el acceso entre 58,0% y 82,6%. En áreas rurales, la cobertura se mantuvo entre 6,7% y 17,1%, y el acceso entre 36,6% y 79,2% (Tabla 1).

Tabla 1. Evolución de la cobertura de seguro médico en Paraguay, 1997 al 2021

Área de residencia e indicador	Año de la encuesta																						
	1997/98	1999	2000/01	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total país																							
Cobertura de seguro médico (%)	18,2	19,5	18,5	-	18,9	18,0	21,5	19,0	21,6	24,5	22,7	22,7	24,7	26,0	27,9	28,1	28,0	25,9	26,8	26,9	28,1	25,5	25,9
Acceso a salud (%)	55,6	48,3	48,4	-	52,3	51,9	58,9	60,9	73,2	73,1	72,1	71,9	4/	69,3	73,5	80,1	81,3	75,5	70,9	71,3	73,2	61,4	66,8
Urbana																							
Cobertura de seguro médico (%)	28,4	30,8	28,3	-	27,2	27,1	30,9	27,6	30,9	34,1	31,9	33,2	34,7	37,1	37,8	35,3	37,9	34,3	34,7	34,7	36,3	32,5	32,9
Acceso a salud (%)	64,8	58,0	60,1	-	60,7	60,7	67,7	69,6	81,6	78,5	76,8	76,2	4/	75,2	79,0	82,6	82,6	78,1	72,7	72,4	74,7	62,5	69,3
Rural																							
Cobertura de seguro médico (%)	6,8	6,7	7,0	-	8,7	6,7	9,5	7,7	9,1	11,5	9,9	7,9	10,4	9,7	13,1	17,1	12,8	12,7	14,1	14,3	14,4	13,7	13,9
Acceso a salud (%)	46,2	38,6	36,6	-	42,6	42,1	47,7	52,3	63,1	65,1	65,4	66,2	4/	62,3	66,5	77,0	79,2	72,2	68,4	69,8	71,0	59,7	63,4

Fuente: elaboración propia en base a datos abiertos revisados.

En el total país, la afiliación al IPS fue de 19,8%, 20,4% y 21,0% entre 2022 y 2024, mientras que la población sin seguro representó 72,7%, 71,9% y 71,4%. En el área urbana, el IPS alcanzó 24,9% a 26,1%, y en el área rural entre 11,4% y 12,5%. La tabla presenta además las poblaciones anuales (2022: 5.838.780; 2023: 5.885.678; 2024: 5.932.576) y los porcentajes de otros tipos de seguro para ambos territorios (Tabla 2).

Tabla 2. Población total por año de la encuesta, según área de residencia y tipo de seguro médico (%). Años 2022-2024

Área de residencia y tipo de seguro médico ^{2/}	Año de la encuesta		
	2022	2023	2024
Total país ^{1/}	5.838.780	5.885.678	5.932.576
IPS	19,8	20,4	21,0
Otro tipo de seguro ^{3/}	7,5	7,8	7,6
No tiene	72,7	71,9	71,4
No disponible	-	-	-
Urbana	3.633.100	3.662.281	3.691.463
IPS	24,9	25,3	26,1
Otro tipo de seguro ^{3/}	9,9	10,1	10,1
No tiene	65,2	64,5	63,8
No disponible	-	-	-
Rural	2.205.681	2.223.397	2.241.113
IPS	11,4	12,2	12,5
Otro tipo de seguro ^{3/}	3,6	3,9	3,6
No tiene	85,0	83,9	83,9
No disponible	-	-	-

Fuente: elaboración propia en base a datos abiertos revisados.

En 2022, 2023 y 2024 se registraron 1.715.932, 1.972.881 y 1.783.023 personas enfermas o accidentadas, respectivamente. La consulta médica fue de 64,10%, 69,35% y 73,06% en el total país. En áreas urbanas, la consulta alcanzó hasta 75,88%, mientras que en áreas rurales llegó a 60,04%, 65,36% y 68,95%. Entre los hombres, la consulta varió entre 62,42% y 70,63%, y entre las mujeres entre 65,54% y 75,08% (Tabla 3).

Tabla 3. Población enferma o accidentada por año de la encuesta y área de residencia, según sexo y condición de consulta (%). Años 2022-2024

Sexo y condición de consulta	Año de la encuesta					
	2022		2023		2024	
	Total país	Área de residencia	Total país	Área de residencia	Total país	Área de residencia
Total	1.715.932	993.059	722.873	1.972.881	1.222.979	749.901
Sí consultó	64,10	67,06	60,04	69,35	71,80	65,36
No consultó	35,90	32,94	39,96	30,65	28,20	34,64
Hombres	791.122	447.485	343.636	922.336	561.132	361.205
Sí consultó	62,42	65,21	58,78	66,20	69,06	61,75
No consultó	37,58	34,79	41,22	33,80	30,94	38,25
Mujeres	924.810	545.574	379.236	1.050.544	661.848	388.697
Sí consultó	65,54	68,58	61,18	72,13	74,13	68,71
No consultó	34,46	31,42	38,82	27,87	25,87	31,29

Fuente: elaboración propia en base a datos abiertos revisados.

Entre 2017 y 2019, la afiliación al IPS en el total país fue de 19,6%, 19,4% y 19,7%, mientras que la población sin seguro representó 73,1%, 72,9% y 71,9%. En el área urbana, el IPS registró entre 24,8% y 25,4%, y en el área rural entre 10,3% y 11,3%. La tabla muestra los porcentajes anuales de IPS, otros seguros y ausencia de cobertura para los tres años (Tabla 4).

Tabla 4. Tipo de seguro médico según año y área de residencia en el periodo 2017-2019

Área de residencia y tipo de seguro médico ^{2/}	Año		
	2017	2018	2019
Total país			
IPS	19,6	19,4	19,7
Otro tipo de seguro	7,4	7,7	8,3
No tiene	73,1	72,9	71,9
No disponible	0,0	0,0	0,0
Urbana			
IPS	25,4	24,8	24,8
Otro tipo de seguro	9,8	10,3	11,2
No tiene	64,8	64,8	63,9
No disponible	0,0	0,0	0,0
Rural			
IPS	10,3	10,6	11,3
Otro tipo de seguro	3,4	3,4	3,5
No tiene	86,3	86,0	85,3
No disponible	-	-	-

Fuente: elaboración propia en base a datos abiertos revisados.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio confirman que, pese a los esfuerzos institucionales desplegados durante más de dos décadas, Paraguay mantiene una de las coberturas de seguro médico más bajas de América Latina. Sin embargo, más de 4,2 millones de paraguayos -equivalente al 71,4% de la población permanecen sin protección financiera en salud en 2024, posicionando al país entre los de menor cobertura en América Latina.

El incremento del 42% observado entre 1997 y 2021, aunque estadísticamente relevante, resulta insuficiente para cerrar las brechas estructurales que caracterizan al sistema de salud nacional. Estos resultados coinciden con las observaciones de la OPS/OMS sobre los desafíos para alcanzar la cobertura universal en Paraguay, donde la fragmentación del sistema y la limitada capacidad de absorción de poblaciones vulnerables constituyen obstáculos persistentes⁽¹⁾.

La evolución diferenciada entre áreas urbanas y rurales evidencia un patrón de desarrollo sanitario excluyente que reproduce las desigualdades socioterritoriales históricas del país. Mientras las zonas urbanas experimentaron mejoras sostenidas hasta 2015, las áreas rurales mantuvieron niveles de cobertura críticamente bajos, situándose muy por debajo de los estándares mínimos recomendados por organismos internacionales. Esta realidad contrasta marcadamente con experiencias exitosas de la región, como las reformas implementadas en Colombia y Brasil, donde las políticas de aseguramiento subsidiado lograron expandir significativamente la cobertura en poblaciones rurales y de bajos ingresos^(2,3).

El análisis del acceso efectivo a servicios de salud revela una dimensión crítica que trasciende los indicadores tradicionales de cobertura. La persistencia de barreras geográficas, económicas y culturales que impiden que una cuarta parte de los paraguayos enfermos acceda a atención médica constituye una falla sistémica que requiere intervenciones multisectoriales urgentes. Estos hallazgos son consistentes con la literatura regional sobre determinantes sociales de la salud, que identifica factores estructurales como la informalidad laboral, la distribución desigual de servicios especializados y las barreras culturales como elementos centrales en la configuración de inequidades sanitarias^(4,5).

Las diferencias por sexo observadas en el acceso a servicios de salud reflejan patrones ampliamente documentados en América Latina, donde las mujeres presentan sistemáticamente mayores tasas de utilización de servicios preventivos y curativos^(6,7). Sin embargo, la amplificación de esta brecha en áreas rurales sugiere la intersección de múltiples formas de exclusión que afectan particularmente a los hombres rurales, quienes enfrentan no solo barreras económicas y geográficas, sino también normas culturales que desalientan la búsqueda temprana de atención médica.

La estructura actual del sistema de aseguramiento paraguayo, dominada por el IPS y con una participación marginal de seguros privados, refleja las características típicas de los sistemas segmentados latinoamericanos. La limitada expansión del IPS hacia trabajadores informales y poblaciones rurales evidencia las restricciones institucionales y financieras que han caracterizado históricamente a este modelo de protección social^(8,9).

La persistencia de más del 70% de la población sin cobertura formal coloca a Paraguay en una situación crítica dentro del contexto regional, donde países como Chile y Uruguay han logrado coberturas superiores al 90% mediante reformas estructurales que combinaron expansión del aseguramiento público con fortalecimiento de la atención primaria^(10,11). Esta comparación regional subraya la urgencia de implementar transformaciones profundas que aborden simultáneamente la cobertura financiera y la disponibilidad de servicios.

Las disparidades territoriales documentadas en este estudio reflejan determinantes estructurales profundamente arraigados en el modelo de desarrollo paraguayo. La concentración histórica de recursos sanitarios en áreas urbanas, combinada con la informalidad laboral predominante en el sector rural, ha configurado un sistema dual donde el acceso a la salud se encuentra estratificado por lugar de residencia y condición socioeconómica^(12,13).

La existencia continua de estas disparidades, incluso con varias iniciativas de políticas públicas, indica que los métodos convencionales, dirigidos principalmente a aumentar la oferta sin abordar los determinantes sociales fundamentales, son inadecuados para lograr un cambio significativo^(2,5).

Este problema es particularmente importante para el Sistema Nacional de Salud, ya que socava su capacidad para garantizar el acceso justo, la continuidad de la atención y la asignación eficiente de los recursos públicos. Los ejemplos mundiales exitosos de disminución de las disparidades sanitarias regionales destacan la necesidad de estrategias holísticas que integren la expansión de la cobertura, la mejora de las redes de atención primaria y las políticas intersectoriales centradas en los determinantes sociales de la salud, que son esenciales para avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, resiliente y sostenible^(14,15).

La principal fortaleza de esta investigación radica en la utilización de una fuente de datos robusta y continua que permite analizar tendencias de largo plazo con representatividad nacional. El uso de las EPHC del INE garantiza la comparabilidad temporal y la validez de las estimaciones, constituyendo una base sólida para el monitoreo de indicadores clave del sistema de salud paraguayo.

La extensión temporal del análisis (1997-2024) representa una ventaja comparativa significativa, permitiendo evaluar el impacto de diferentes ciclos de política pública y identificar patrones estructurales que trascienden coyunturas específicas. Adicionalmente, el enfoque en desigualdades territoriales y de género aporta evidencia crucial para el diseño de políticas públicas con enfoque de equidad.

No obstante, cabe mencionar las limitaciones que deben considerarse en la interpretación de los resultados. En primer lugar, el diseño transversal repetido no permite establecer relaciones causales entre variables y tendencias descriptivas. La exclusión de los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay, así como de comunidades indígenas y viviendas colectivas, restringe la generalización de los hallazgos a estos grupos poblacionales que, paradójicamente, pueden enfrentar las mayores barreras de acceso a servicios de salud.

La implementación de la EPHC puede haber introducido variaciones en las estimaciones que no necesariamente reflejan cambios reales en los indicadores analizados. Aunque se ha procurado mantener la comparabilidad, diferencias en los procedimientos de muestreo y recolección de datos pueden afectar la continuidad de las series temporales. Adicionalmente, el estudio se basa en datos autorreportados sobre cobertura médica y utilización de servicios, lo que puede estar sujeto a sesgos de memoria y deseabilidad.

social. La definición operacional de "acceso a servicios de salud" se limita a la consulta efectuada ante enfermedad o accidente, sin capturar dimensiones importantes como la calidad, oportunidad y resolutividad de la atención recibida.

Los hallazgos de este estudio tienen implicaciones directas para el diseño e implementación de políticas sanitarias orientadas a reducir inequidades y avanzar hacia la cobertura universal de salud. La persistencia de brechas urbano-rurales críticas demanda estrategias diferenciadas que aborden específicamente las barreras que enfrenta la población rural para acceder a mecanismos de protección financiera y servicios de salud.

La expansión del IPS hacia trabajadores informales y poblaciones rurales requiere modificaciones normativas e institucionales que permitan modalidades de afiliación subsidiada y mecanismos de financiamiento solidario. Las experiencias regionales exitosas sugieren la viabilidad de esquemas híbridos que combinen contribuciones del Estado, empleadores y beneficiarios según capacidad de pago⁽¹⁴⁾.

El fortalecimiento de las redes de atención primaria en zonas rurales emerge como una prioridad estratégica que debe acompañar la expansión de la cobertura financiera. La integración de servicios entre diferentes niveles de atención y la implementación de modelos de atención adaptados a las características territoriales y culturales locales constituyen elementos clave para mejorar el acceso efectivo.

Futuras investigaciones en esta línea temática deberían incorporar diseños longitudinales que permitan evaluar el impacto causal de intervenciones específicas de política pública sobre los indicadores de cobertura y acceso. El seguimiento de cohortes representativas facilitaría una comprensión más profunda de las trayectorias individuales de acceso a servicios de salud y sus determinantes.

La inclusión de variables socioeconómicas detalladas, como quintiles de ingreso, nivel educativo y condición de formalidad laboral, permitiría análisis más sofisticados sobre los determinantes de las inequidades observadas. Asimismo, la incorporación de indicadores de calidad de la atención, satisfacción usuaria y resultados en salud proporcionaría una evaluación más integral del desempeño del sistema sanitario.

Se recomienda desarrollar estudios cualitativos complementarios que exploren las percepciones, barreras y facilitadores del acceso a servicios de salud desde la perspectiva de diferentes grupos poblacionales, particularmente poblaciones rurales, indígenas y otros grupos vulnerables. Esta aproximación mixta enriquecería la comprensión de los mecanismos subyacentes a las desigualdades documentadas.

Finalmente, resulta prioritario desarrollar análisis de costo-efectividad de diferentes estrategias de expansión de cobertura y mejoramiento del acceso, considerando tanto los costos directos del sistema de salud como los beneficios sociales y económicos derivados de una mayor equidad sanitaria.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, profesionales o personales que puedan influir de manera inapropiada en los resultados presentados o en la interpretación de este trabajo de investigación. No existen relaciones económicas, profesionales o de otro tipo con organizaciones o entidades que pudieran beneficiarse de los resultados de este estudio.

Contribución de los autores:

Concepción/diseño de trabajo: Carlos Miguel Ríos-González

Recolección/obtención de datos/información: Carlos Miguel Ríos-González, Silvia Stella Araújo Pino

Ánalysis e interpretación de datos: Carlos Miguel Ríos-González

Redacción del borrador del manuscrito: Carlos Miguel Ríos-González, Ana Carolina Aguilar-Rabito, Silvia Stella Araújo Pino

Revisión crítica del manuscrito: Carlos Miguel Ríos-González, Ana Carolina Aguilar-Rabito, Silvia Stella Araújo Pino

Aprobación de la versión final del manuscrito: Carlos Miguel Ríos-González, Ana Carolina Aguilar-Rabito, Silvia Stella Araújo Pino

Financiamiento: No se recibió financiamiento específico de agencias gubernamentales, sector comercial o entidades sin fines de lucro para la realización de esta investigación. El estudio se basó exclusivamente en el análisis de datos de acceso público del Instituto Nacional de Estadística de Paraguay, no requiriendo recursos adicionales para recolección primaria de información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS. Paraguay: Estrategias para la cobertura universal de salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020. <https://www.paho.org/sites/default/files/PAR-Reporte-Final-UHC.pdf>
2. Göttems LBD, Camilo LP, Mavrot C, Mollo MLR. As reformas dos sistemas de saúde da América Latina: influências neoliberais e desafios aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Ciênc. saúde coletiva. 2021;26(10):4383-4396. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11192021>
3. Frenz P, Vega J. Universal health coverage with equity: what we know, don't know and need to know. *Health Policy Plan.* 2010;25(5):365-376. <https://search.bvsalud.org/cvsp/resource/en/cfc-198194>
4. Atun R, de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet.* 2015;385(9974):1230-47. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
5. Massuda A, Fernandez M, Paschoalotto MAC, Kemper ES. Primary health care policy investments in the Latin America context: Health systems experiences from Brazil, Chile, and Colombia. *Health Policy Open.* 2025;9:100147. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2025.100147>
6. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, Del Riego A, et al. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e94. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>
7. Kühn M, Díaz-Venegas C, Jasilionis D, Oksuzyan A. Gender differences in health in Havana versus in Mexico City and in the US Hispanic population. *Eur J Ageing.* 2020;18(2):217-226. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00563-w>
8. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Plan Nacional de Salud 2015--2030.* Asunción: MSPBS; 2015. <https://www.mspbs.gov.py/dependencia/s/portal/adjunto/9753ad-POLITICANACIONALDESALUD.pdf>
9. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. *EPHC 2022--2024.* Asunción: DGEEC; 2024. <https://www.ine.gov.py/publicacion/28/salud>.
10. Barreto ML, Rasella D, Machado DB, et al. Monitoring health inequalities: lessons from Latin America. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45: e100. <https://iris.paho.org/server/api/core/bitsstreams/2f9a718f-2bbf-4afa-bb1a-e48a42e91ec2/content>
11. PAHO. *Universal Health in the 21st Century: 40 years of Alma-Ata.* Washington DC: PAHO; 2018. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275120774_eng.pdf
12. OPS/OMS. *El financiamiento de la salud en Paraguay: evaluación y recomendaciones.* Washington DC: OPS; 2022. <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-08/ce172-od367-s-informe-financiero-2022.pdf>
13. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. *Censo Nacional de Población y Viviendas 2022: Informe Preliminar.* Asunción: DGEEC; 2023. <https://www.ine.gov.py/censo2022/>
14. Ríos-González CM. El Sistema de Salud en Paraguay: estructura, funcionamiento y desafíos actuales. *Rev. salud publica Parag.* 2025;15(2):29-41. <https://doi.org/10.18004/rspp.2025.ago.06>
15. Dullak Peña RE. Del enfoque programático a la consolidación del Sistema Nacional de Salud en Paraguay. *Rev. salud publica Parag.* 2025;15(2):1-3. <https://doi.org/10.18004/rspp.2025.ago.01>.