



MBA'APO, JEPOROMQMB'A'APO HA  
TETAYGUA JEIKOPORA  
MOTENONDEHA  
MINISTERIO DE  
TRABAJO, EMPLEO Y  
SEGURIDAD SOCIAL



Organización  
Internacional  
del Trabajo

# PARAGUAY

Protección social en salud: reflexiones  
para una cobertura amplia y equitativa



# PARAGUAY

---

Protección social en salud: reflexiones  
para una cobertura amplia y equitativa

Pablo Casalí  
Oscar Cetrángolo  
Ariela Goldschmit

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2017  
Primera edición 2017

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a la Oficina de Publicaciones (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a: [pubdroit@ilo.org](mailto:pubdroit@ilo.org), solicitudes que serán bien acogidas.

Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En [www.ifrro.org](http://www.ifrro.org) puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

---

Pablo Casali, Oscar Cetrángolo y Ariela Goldschmit  
*Paraguay: Protección social en salud. Reflexiones para una cobertura amplia y equitativa*  
Santiago, Organización Internacional del Trabajo, 2017

ISBN 978-92-2-330859-9 (impreso)  
ISBN 978-92-2-330860-5 (web)

seguridad social / protección social / asistencia médica / acceso a la atención médica / vacíos de cobertura / financiación de la seguridad social / papel de la OIT / Paraguay

Datos de catalogación de la OIT

---

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones de la OIT así como los catálogos o listas de nuevas publicaciones pueden obtenerse en Avda. Dag Hammarskjöld 3177, Vitacura, Santiago de Chile, o pidiéndolas a Casilla 19.034, CP 6681962, e-mail: [biblioteca\\_scl@ilo.org](mailto:biblioteca_scl@ilo.org).

Vea nuestro sitio en la red: [www.ilo.org/santiago](http://www.ilo.org/santiago)

---

Edición, diseño y diagramación: María de la Luz Celedón M.  
Impreso en Chile por Andros Impresores

# Índice

Prólogo	5
Glosario	9
Resumen ejecutivo	13
Introducción	19
I. Las brechas de cobertura en una primera aproximación regional	21
II. Situación demográfica y epidemiológica	33
1. El contexto demográfico	33
2. La situación epidemiológica	37
III. Organización de los servicios de atención de la salud	45
1. Principales características del sistema de salud	46
2. El subsector público	49
3. El subsector de la seguridad social	51
4. El subsector privado	57
5. Hacia la cobertura universal	61
IV. Cobertura y acceso a los servicios de salud	67
1. Cobertura	67
2. Uso de los servicios de salud	72
3. Disparidades territoriales	74
V. Gasto y financiamiento del sistema de salud	79
VI. Reformas en el sistema de salud: desafíos y margen de maniobra	87
1. El mandato de la OIT en materia de seguridad social	87
2. Aspectos institucionales a tener en cuenta	90
3. El contexto macrofiscal para reformas	98
4. El mercado laboral	107
VII. Reflexiones finales	117
Referencias bibliográficas	121
Anexo estadístico	127



## Prólogo

En el marco del Acuerdo Tripartito del Programa Nacional de Trabajo Decente en Paraguay, suscrito en Asunción el 23 de septiembre de 2014, la OIT se comprometió en prestar colaboración técnica para mejorar el sistema de seguridad social y, en particular, fortalecer las capacidades de la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. La presente colaboración forma parte de una intervención más amplia para la promoción del trabajo decente en el país que, además, incluye el fortalecimiento de la institucionalidad laboral, la formulación y aplicación de una estrategia de empleo, el cumplimiento de la legislación laboral, el fortalecimiento de los actores sociales del mundo del trabajo y el fomento del diálogo social.

Esta publicación tiene como propósito entregar un análisis integral de la protección social en salud en Paraguay, a la luz de la legislación nacional, las Normas Internacionales del Trabajo (NIT) con énfasis en el sistema nacional de salud en general, su diseño, financiamiento y desempeño. En esta línea de análisis, el Convenio sobre norma mínima de seguridad social (C102, 1952), la Recomendación sobre los pisos nacionales de protección social (R202, 2012) y la Recomendación sobre la transición de la economía informal a la formal (R204, 2014), constituyen el marco de referencia para el desarrollo del estudio.

Los debates y la Resolución de la Conferencia Internacional del Trabajo de 2011 precisan la estrategia de la OIT para abordar el desafío de ampliar la cobertura de seguridad social, tanto en su dimensión cuantitativa como cualitativa a partir del desarrollo de sistemas integrales de protección social (Bertranou, Casalí y Schwarzer, 2014). La Conferencia igualmente reafirmó a la seguridad social como un derecho humano y como necesidad económica y social subrayando, a la vez, que la ampliación de la cobertura coadyuva en la búsqueda de un crecimiento equitativo, la consolidación de la cohesión social

y el trabajo decente para todos. Para estos efectos se promueve la aplicación de una estrategia bidimensional de extensión de la cobertura de seguridad social, en sus dimensiones horizontal y vertical. La dimensión horizontal, refiere al porcentaje de la población cubierta por el sistema mientras que la dimensión vertical remite a los tipos de contingencias sociales cubiertas por el sistema y el nivel (suficiencia) de las prestaciones tanto económicas como en especies.

Paraguay presenta altas brechas de cobertura, tanto en la dimensión horizontal como vertical del sistema, resultando en un alto grado de insatisfacción de la población en general y de los afiliados al Instituto de Previsión Social, en particular. En esta línea, buscamos que la publicación constituya un insumo para el debate, intercambio de opiniones e información y la búsqueda de acuerdos respecto de las políticas que podrían impulsar una mejora del sistema nacional de salud en su conjunto. La ampliación de la cobertura de seguridad social en salud constituye una prioridad para el país, reflejándose en el punto 1.2.2 de la estrategia *Servicios Sociales de Calidad* del Plan Nacional de Desarrollo (PND) Paraguay 2030. Frente a las necesidades de la población en materia de salud, la estrategia plantea una propuesta de implementación de un sistema nacional de salud integrado, universal, pertinente, integral y equitativo, con un enfoque de derechos y con amplia protección social. Subraya, además, que el sistema se focalizará en la eliminación de barreras económicas y culturales y que para avanzar en un sistema de calidad en todos los niveles de servicios, se promoverán once líneas de acción que incluyen mayor inversión en salud, el fortalecimiento de la atención primaria, la disminución del gasto de bolsillo y consolidar la red integrada de servicios de salud, entre otras.

Para avanzar en los postulados del PND resulta importante dotar a los constituyentes de la OIT y demás actores sociales de elementos conceptuales, estadísticos y prospectivos que sirvan de apoyo al momento de dar un debate respecto de las mejores políticas de salud para el país. Precisamente, el presente trabajo realiza un análisis integral del sistema de salud y subraya algunos lineamientos para guiar la discusión y la búsqueda de consensos para mejorar el sistema en su conjunto. El fortalecimiento de los actores clave en las distintas áreas de gobierno con responsabilidades en materia de rectoría y gestión de los distintos subsistemas deviene fundamental para la sostenibilidad de las intervenciones y, en última instancia, en beneficio de la ciudadanía.

Adicionalmente, el estudio también contribuye a la puesta en práctica de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible impulsada por Naciones Unidas.

La Agenda 2030 busca avanzar desde los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015), de carácter autónomo, hasta una plataforma amplia de 17 objetivos que constituyen una visión integrada para el desarrollo sostenible. Bajo esta perspectiva, se articulan tres dimensiones: económica, social y medioambiental.

Si bien varios Objetivos de Desarrollo Sostenible de la nueva agenda permiten una vinculación directa con los temas abordados en el presente estudio, dos de ellos deben ser resaltados. Por un lado, el objetivo 3 (Salud y Bienestar): *garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades* y, en segundo lugar, el objetivo 8 (Trabajo Decente y Crecimiento Económico): *promover el crecimiento económico, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos*.

Durante el proceso de elaboración de este informe se realizaron talleres tripartitos con el propósito de compartir los progresos del estudio, intercambiar información y documentar las observaciones para elaborar la versión final. Los talleres fueron organizados por la Oficina de la OIT para el Cono Sur de América Latina, en colaboración con el MTESS, contando con la participación de funcionarios de las distintas áreas de gobierno, representantes de organizaciones de empleadores y trabajadores y funcionarios de otras agencias del Sistema de Naciones Unidas.

El estudio ha sido elaborado por un equipo conformado por Pablo Casalf (Especialista en Protección Social de la OIT), Oscar Cetrángolo y Ariela Goldschmit (ambos consultores de la OIT). Los autores desean expresar un reconocimiento especial a Félix Ordóñez y Juan José Galeano (consultores de OIT), Víctor Molinas (IPS) y Mónica Recalde (MTESS), por sus contribuciones en diversos capítulos y la revisión integral del documento.

El equipo de trabajo se benefició con los comentarios realizados por Ernesto Abdala (OIT, Asunción), Diego Meza (IPS), Diego Sanabria (consultor de la OIT) y funcionarios de las distintas áreas de gobierno (Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Ministerio de Hacienda, Superintendencia de Salud, Instituto de Previsión Social, Secretaría de Acción Social y Secretaría Técnica de Planificación) y representantes de organizaciones de empleadores y trabajadores que participaron de los talleres tripartitos.

Una última mención para Carlos Castillo Solorzano, Representante de OPS en Paraguay, Ricardo Torres, Coordinador del Proyecto de Salud Ambiental

y Desarrollo Sostenible y Pedro López, Consultor en Sistemas y Servicios de Salud, quienes brindaron importantes contribuciones a la estructura del trabajo, identificaron un inventario de recursos bibliográficos para su revisión y, por último, realizaron una revisión integral del documento aportando insumos para su versión final.

Guillermo Sosa Flores  
Ministro  
Ministerio de Trabajo, Empleo y  
Seguridad Social

Fabio Bertranou  
Director  
Oficina de la OIT para el Cono Sur  
de América Latina

## Glosario

ANDE	Administración Nacional de Electricidad
AOP	Dirección de Aporte Obrero Patronal del IPS
BCP	Banco Central del Paraguay
BESS	Boletín Estadístico de la Seguridad Social
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CADEP	Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CICS	Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud
CIET	Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo
CIT	Conferencia Internacional del Trabajo
CLS	Consejo Local de Salud
CNS	Consejo Nacional de Salud
CRS	Consejo Regional de Salud
DGEEC	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos
DGVS	Dirección General de Vigilancia de la Salud
DNVS	Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria
ECE	Encuesta Continua de Empleo
EMP	Empresa de Medicina Prepaga
ET	Enfermedades Transmisibles

ENT	Enfermedades no Transmisibles
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
EPSS	Entidad Prestadora de Servicio de Salud
FAG	Fondo de Administración General del IPS
FEM	Fondo de Enfermedad - Maternidad del IPS
FI	Fondo de Imprevistos del IPS
FJP	Fondo de Jubilaciones y Pensiones del IPS
FONARESS	Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IPS	Instituto de Previsión Social
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional (Chile)
LNME	Listado Nacional de Medicamentos Esenciales
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MH	Ministerio de Hacienda
MTESS	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
NIT	Normas Internacionales del Trabajo
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PGN	Presupuesto General de la Nación
PIB	Producto Interno Bruto

---

PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNS	Política Nacional de Salud
PO	Población Ocupada
PPR	Presupuesto por Resultado
PTD	Programa de Trabajo Decente
RISS	Red Integrada de Servicios de Salud
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RUC	Registro Único de Contribuyente
SAS	Secretaría de Acción Social
SEME	Servicio de Emergencia Médica Extrahospitalaria
SENEPA	Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo
SML	Salario Mínimo Legal
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Superintendencia de Salud
SSIEV	Subsistema de Información de Estadísticas Vitales
STP	Secretaría Técnica de Planificación
TBN	Tasa Bruta de Natalidad
TGF	Tasa Global de Fecundidad
TMG	Tasa de Mortalidad General
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
UNA	Universidad Nacional de Asunción
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USF	Unidades de Salud de la Familia



## Resumen ejecutivo

El propósito de este trabajo es presentar una visión integral de la protección social en salud en Paraguay, su trayectoria reciente y los desafíos a ser enfrentados para cerrar las brechas existentes. De manera especial se ha puesto énfasis en los problemas de financiamiento, cobertura y desempeño institucional.

La estructura de financiamiento de los sistemas de salud cumple un papel de suma importancia en el logro de una cobertura universal con equidad. Para que esto sea posible se requerirá de un mayor financiamiento para la oferta pública y una menor dependencia de gastos de bolsillo. Este es un rasgo distintivo de los problemas que sufren los países de América Latina, donde el tamaño del empleo informal suele poner importantes límites a la capacidad de los seguros sociales contributivos para brindar cobertura.

En la región ha predominado el desarrollo de sistemas híbridos que, por lo general, han tenido grandes dificultades en alcanzar una cobertura universal de servicios de salud de calidad. La provisión de servicios de atención de la salud está a cargo de una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, regulación y provisión, en el que conviven el subsector público, seguridad y social y privado.

La manera en que los países han intentado reestructurar las interrelaciones entre estos subsectores caracteriza las distintas reformas que se han llevado a cabo en la región. El logro de sistemas de salud más equitativos y eficientes depende, en casi todos los casos, de las posibilidades de integrar sus componentes. En el contexto regional son pocos los países que han logrado ese objetivo y financian las prestaciones públicas de salud mediante impuestos generales.

Paraguay es uno de los países del Cono Sur con más alto gasto en salud medido como porcentaje del PIB, con la máxima participación del gasto privado, predominantemente de bolsillo. No obstante, el bajo nivel de producto en relación con los países de la región determina un bajo nivel de gasto por habitante (medido en precios de paridad de poder adquisitivo). Se trata, adicionalmente, del país con más elevada tasa de mortalidad (tanto infantil como materna) y menor esperanza de vida del Cono Sur.

Respecto de su situación demográfica y epidemiológica el estudio enfatiza en tres rasgos:

- El análisis de los datos demográficos permite inferir que el país se encuentra atravesando un proceso de transición demográfica. La tasa global de fecundidad presenta una tendencia descendente. Como resultado de la reducción de la tasa de mortalidad general de la población, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado progresivamente. La estructura poblacional por edad muestra una disminución en la proporción de la población infantil y juvenil, mientras aumenta la población en edad activa y el porcentaje de adultos mayores.
- Los indicadores básicos de salud señalan que el país tiene todavía un reto importante en cuestión de salud, pues se registra una alta tasa de mortalidad infantil y comienza a haber prevalencia importante de enfermedades no transmisibles.
- Al considerar las principales causas de muerte en el 2014 se observa que si bien la mayoría corresponde a enfermedades no transmisibles, aún se registran las denominadas transmisibles. Ello señala los desafíos que enfrenta el país, con dinámicas típicas de un contexto moderno aunque con un peso relevante de enfermedades transmisibles.

De acuerdo con datos disponibles, Paraguay había alcanzado un gasto en salud que, medido como porcentaje del PIB, era sumamente elevado y alcanzaba al 9%. Lamentablemente el bajo nivel de desarrollo de la economía paraguaya determina que ese nivel –que muestra un esfuerzo importante de la sociedad para destinar una parte sustancial de sus ingresos al gasto en salud– resulte insuficiente y medido como dólares por habitante sea muy inferior al resto de los países del Cono Sur. El gasto privado resulta muy elevado con un peso muy importante del gasto de bolsillo que en 2013 alcanzó al 91,4% del gasto privado.

Por su parte, en relación con la organización de los servicios de atención de la salud, la Ley 1.032 de 1996 creó el Sistema Nacional de Salud y define que los servicios de sanidad pueden ser suministrados por los sectores públicos, privados y los subsectores mixtos. El subsector público está representado por el MSPBS, la sanidad de las Fuerzas Armadas y el cuerpo de policía, la Universidad Nacional de Asunción y los servicios asistenciales de las empresas descentralizadas (hidroeléctricas) Itaipú y Yacyretá. El subsector de la seguridad social, por su parte, gira en torno al Instituto de Previsión Social (IPS) y el subsector privado se centra en instituciones prestadoras de salud privada.

Las funciones de regulación y control están a cargo del MSPBS. Este organismo es el responsable de la habilitación de todo tipo de establecimientos relacionados con el ámbito de la salud, la habilitación de los laboratorios de análisis clínicos, el otorgamiento de licencias para la utilización de equipamiento, prácticas radiológicas y la regulación de los precios de los medicamentos. Por otro lado, la Superintendencia de Salud se encarga de verificar y controlar las entidades prestadoras de servicios de salud de todos los sectores.

Referente a la cobertura de cada subsector y su financiamiento se puede mencionar lo siguiente:

- El MSPBS se financia con recursos provenientes del Tesoro Público, cooperación externa y el pago de aranceles subsidiados por parte de los usuarios y atiende de preferencia a la población que carece de seguro que asciende al 78% de la población.
- El seguro social da cobertura a los trabajadores asalariados por medio del IPS. De acuerdo con su Carta Orgánica este instituto no brinda cobertura a los funcionarios y empleados de la Administración Central, los miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales y los empleados de los bancos privados y oficiales. El IPS financia sus prestaciones mediante cotizaciones a cargo de los trabajadores (9% del salario), de los empleadores (14% sobre el salario de sus empleados) y del Estado, en este último caso el 1,5% sobre la base imponible (salarios) de los empleadores. En 2015 el IPS registró 510.636 trabajadores inscritos, cubriendo el 14,6% de la PEA que alcanzó a 3.492.514 personas. La baja cobertura se debe, en gran medida, a tres causales: a) la estructura del empleo en Paraguay tiene una alta informalidad, b) la discontinuidad de aportes y c) la alta evasión en las cotizaciones que supera el 70%.

- Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas lucrativas se financian con las primas de seguros privados y con pagos de bolsillo, mientras que las instituciones prestadoras de servicios de salud no lucrativas se financian con donaciones y recursos propios. El sector privado con fines de lucro provee atención curativa y de rehabilitación al 7% de la población encontrándose sus hospitales y sanatorios en áreas urbanas de Asunción, en la zona central y en las principales ciudades del resto del país. Según información de la Superintendencia de Salud la cantidad de empresas de medicina prepaga al 31 de diciembre de 2015 ascendía a 61 centros de atención.

Desde el 2008 el sistema de salud paraguayo ha ido incorporando cambios reorientando el sistema hacia la atención primaria de la salud, incorporando ejes estratégicos basados en la creación e implementación de Unidades de Salud de la Familia (USF), a cargo de equipos multidisciplinarios integrados por médicos generalistas o especialistas en medicina familiar, enfermeras, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios, así como equipos odontológicos. Esta estrategia apunta a disminuir la exclusión social en salud y actúa en forma coordinada con una red integrada de servicios, con enfoque de derechos. Las USF constituyen la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y forman parte de la estrategia de atención primaria de salud (APS), que es el eje principal que articula al Sistema Nacional de Salud, compuesto por una red integrada.

En diciembre de 2009 se aprobó la Resolución 1074 del MSPBS que decretó la eliminación de aranceles para todos los servicios que ofrecen los centros asistenciales del Estado. Ello fue ratificado por la Ley 5.099 “de la gratuidad de aranceles de las prestaciones de salud de los establecimientos del MSPBS” de 2013, que establece la eliminación de aranceles para los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en estas dependencias. Instaura también la provisión gratuita de medicamentos incluidos en el listado nacional de medicamentos esenciales y otros insumos que se encuentren disponibles. Sin embargo, existen aspectos relacionados con la red de servicios que dificultan la atención integral y de calidad. La mayor debilidad del sistema se vincula con la falta de infraestructura, equipamiento, recursos humanos especializados en la red hospitalaria, acceso a estudios auxiliares de diagnóstico, medicamentos y medios de transporte.

En síntesis, de acuerdo con datos de la Encuesta Permanente de Hogares, en 2015, el 21% de la población total cuenta con cobertura de salud del IPS, el

8,1% está cubierto por otro tipo de seguro (mayormente privado) y el 70,9% restante no informa ningún tipo de cobertura. Los datos también dan cuenta de diferentes dinámicas entre las zonas rurales y urbanas.

Respecto de las personas que no acceden a los servicios de salud por razones geográficas, el porcentaje se ha estabilizado en alrededor del 3,5% de la población enferma. Mientras que al considerar la exclusión por razones económicas, se observa una significativa caída a partir de 2009, lo que refleja el impacto de las políticas de gratuidad de las prestaciones médicas.

La concentración de los servicios de salud en el departamento central y Asunción plantea una limitación importante para la universalización de la salud. En este sentido existe una restricción por el lado de la oferta de los servicios. Así, es posible diferenciar los departamentos que presentan una tasa de mortalidad infantil por encima del total país (Alto Paraná, Amambay, Concepción, Paraguari, Presidente Hayes, San Pedro) y aquellos que muestran un registro por debajo de la misma (Caaguazú, Caazapá, Canindeyú, Central, Cordillera, Guairá, Itapúa, Misiones, Ñeembucú). Boquerón, por su parte, sobresale por una mayor tasa de mortalidad infantil, mayor mortalidad por enfermedades transmisibles y menores camas cada 1.000 habitantes.

De este modo, queda en evidencia las grandes disparidades existentes a nivel territorial. Ello plantea una limitación al desarrollo de políticas que busquen universalizar el acceso a la salud, garantizando igual cobertura con independencia de la ubicación geográfica de las personas, toda vez que deberán tomar en consideración las diferencias de infraestructura, recursos humanos e incluso las diferentes prioridades de política sanitaria en cada localización.

Las posibilidades de avance efectivo dependerán del margen de maniobra para realizar importantes reformas considerando aspectos institucionales, el entorno macroeconómico, con especial referencia al espacio fiscal y, teniendo en cuenta la propia organización del sistema de salud y el mercado de trabajo, con un notorio peso del empleo informal.

Lamentablemente el sistema sigue mostrando una gran fragmentación y las iniciativas de integración entre los servicios del ministerio e IPS han sido insuficientes y la articulación con la oferta privada sigue siendo una asignatura pendiente, persistiendo importantes subsidios cruzados que le restan transparencia e impacto redistributivo al sistema de salud. La introducción

de paquetes de servicios garantizados para toda la población puede ser un mecanismo adecuado para mejorar el acceso y cobertura de calidad.

Por último, los principales desafíos identificados que debe enfrentar el sistema de salud son:

- En primer lugar, un gran desafío de tipo institucional que consiste en redefinir el gobierno del sistema en su conjunto, fortaleciendo las instancias de rectoría desde el gobierno nacional.
- Es necesario reducir el gasto de bolsillo y reemplazarlo por mayor gasto público.
- La readecuación de la oferta pública demanda un mayor esfuerzo en la formación de recursos humanos y una mayor inversión en infraestructura.
- En relación con la cuestión territorial, teniendo en cuenta la disparidad económica y de capacidades entre las diferentes regiones, así como la desigual calidad del empleo entre zonas urbanas y rurales a lo largo del país. Es imprescindible acompañar el diseño de políticas de descentralización con la adopción de instancias de coordinación y compensación de diferencias de acceso y cobertura.
- Deben incorporarse en el diseño de reformas la necesidad de atender el proceso de transición demográfica que vive Paraguay.
- El sistema de salud debe ponderar los retos que provienen de una transición epidemiológica que resulta de la combinación de una alta tasa de mortalidad infantil, el peso relevante de enfermedades transmisibles y la prevalencia de enfermedades no transmisibles, propias de un contexto moderno.
- Por último, se debe resaltar una vez más que una parte sustantiva de las necesidades en materia de salud de la población dependen de políticas que exceden las propias del sector. En sociedades como la paraguaya siguen siendo muy importantes los determinantes sociales de la salud.

## Introducción

En el marco de los proyectos de cooperación técnica acordados entre la Organización Internacional del Trabajo y el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Paraguay, se decidió elaborar un documento referido a las brechas de cobertura en salud como continuación de las actividades de cooperación que se han venido desarrollando desde el 2014 en relación con el sistema de protección social en general. El propósito del estudio es abordar el estado de situación con relación a las garantías establecidas en la Recomendación 202 (R202) de la OIT sobre los pisos nacionales de protección social.

El estudio intenta presentar una visión integral del sistema de salud en Paraguay, la situación de la previsión pública, el Instituto de Previsión Social (IPS) y los restantes participantes en la oferta de servicios, su trayectoria reciente y los desafíos a ser enfrentados para cerrar las brechas de cobertura existentes. Debido a las características del trabajo se pondrá especial énfasis en los problemas de financiamiento, cobertura y desempeño institucional.

Este informe se enmarca en las prioridades de la OIT en materia de protección social, es decir, la socialización y promoción de los pisos de protección social. En consecuencia, procurará convertirse en un instrumento para la discusión y consensos acerca de las políticas públicas para fortalecer el sistema en su conjunto, atendiendo los temas específicos de extensión de la cobertura, calidad de las prestaciones y su financiamiento.

El libro se estructura en siete capítulos. El primero de ellos y de forma introductoria, aborda las problemáticas comunes a los países de la región, poniendo en contexto la situación de Paraguay. A la luz del momento en que este informe ha sido elaborado, se ha tomado en consideración el menor espacio fiscal disponible.

El segundo capítulo, como paso previo al análisis que aquí se propone, resume la situación epidemiológica y demográfica. Por su parte, el tercer capítulo presenta el modo de organización de los sistemas de atención de la salud en el país. Los capítulos cuarto y quinto brindan información actualizada acerca de la cobertura, el uso de los servicios de salud, el gasto y el financiamiento del sistema. El capítulo sexto evalúa el margen de maniobra que presenta el sistema de salud para encarar reformas que apunten a ampliar la cobertura tomando especial consideración las restricciones a nivel institucional, el contexto macrofiscal y el mercado de trabajo. Finalmente, el séptimo capítulo presenta las reflexiones finales acerca de los desafíos que enfrenta el sistema de salud paraguayo.

## I. Las brechas de cobertura en una primera aproximación regional

Son muchos los aspectos que deben ser considerados y las dificultades analíticas a ser enfrentadas para encarar el estudio de cuestiones de equidad en los sistemas de salud y las políticas para cerrar las brechas de cobertura. Este capítulo introductorio busca plantear diversos comentarios que ayuden a definir un grupo de cuestiones relacionadas con los problemas comunes en la región poniendo especial atención al escaso espacio fiscal para este tipo de reformas.

De acuerdo con la OMS, en el camino hacia la provisión de un aseguramiento universal en salud, los países enfrentan tres obstáculos relacionados entre sí: a) disponibilidad de recursos, b) peso de los pagos directos (gastos de bolsillo) y c) uso ineficiente y no equitativo de los recursos. Los países tomarán distintos caminos hacia la cobertura universal, en función de cuál sea el punto de partida y de las decisiones políticas, en virtud de las siguientes tres áreas: el porcentaje de población que hay que cubrir, la oferta de servicios que se ha de conseguir y el porcentaje de gastos totales que se debe alcanzar. La OMS ha logrado graficar las tres dimensiones de los desafíos para avanzar hacia la cobertura universal con el conocido cubo (¿quién está cubierto?, ¿qué servicios están incluidos? –y cuál es su grado de calidad– y ¿qué grado de protección financiera tienen los ciudadanos al acceder a los servicios?) (OMS, 2010).

La estructura de financiamiento de los sistemas de salud cumple un papel de suma importancia en el logro de la cobertura universal, en especial atendiendo al modo en el que son financiados los esquemas que intentan mejorar la solidaridad. En la mayor parte de los países de la región el gasto público es insuficiente en volumen y asignado en forma ineficiente.

De manera más específica, en la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, adoptada por los Estados miembros

de la Región de las Américas, se proponen cuatro líneas de acción (OMS, 2014):

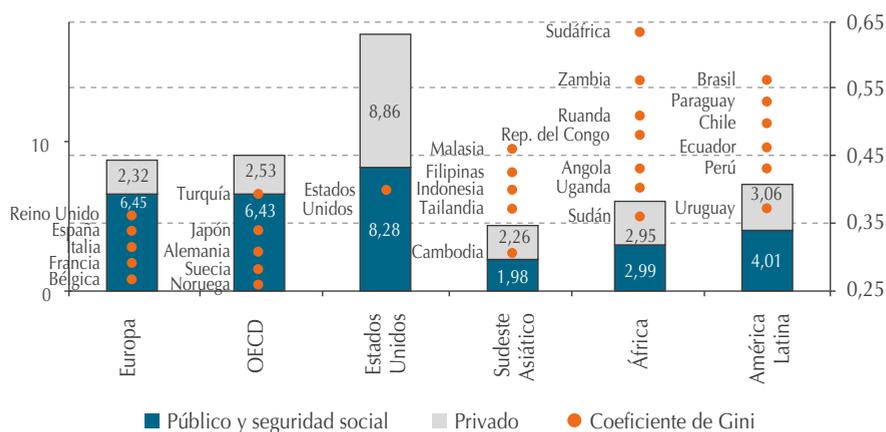
- Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales y de calidad, centrados en las personas y las comunidades.
- Fortalecer la rectoría y gobernanza.
- Aumentar y mejorar el financiamiento –con equidad y eficiencia– y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.
- Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Los sistemas de salud en América Latina incorporan una variedad de fuentes de financiamiento y esquemas redistributivos. La búsqueda de cobertura universal y solidaria deberá descansar sobre el incremento de fuentes tributarias y la reducción de la dependencia del gasto de bolsillo. Sin duda, alcanzar la cobertura universal en salud no es un proceso sencillo y su éxito depende de un sinnúmero de factores. Uno particularmente relevante para América Latina es la estructura del empleo, debido a que el tamaño del empleo informal es determinante para la capacidad del seguro social de brindar cobertura y recaudar contribuciones.

Adicionalmente, debe notarse que existen otros aspectos relacionados al estado de salud que alcanzan los individuos y que no son necesariamente los servicios de salud a los que cada individuo puede acceder. En muchos casos, la existencia de un sistema universal de provisión de servicios de salud no es suficiente para lograr una salud similar entre los individuos de una sociedad. Se observa que este se encuentra relacionado con otros factores como la vivienda, educación, nutrición y empleo –entre otros– y en sectores más rezagados presentan mayores deficiencias. Estos elementos deben ser tenidos en cuenta al diseñar políticas orientadas al sector y evaluar su incidencia respecto de la equidad.

No es posible analizar el financiamiento de los sistemas de salud –y mucho menos diseñar reformas para mejorar su impacto distributivo– sin tomar en consideración las condiciones bajo las que se desempeña cada sistema en particular (Evans *et al.*, 2001; Diderichsen, 2004). En el caso de los países de América Latina, resulta inevitable hacer mención a que la región presenta los peores indicadores distributivos del mundo. En el gráfico 1 se muestra el índice

GRÁFICO 1  
Distribución del ingreso y gasto en salud por región, 2014<sup>av</sup>  
(porcentaje del PIB e índice de Gini)



Fuente: Elaboración propia basada en datos del Banco Mundial, OMS, OCDE y CEPAL.

<sup>av</sup> Los datos de gasto en salud corresponden al 2014 y provienen de la OMS. El Coeficiente de Gini para países de Europa y OCDE corresponde al 2014 o última fecha reportada por la OCDE. Los datos del Coeficiente de Gini de América Latina son reportados por CEPAL y corresponden al 2014. En el caso de África y Sudeste Asiático el Gini corresponde al último año reportado por el Banco Mundial.

de Gini para ciertos países seleccionados y el gasto en salud por región como porcentaje del PIB. Allí se comprueba la conocida desigualdad que caracteriza a América Latina. En el extremo opuesto se ubican los países europeos y pertenecientes a la OCDE, presentando una mejor situación distributiva. También se diferencian las regiones por la estructura de financiamiento de sus gastos en salud, donde América Latina depende en gran medida de gastos privados. Esa estructura no es neutral desde el punto de vista de la equidad. La dependencia de gastos privados y particularmente de bolsillo para lograr la atención en salud es un claro indicador de inequidad –y tal vez ineficiencia– de los sistemas de salud. Adicionalmente la brecha existente (tanto horizontal como vertical) entre las coberturas de la seguridad social y el sector público es otro indicador de relevancia en la región.

En consecuencia, la reasignación presupuestaria que trate de mejorar la equidad en los resultados de salud de la población debe considerar también las políticas destinadas a reducir las brechas de ingresos y distribución de

la riqueza, así como sus consecuencias sociales. Las políticas territoriales y reformas tributarias están íntimamente relacionadas con estos aspectos. La asignación de recursos financieros a los servicios de salud y otras funciones presupuestarias con impacto sobre el estado de salud de la población, así como su modalidad del financiamiento, resultan de crucial importancia para definir los alcances redistributivos de estas políticas. Para abordar esta temática se deberán contemplar diversos aspectos, entre los que no podrá obviarse, en cada caso, la organización institucional y financiamiento de las políticas de salud, el grado de descentralización y organización territorial de los servicios de salud, el funcionamiento del mercado de trabajo y, por último, las posibilidades efectivas de acortar brechas en el largo plazo dependerá del nivel y estructura de la carga tributaria.

En suma, la efectiva expansión de la cobertura de salud de manera consistente con principios de universalidad y solidaridad depende, entre otros factores, de cómo esté organizado su financiamiento. Diferentes arreglos financieros determinan los resultados distributivos entre estratos sociales y entre sanos y enfermos (Wagstaff, 2009). Nos referiremos de manera especial a los primeros, aclarando que por solidaridad de ingresos entendemos aquí que el acceso a los servicios de salud debe ser independiente de la contribución realizada por cada individuo o familia.

En América Latina ha predominado el desarrollo de sistemas híbridos que, por lo general, han tenido grandes dificultades en alcanzar cobertura universal de servicios de salud de calidad. La provisión de servicios de atención de la salud está a cargo de una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, provisión y regulación, en el que conviven un subsector público (esencialmente financiado con impuestos generales), la seguridad social (financiada con contribuciones sobre la nómina salarial) y el subsector privado (organizado a partir de seguros privados o pagos directos de bolsillo). La forma en que se coordinan y articulan (o dejan de hacerlo) estos tres subsectores da origen a distintas modalidades de funcionamiento de los sistemas de salud. La falta de coordinación y articulación atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad.

En general, la única cobertura para la población sin capacidad de contribución suele correr por cuenta del Estado. La seguridad social habitualmente cubre a los trabajadores formales y, a menudo a sus dependientes, de acuerdo con la organización de cada sistema en particular y cuenta con su propia red de hospitales y prestadores. Finalmente, el sector privado cubre predominantemente

a la población de más altos ingresos y dispone de una estructura de proveedores propios. No obstante, en muchas oportunidades los sectores de más bajos recursos, sin seguro y con dificultades para acceder a la oferta pública de servicios, deben afrontar sus necesidades más urgentes mediante pagos de bolsillo en el sector privado.

El cuadro 1 muestra la magnitud del gasto de bolsillo en Paraguay y en los países vecinos, incluyendo Perú, por tener un gasto por habitante menor. Allí se muestra que se trata de uno de los países con más alto gasto en salud medido como porcentaje del PIB, con la máxima participación del gasto privado, predominantemente de bolsillo (como se verá más adelante). No obstante, el bajo nivel del producto en relación con los países de la región allí considerados, determina un bajo nivel de gasto por habitante (medido en precios de paridad de poder adquisitivo). Se trata, adicionalmente, del país con más elevada tasa de mortalidad (tanto infantil como materna) y menor esperanza de vida del Cono Sur aun comparándolo con Perú.

La manera en que los países han intentado reestructurar las interrelaciones entre los subsectores público, seguridad social y privado caracteriza las distintas reformas que se han llevado a cabo en la región. Sabiendo que la estructura de financiamiento del sistema de salud no es neutra desde la perspectiva

CUADRO 1

Países del Cono Sur y Perú: Gasto en salud e indicadores sectoriales, 2014

	Paraguay	Argentina	Brasil	Chile	Perú	Uruguay
Gasto total en salud (porcentaje del PIB)	9,8	9,0	8,3	7,8	5,5	8,6
Gasto total en salud per cápita (en dólares PPP)	872,9	1.137,2	1.318,2	1.749,4	656,2	1.792,2
Gasto público y seguridad social en salud (porcentaje del PIB)	4,5	6,4	3,8	3,9	3,3	6,1
Gasto privado en salud (porcentaje del PIB)	5,3	2,6	4,5	3,9	2,2	2,5
Esperanza de vida al nacer	72,9	76,2	74,4	81,5	74,5	77,0
Tasa de mortalidad infantil (cada 1.000 nacidos vivos)	18,1	11,5	14,4	7,2	13,6	9,1
Tasa de mortalidad materna (cada 10.000 nacidos vivos)	134,0	54,0	46,0	23,0	70,0	15,0

Fuente: Elaboración propia basada en datos del Banco Mundial.

<http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=estad%C3%ADsticas-sobre-salud,-nutrici%C3%B3n-y-poblaci%C3%B3n#>

de la equidad, la existencia de una doble institucionalidad asociada a la provisión pública y la seguridad social ha tenido efectos negativos respecto del financiamiento y la prestación de los servicios. Además de promover la duplicación de funciones y un uso ineficiente de recursos, se generan sistemas de salud diferenciados entre distintos estratos sociales. A su vez, las dificultades para regular al subsector privado de salud, que en el caso de la región representa una proporción significativa del gasto total, ha sido un factor que agrava el uso poco eficiente de los recursos que la sociedad destina al sector salud.

Mientras más importante sea el subsistema público, mayor será la redistribución implícita en el funcionamiento del sistema de salud y más homogénea será la cobertura. Por el contrario, el mayor peso del financiamiento de bolsillo estará acompañado de una menor redistribución y una mayor inequidad. En cambio, cuanto más desarrollada esté la seguridad social en la provisión y financiamiento de la salud, en principio, mayor sería la brecha de cobertura entre los trabajadores formales y el resto de la población que solo tiene acceso al subsector público. Sin embargo, esto será cierto dependiendo del grado de articulación entre la seguridad social y la provisión pública.

Esto obliga a trabajar de manera balanceada en dos sentidos: la expansión de los sistemas de aseguramiento y el fortalecimiento de la salud pública tradicional. En la medida en que los eventos en salud son aleatorios y estadísticamente independientes, los esquemas de aseguramiento parecen ser una forma eficiente de organización del financiamiento. Sin embargo, las asimetrías de información propias del sector salud, las dificultades en la medición de los riesgos en salud, junto con la necesidad de incorporar mecanismos de solidaridad, hacen que la introducción de esquemas de seguros de riesgo sea más compleja que en otros sectores de la economía.

El logro de sistemas de salud más equitativos y eficientes depende en casi todos los casos de las posibilidades de integrar sus componentes. En el contexto regional, son pocos los países que han logrado ese objetivo y financian las prestaciones públicas de salud por medio de impuestos generales. Se trata, en primer lugar, de la mayor parte de los países del Caribe que han seguido la tradición sajona de sistemas públicos de salud, en segundo lugar, debe contarse el caso especial de Cuba y, por último, Brasil,<sup>1</sup> el único país de la región con un nivel de carga tributaria similar a países desarrollados.

---

1 Este ha sido un proceso donde el cambio en las fuentes de financiamiento en el sistema de salud tuvo un efecto neutro para las cuentas públicas. En efecto, a partir de la

El resto de la región al conservar de manera parcial el financiamiento mediante cargas sobre la nómina salarial, ha mantenido sistemas fragmentados. En algunos casos se ha tratado de integrar los sistemas contributivos financiados por medio de esas cargas con los esquemas públicos de financiamiento tributario, en otros, en cambio, se mantiene una significativa segmentación de ambas formas de financiamiento.

Entre los casos donde se ha tratado de integrar las dos formas de financiamiento se pueden distinguir tres modalidades de integración. En primer lugar, se debe mencionar el caso tradicional de Costa Rica, donde la integración de las fuentes de financiamiento se hizo conservando un nivel único de cobertura, por lo que sería el tipo de integración más equitativo. La segunda modalidad se presenta cuando la integración se realiza aceptando, al menos inicialmente, niveles de cobertura diferenciada, dependiendo del tipo de financiamiento, pero manteniendo la meta de alcanzar la cobertura uniforme entre los dos segmentos (Colombia y Uruguay). Por último, un caso especial es ofrecido por la experiencia chilena, donde la integración es parcial, ya que son los afiliados los que deciden participar del sistema público integrado (FONASA) o permanecer en el sistema privado (ISAPRES). Teniendo en cuenta que esa elección dependerá de manera sustantiva del nivel de ingresos de cada beneficiario, se considera un sistema dual (CEPAL, 2006).

En este escenario, los problemas que deben ser enfrentados obligan a pensar una estrategia de mediano plazo que cubra un sendero de reformas tendientes a alcanzar el objetivo buscado. De más está decir que el sendero de reformas no es único. Habrá casos en donde se pueda construir un sistema integrado desde la seguridad social existente y otros en donde los cambios tendrán como eje la provisión pública de salud. Entonces, no solo se trata de discutir el punto final sino el funcionamiento de los sistemas durante un período de transición que, necesariamente, será prolongado y obligará a redefiniciones importantes durante su desarrollo. Sin duda la capacidad de los gobiernos para conducir estos procesos y el poder de negociación de los diferentes

---

Constitución de 1988, el derecho de los trabajadores a la seguridad social se transformó para la salud en universal e integral y el nuevo sistema de salud único a cargo del Estado comenzó a financiarse con recursos de rentas generales (incluyendo algunos tributos con asignación específica al sector). Simultáneamente, las cargas sobre la nómina salarial que previamente financiaban la seguridad social en salud, pasaron a integrar el financiamiento del sistema previsional que contaba con recursos de rentas generales.

sectores involucrados será crucial en la definición de cada particular sendero. Por último, debe hacerse notar que para que dichos procesos sean viables, los países deberán encarar importantes reformas tributarias que les permitan reducir la dependencia de beneficios contributivos y financiar servicios de alcance general, como se verá más adelante.

En síntesis, los países latinoamericanos deberán enfrentar el desafío de incrementar el financiamiento tributario destinado al sector público de la salud, reduciendo la dependencia del gasto privado y las cargas sobre la nómina salarial que, en mayor o menor medida, atentan contra el objetivo de lograr sistemas equitativos e integrados que aseguren una mayor cobertura de mejor calidad. Adicionalmente, los sistemas descentralizados demandan un mayor cuidado de la organización federal de los sistemas de salud pública, que defina claramente las responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno y sistemas de transferencias entre niveles que aseguren el financiamiento adecuado de las distintas funciones. Teniendo en cuenta las restricciones institucionales, las políticas y los particulares puntos de partida de las reformas requeridas, debe señalarse la complejidad de estos desafíos y la necesidad de definir senderos de reformas que, en cada caso, aporten mejoras en la dirección deseada.

Asimismo, durante los últimos quince años se ha notado un incremento del gasto social en la mayor parte de los países de América Latina, pero ese cambio no ha beneficiado especialmente al sector salud. En general, los aumentos han estado liderados por los correspondientes a la seguridad social, por presión de la maduración y crisis de los sistemas de pensiones y el desarrollo de esquemas de transferencias condicionadas a los hogares más necesitados. Le sigue, en importancia, los incrementos del gasto público en educación y recién en tercer lugar, los destinados a los servicios de atención de la salud. Sin desconocer el valor que las otras finalidades puedan tener en relación con la salud de las personas, el sector no parece tener prioridad en los debates presupuestarios (Titelman *et al.*, 2014).

Estrechamente vinculado con lo anterior, debe mencionarse que los presupuestos de la región presentan un elevado grado de rigidez, lo que dificulta la reasignación de partidas. La asignación específica de recursos fiscales mediante leyes previas a los presupuestos u otro tipo de normas es un obstáculo que no puede obviarse en los debates al respecto (Cetrángolo *et al.*, 2009).

Esas rigideces también son muy importantes en la estructura del presupuesto en salud de los gobiernos. Buena parte de esas rigideces obedecen a la

importancia de los gastos en personal, pero no exclusivamente. En consecuencia, si bien se han introducido recientemente modalidades de asignación con nuevos incentivos que, en general, tienen que ver con el cumplimiento de metas o resultados de los programas, estas se refieren a porciones marginales de los presupuestos sectoriales. Adicionalmente, toda vez que se trate de funciones con elevado impacto distributivo debe considerarse con sumo cuidado la conveniencia de reducir el presupuesto cuando un resultado no se cumple adecuadamente. Muchas veces los resultados deficientes pueden ser un indicador de que debe reformularse la política o la gestión de un determinado programa. Esta temática tiene importantes vínculos con los debates respecto de la asignación en diferentes territorios, en especial cuando, como en muchos países de América Latina, sobresalen las diferencias de capacidades.

Lograr cobertura universal en salud y, más aún, alcanzar un sistema equitativo depende de un sinnúmero de factores y las interpretaciones respecto del éxito o fracaso de una determinada estrategia también son diversas. En estas líneas hemos tratado de brindar algunas ideas acerca de las dificultades y desafíos que deben enfrentar los gobiernos de la región al intentar mejorar la equidad en salud mediante reasignaciones presupuestarias.

Las políticas públicas que tienen impacto en la equidad en salud exceden en mucho a las vinculadas con partidas presupuestarias propias del sector. El debate impulsado por la OMS sobre los determinantes sociales de la salud arroja luz en este aspecto y llama la atención respecto de la importancia de considerar un amplio grupo de factores que se relacionan, entre otras cuestiones, con el grado de desarrollo económico y social de cada país.

En el *Informe final de la comisión de determinantes de la salud* (OMS, 2009) se ponía el acento sobre estos aspectos, dejando en claro que el problema de la salud no puede ser atendido exclusivamente por la política sectorial. El informe se basaba en tres principios generales que orientaban sus recomendaciones: mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

En este sentido y para brindar un marco de referencia de los últimos tres lustros, el esfuerzo mundial por alcanzar acceso y cobertura universales en salud dio un paso importante en septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, donde los líderes reunidos estuvieron de acuerdo en establecer objetivos y metas mensurables, con plazos definidos

para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer. Estos objetivos y metas se constituyeron en la esencia del programa mundial que gestionó los ocho “Objetivos de Desarrollo del Milenio” (ODM) y que dio paso, en el 2015, a la actual estrategia de Objetivos de Desarrollo Sostenible.

De los ocho objetivos del milenio seis tenían una relación directa o indirecta con la salud: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

En términos globales, el impacto de la estrategia de los ODM generó una disminución en la tasa mundial de mortalidad de niños menores de cinco años en más de la mitad, reduciéndose de 90 a 43 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos entre 1990 y 2015. Con relación a la tasa de mortalidad materna, esta disminuyó en 45% a nivel mundial desde 1990. Pero en relación con el acceso universal a la salud reproductiva, los resultados se consideraron insuficientes y ampliamente desiguales.

Se logró que las nuevas infecciones del VIH disminuyeran en 40% entre el 2000 y el 2013. También se avanzó de forma importante en cuanto a conseguir, en junio de 2014, que todo el universo registrable –13,6 millones de las personas que vivía con el VIH– recibieran la terapia antirretroviral (TAR), un aumento nada despreciable si consideramos que en el 2003 solo 800.000 personas tenían acceso al tratamiento. Esto solo por citar algunos ejemplos (ONU, 2015).

Tomando como referentes los objetivos contemplados por los ODM en el 2015, CEPAL<sup>2</sup> informó que la región había cumplido la meta de asegurar el acceso de las niñas a la educación primaria, secundaria y superior pero esto no se tradujo en una mejora equivalente de su situación en el mercado de trabajo, donde las mujeres mantenían una menor participación laboral y salarios inferiores a los de sus compañeros.

América Latina y el Caribe cumplieron el cuarto ODM, ya que redujeron en dos tercios las muertes de menores de cinco años –de 54 a 18 por cada 1.000

---

2 Comunicado de prensa de CEPAL del 9 de septiembre de 2015: “La región cumplió varias metas clave de los ODM, punto de partida para abordar la Agenda 2030”.

nacidos vivos– entre 1990 y 2013. Por otra parte, la región también logró eliminar el sarampión casi por completo a principios de la década de 2000 y en 2013 gran parte de los países alcanzaron una cobertura de vacunación contra esa enfermedad, superior al 90% entre los menores de un año.

En cuanto a la salud materna, hubo una reducción de 39% respecto de 1990, lejos del 75% propuesto, siendo esta una importante asignatura pendiente. Además, en la región se registraba en 2013, 75,5 nacidos vivos de madres de 15 a 19 años de edad por cada 1.000 mujeres de esa franja etaria.

Para el 2015, América Latina y el Caribe presentaron una prevalencia del VIH/ SIDA inferior al promedio mundial (0,4%), pero esta se elevaba al 1,1% en el Caribe y es la segunda mayor después de África Subsahariana. Con todo, América Latina y el Caribe terminaron su gestión de los ODM como la región del mundo con la mayor cobertura del tratamiento antirretroviral. Progresó, además, en el control de enfermedades contagiosas prevenibles como la tuberculosis y el paludismo.

En todos estos avances estuvo presente un enorme esfuerzo hecho por los gobiernos, los sistemas de prestación de servicios de salud y la sociedad en su conjunto dentro cada uno de los países de la región. Desafortunadamente, los informes acerca de ODM solo recogen los indicadores de impacto respecto de los objetivos, pero el cómo se logró se encuentra disperso en centenares de informes de cada país.

En ese continuo desarrollo de la construcción global de salud aparecen los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el 2015, tras ocho rondas de negociaciones intergubernamentales, con aporte de una amplia variedad de actores, lanzando la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Estos reemplazan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a partir del 2016 y guiarán el trabajo de Naciones Unidas por los próximos 15 años. La Agenda 2030 es civilizatoria porque pone a las personas en el centro, tiene un enfoque de derechos y busca un desarrollo sostenible global dentro de los límites planetarios. Es universal, ya que promueve una alianza renovada donde todos los países participan por igual. Es indivisible, ya que integra los tres pilares del desarrollo sostenible (económico, social y medioambiental), presentando así una visión holística del desarrollo. La erradicación de la pobreza y la reducción de desigualdades son temas centrales en la nueva agenda y prioridades para América Latina y el Caribe. El tema salud quedó reflejado en el ODS 3 “Garantizar una vida sana

y promover el bienestar para todos en todas las edades”, articulado en torno a nueve metas en salud y cuatro medios de ejecución que cubren una amplia variedad de la labor de la OMS. Hay que mencionar que la mayoría de los 17 ODS están relacionados directamente con la salud o contribuirán a la salud indirectamente. El nuevo programa, basado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tiene como propósito ser pertinente a todos los países y se centra en mejorar la igualdad para responder a las necesidades de las mujeres, los niños y las personas más necesitadas y desfavorecidas bajo el principio de no dejar a nadie marginado. Los ODS se han traducido en estrategias y planes de salud para toda la región de las Américas y son monitoreados por medio de un sistema de indicadores.

Tanto para los ODM en su último quinquenio como para los ODS en marcha, el informe de OMS (2010) titulado *Financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal* sigue siendo un referente de primer orden. En cualquier caso, no hay un acuerdo generalizado respecto del modelo de servicios a implementar por los países. Para América Latina y el Caribe, OPS/OMS ha impulsado dos lineamientos: a) extensión de la estrategia de atención primaria de salud basada en la Declaración de Principios de Alma Ata Renovados y b) implementación de redes integradas de servicios de salud.

## II. Situación demográfica y epidemiológica

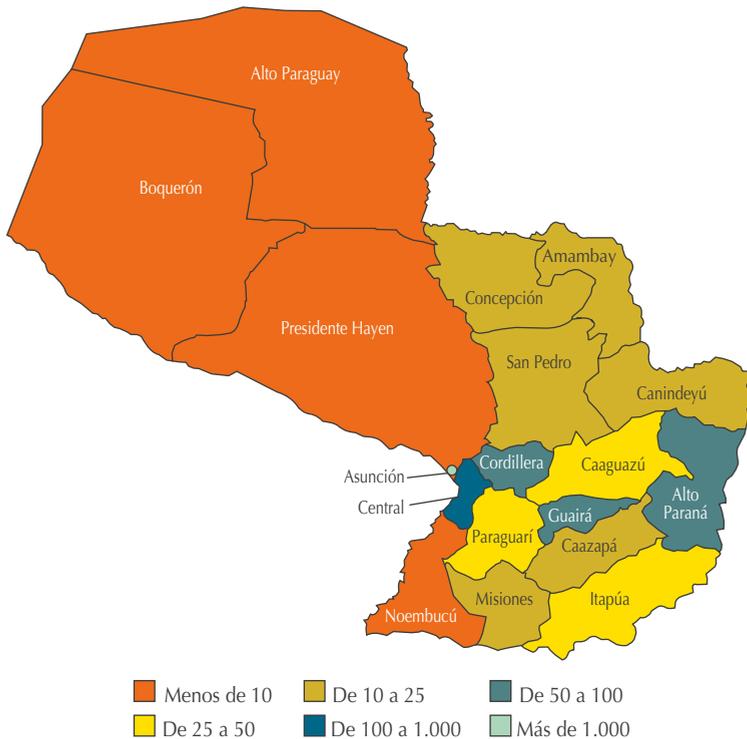
### 1. El contexto demográfico

La población paraguaya estimada para 2015 según la Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (DGEEC) asciende a 6.755.756 habitantes, distribuida equitativamente entre hombres (3.408.566) y mujeres (3.347.190). Para 2025 la proyección estimada ubica la población total en 7.758.263, lo que representa un crecimiento acumulado de 14,8% con relación a 2015.

El 60,5% de la población es urbana, con una gran concentración en la capital y en el departamento central. El 39,5% es rural. En efecto, el departamento central concentra el 29% de la población (1.985.384), seguido por Alto Paraná (11,5%). Estos departamentos conjuntamente abarcan el 41% de la población del país.

El análisis de los datos demográficos permite inferir que el país se encuentra atravesando un proceso de transición demográfica. De acuerdo con las cifras de la DGEEC (2015), la tasa global de fecundidad (TGF) presenta una tendencia descendente. Durante el quinquenio 1950-1955, la TGF era de 6,5 hijos por mujer, mientras que en el periodo 2005-2010 descendió a 3,1, ubicándose en 2,75 en 2013 y se proyecta en 2,32 hijos por mujer en 2025 (gráfico 3). Sin embargo, la cantidad de nacimientos aún no muestra una tendencia a la baja debido a las elevadas tasas de fecundidad del pasado que han influido en el surgimiento de sucesivas poblaciones en edad reproductiva lo suficientemente grandes como para evitar que el número más bajo de nacimiento per cápita reduzca el tamaño de la población. Por el contrario, la población mantendrá su crecimiento absoluto por bastante tiempo, ya que el número de hijos por mujer disminuye pero el número de mujeres que se está reproduciendo aumenta, contrarrestando así la caída de la fecundidad. La tasa bruta de natalidad (TBN) (por cada mil habitantes) ha acompañado dicha

GRÁFICO 2  
 Mapa de densidad poblacional por departamentos, 2015  
 (cantidad de habitantes/km<sup>2</sup>)

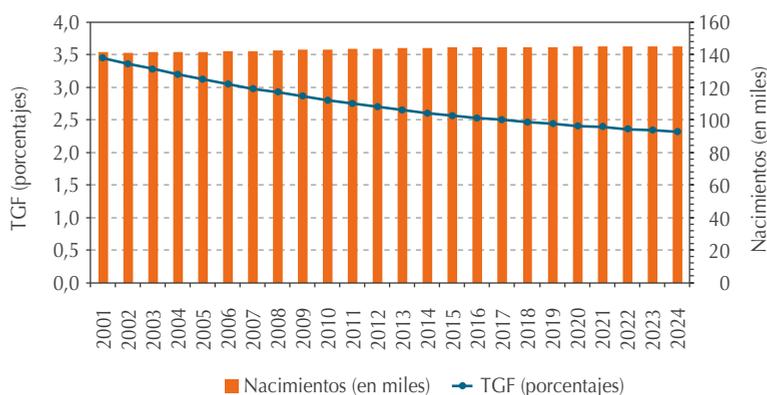


Fuente: Elaboración propia basada en datos de la DGEEC (2015).

tendencia, al pasar de 44,2 en 1950 a 24,8 en 2010, las proyecciones señalan que se ubicará en 20,7 en el 2020.

Como resultado de la reducción en la tasa de mortalidad general de la población, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado progresivamente al pasar de 67,1 años, durante el quinquenio 1980-1985, a 71,6 años en el período 2005-2010 (Casalí y Velásquez, 2016). La estructura poblacional por edad da cuenta de los cambios mencionados, mostrando una disminución en la proporción de la población infantil y juvenil mientras aumentan la población en edad activa y el porcentaje de adultos mayores (gráfico 4). En la década de

GRÁFICO 3  
Estimación y proyección de los nacimientos y  
la tasa global de fecundidad, 2001-2024



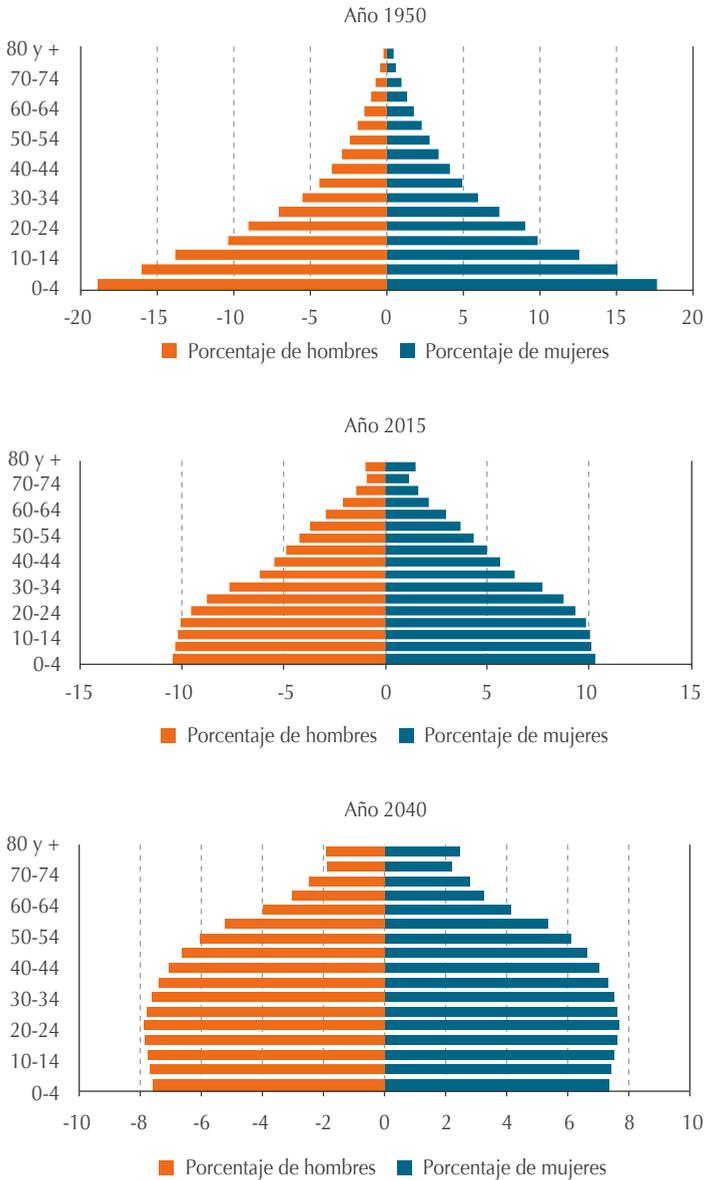
Fuente: Elaboración propia basada en datos de la DGEEC (2015).

1950, la pirámide poblacional se caracterizaba por una población menor de 15 años que representaba el 47% de la población total, mientras que aquella entre 15 y 64 años representaba el 50,1%. Dichas proporciones comenzaron a divergir desde los años sesenta en adelante, ya que la población menor de 15 años comenzó a descender hasta llegar a 31,3% en 2015. Este grupo se ha integrado a la población adulta y en 2015 el 62,9% de la población se encontraba en la franja etaria entre 15 y 64 años. A su vez, como el envejecimiento poblacional genera un incremento de la población con 65 años de edad o más, este grupo pasará de representar el 5,8% de la población en 2015 a 10,5% en 2040 (Casalí y Velásquez, 2016).

En relación con los flujos migratorios, durante las últimas décadas las cifras de emigrantes paraguayos han permanecido estables alcanzando, durante el período 2001-2016, un flujo anual promedio de 12.160 emigrantes. Las mujeres totalizaron el 57% del total de migrantes (DGEEC, 2015).

Todos los cambios en la estructura de la población mencionados hasta aquí repercutieron en una disminución de la tasa de dependencia demográfica, que se explica principalmente por una merma de la tasa de dependencia juvenil. Se trata del denominado “bono demográfico”, que se verifica en los

GRÁFICO 4  
Evolución pirámides poblacionales



Fuente: Elaboración propia basada en datos de la DGEEC (2015).

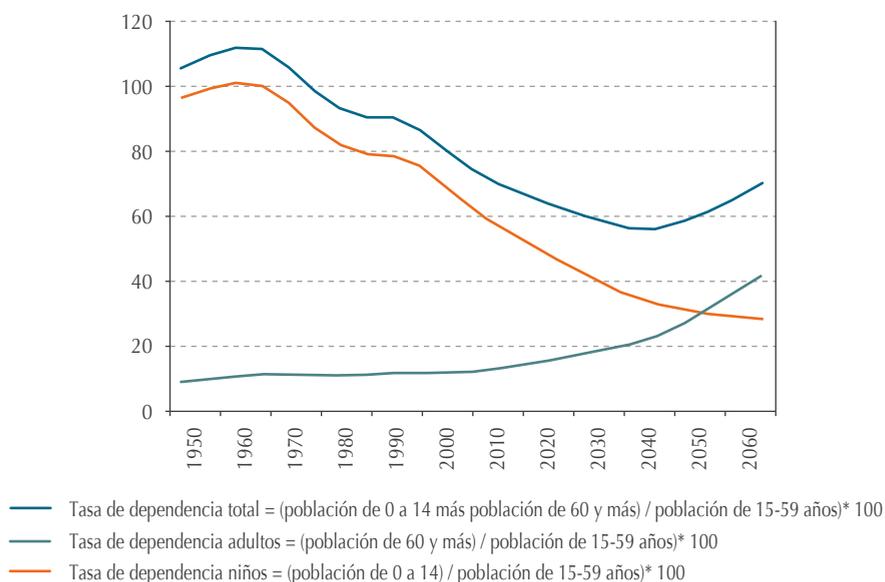
procesos de transición demográfica donde la población dependiente (adultos mayores y niños) resulta menor a la población en edad de trabajar (gráfico 5).

## 2. La situación epidemiológica

Los indicadores básicos de salud muestran que el país tiene todavía un reto importante en cuestión de salud, pues se registra una alta tasa de mortalidad infantil (TMI) y comienza a haber una prevalencia importante de enfermedades no transmisibles. La situación de Paraguay es aproximada a la de otros países de ingreso similar y, como era de esperarse, en un escalón inferior respecto de los países latinoamericanos con un ingreso medio mayor, incluyendo sus vecinos, Argentina, Brasil y Uruguay (IPS, 2013).

Si bien en los últimos años se ha verificado una reducción de la tasa de mortalidad infantil, su evolución no ha permitido cumplimentar los objetivos

GRÁFICO 5  
Evolución y proyecciones de tasas de dependencia, 1950-2060



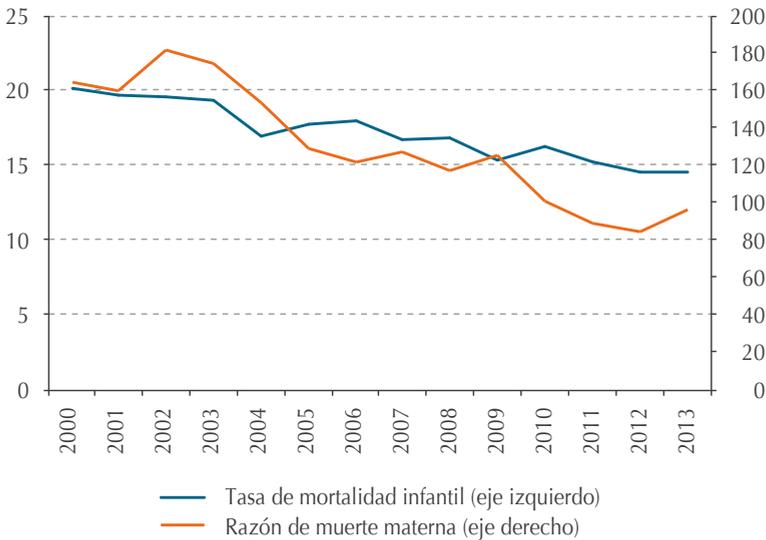
Fuente: Elaboración propia según datos del CELADE (2015).

de desarrollo del milenio (Objetivo 4). La tasa registrada de mortalidad infantil pasó de 30 por cada mil nacidos vivos registrados, en el 1990, a 14,6 por cada mil nacidos vivos registrados en 2013 (gráfico 6). Sin considerar algunos departamentos en los que la tasa tendría un valor atípico debido al evidente subregistro, se observan diferencias entre departamentos (Asunción anota un valor de 11,6 por 1.000 nacidos vivos mientras que Boquerón 29,7 por 1.000 nacidos vivos). Por su parte, la mortalidad en menores de cinco años descendió entre 2005 y 2013 de 21,8 a 17 por 1.000 nacidos vivos.

En 1990, la razón de mortalidad materna (RMM) era de 150,1 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, mientras que en el 2013 se registró una RMM de 96,3 por 100.000 nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad materna son la hemorragia postparto, la preclampsia/eclampsia y la sepsis, es decir, que son muertes evitables. Aun cuando la tendencia general es a la disminución, se siguen observando importantes inequidades. Así, en el 2013 la RMM de Asunción fue de apenas 64,1 por 100.000 nacidos vivos, ubicándose

GRÁFICO 6

Evolución de la tasa de mortalidad infantil (TMI) cada 1.000 nacidos vivos y la razón de mortalidad materna (RMM) cada 100.000 nacidos vivos, 2000-2013



Fuente: Elaboración propia basada en datos de la DGEEC (2015).

por debajo de la general, mientras que en Presidente Hayes (región de difícil acceso geográfico y con elevado porcentaje de población indígena) se registra una RMM de 157,8 por 100.000 nacidos vivos, Canindeyú 158,8 y en Alto Paraguay de 692 por 100.000 nacidos vivos.

Por su parte, la tasa de mortalidad general (TMG) promedio ha descendido en los últimos quince años (de 6,01 en el quinquenio 1990-94 a 3,52 el quinquenio 2000-2004). En 2013 se ha registrado una tasa de 4,1 por mil habitantes.

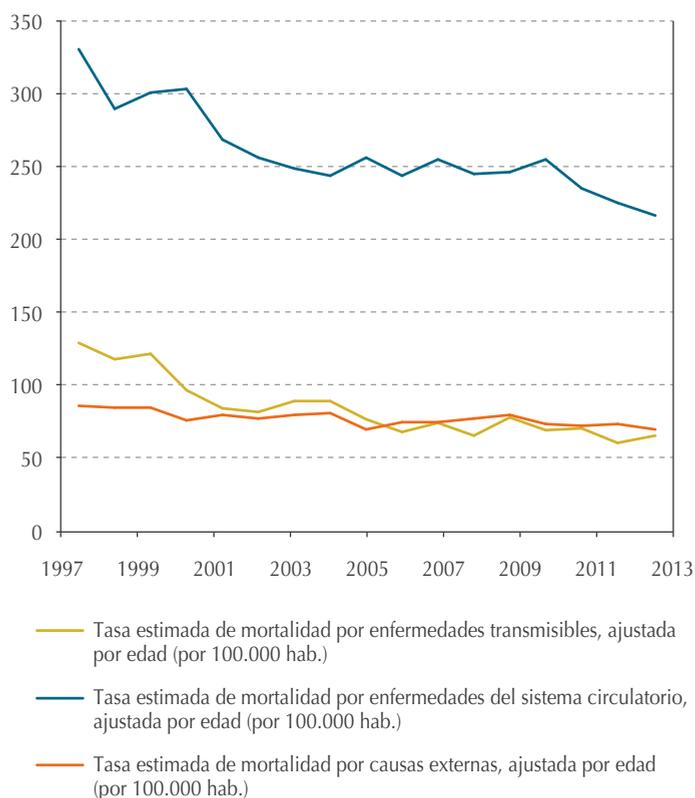
Mancuello y Cabral de Bejarano (2011) sostienen que el perfil epidemiológico de transición en Paraguay posiciona como primera causa de enfermedad y muerte a las enfermedades crónicas no transmisibles y causas externas, desplazándose también hacia grupos de mayor edad.

En efecto, como se desprende del gráfico 7, la evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas según edad de los tres tipos de causas de muerte señaladas, muestra una tendencia decreciente en el tiempo, lo que es consistente con una tendencia general a la disminución de las tasas de mortalidad en el país (OIT, 2015).

Al considerar las principales causas de muerte en el 2014 se observa que si bien la mayoría corresponde a enfermedades no transmisibles (ENT), aún se registran las denominadas transmisibles (T), de modo que, efectivamente, el país se encuentra en una etapa de transición epidemiológica (gráfico 8) (Casalí y Velásquez, 2016). Ello marca los desafíos que enfrenta el país, con dinámicas típicas de un contexto moderno aunque con un peso relevante de enfermedades transmisibles (ET).

Una visión de la heterogeneidad de las causales de muerte entre los 18 departamentos del país puede ser observada en el gráfico 9, en el que se han agrupado las causas de muerte en tres grupos: transmisibles, no transmisibles y por causas externas, incluyendo en este último a las causas provocadas por homicidios y accidentes. La información presentada si bien confirma el peso mayoritario de causas de muerte no transmisibles en todos los departamentos, permite ilustrar a su vez que en departamentos como los de Alto Paraguay y Boquerón, las causas de muerte por enfermedades transmisibles mantienen una mayor importancia relativa que en el resto del país, y lo propio ocurre con los departamentos de Amambay, Canindeyú y San Pedro cuando se trata de las consideradas en el grupo de causas externas (Casalí y Velásquez, 2016).

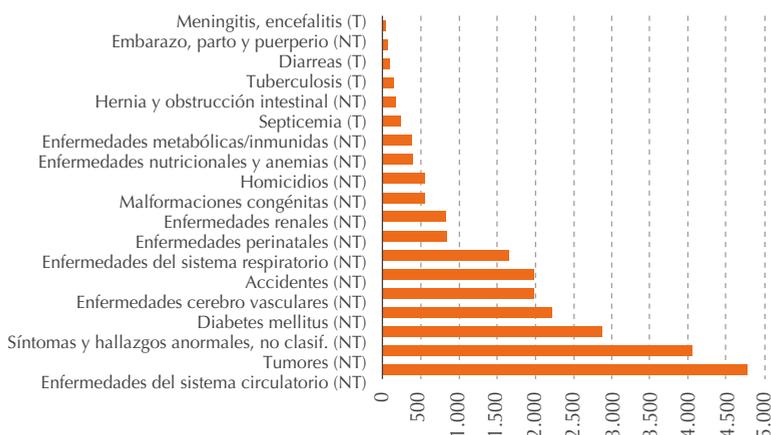
GRÁFICO 7  
Tasas de mortalidad estandarizadas por causas no transmisibles,  
transmisibles y externas, 1997-2013



Fuente: Elaboración propia según datos de OPS.

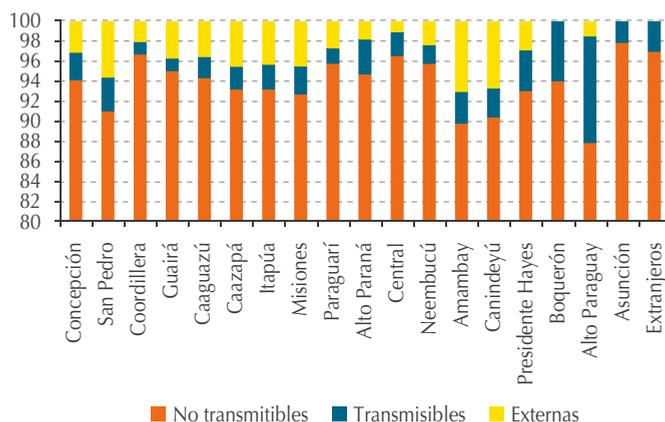
Además, debe mencionarse que Paraguay ha registrado epidemias graves de dengue durante 2011 y 2012, lo que evidencia la necesidad de fortalecer el modelo de gestión integrada para enfrentar las enfermedades transmitidas por vectores, como ser dengue, malaria, Leishmaniasis y Chagas, principalmente en las zonas fronterizas. Según datos de la Dirección General de Vigilancia de Salud (DGVS), para el 2015 se han registrado 68.652 casos de síndrome febril agudo de los que 16.739 (24,38%) fueron casos confirmados de dengue y 4.294 (6,25%) casos de Chikungunya. La mayoría de estos casos

GRÁFICO 8  
Principales causas de muertes, 2014  
(en número de muertes)



Fuente: Elaboración propia según datos del MSPBS (2015).

GRÁFICO 9  
Principales grupos de causas de muertes por departamentos, 2014  
(en porcentajes respecto de cada total por departamentos)



Fuente: Elaboración propia según datos del MSPBS (2015).

se concentra en el área metropolitana y en el eje centro oriental, tal como se observa en el cuadro 2.

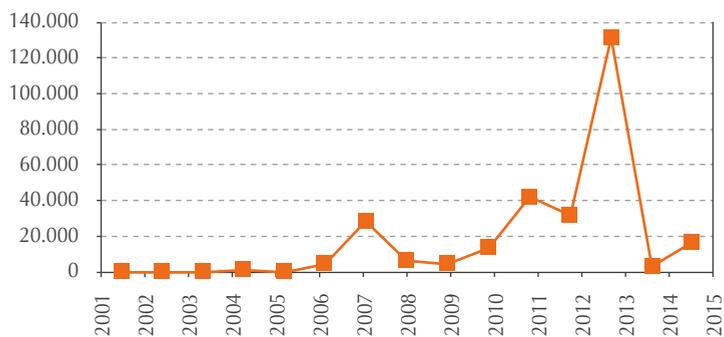
CUADRO 2  
Distribución de casos con síndrome febril agudo, 2015

Departamentos	Confirmados		Sospechosos febriles	Descartados general	Fallecidos dengue
	Dengue	Chikungunya			
Centro oriental	11.104	2	7.749	3.803	3
Área metropolitana	4.046	4.208	19.684	8.267	1
Norte	1.323	3	5.010	1.206	1
Centro occidental	110	76	285	786	–
Chaco	85	2	331	136	–
Sur	71	3	103	238	–
<b>Total</b>	<b>16.739</b>	<b>4.294</b>	<b>33.162</b>	<b>14.436</b>	<b>5</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Vigilancia de Salud, MSPBS.

En 2015, el Laboratorio Central de Salud Pública de Paraguay ha identificado la circulación simultánea de los serotipos DEN-1, DEN-2 y DEN-4 en el área metropolitana de Asunción, del mismo modo que lo ocurrido en 2014. Alto Paraná, Amambay, Concepción, San Pedro, Guairá y el área metropolitana de Asunción registran brotes activos de dengue. En este marco, el 11 de enero de 2016 el MSPBS de Paraguay declaró “Alerta epidemiológica por dengue, Zika y Chikungunya” en todo el territorio. Esta medida respondió al incremento de casos de enfermedades transmitidas por el *Aedes aegypti*, al riesgo de aparición de casos severos que repercutan en un aumento de la mortalidad asociada a los mismos, a la cocirculación de las tres enfermedades virales transmitidas por vectores y a la alerta sanitaria en las zonas afectadas por inundaciones. Para mayor información, el gráfico 10 presenta la evolución de los casos notificados de dengue en el período 2001-2015 sobre la base de la información del MSPBS.

GRÁFICO 10  
Casos notificados de dengue, 2001-2015  
(cantidad de casos)



Fuente: Elaboración propia basada en el *Informe de situación epidemiológica de las principales enfermedades transmisibles y no transmisibles*, Dirección General de Vigilancia de la Salud, MSPBS.



### III. Organización de los servicios de atención de la salud

La Recomendación 202, adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo (OIT, 2012), establece que se deberían promover sistemas de seguridad social integrales y adecuados, compatibles con los objetivos de las políticas nacionales y procurando la coordinación de las políticas de seguridad social con las demás políticas públicas.

Estas garantías deberían asegurar que, como mínimo, todas las personas tengan durante el ciclo de vida acceso a una atención de salud esencial y a un nivel de ingresos que garanticen conjuntamente un beneficio efectivo a los bienes y servicios definidos como necesarios a nivel nacional. Específicamente en el plano de la cobertura de salud, la norma internacional promueve la garantía de acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que constituyen la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad y que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

La Constitución de la República de Paraguay de 1992 contempla todo lo referente al derecho a la salud, por medio de varios artículos (6º, 7º, 68º, 69º y 70º), donde se encuentran los principios y valores en los que se sustenta (Guillén, 2011). Así, el derecho a la salud se expresa explícitamente en el artículo 68 con el siguiente texto: “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana”.

El sistema de salud en Paraguay, al igual que otros sistemas de la región, se caracteriza por una elevada fragmentación y segmentación entre los sectores

que lo conforman. A pesar de algunos intentos por coordinar e integrar los distintos subsectores que lo componen, estos continúan operando de manera independiente y sin articulación.

## 1. Principales características del sistema de salud

El sistema de salud en Paraguay está regulado por la Ley 1032/96, que crea el Sistema Nacional de Salud (SNS) y define que los servicios de sanidad pueden ser suministrados por los sectores públicos, privados y los subsectores mixtos. Este sistema se crea en “cumplimiento de una política nacional de salud que posibilite la vigencia del pleno derecho a la salud de toda la población, con el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el sector salud”.

En los fundamentos de la reforma de 1996 fueron considerados los principios de equidad, igualdad, calidad, eficiencia y participación social, así como la descentralización regional de los servicios del subsistema público. La creación del SNS dio pauta al surgimiento de una estructura orgánica de 18 regiones sanitarias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) autónomas y promovió la creación de los Consejos de Salud, a nivel nacional, regional y local, organismos encargados de impulsar el SNS.

El Consejo Nacional de Salud (CNS) es un organismo de coordinación, participación y consenso del sector público y privado y su mesa directiva está integrada por un presidente (ejercido por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social), un vicepresidente y tres vocales. Por su parte, tanto el Consejo Regional de Salud (CRS) como el Consejo Local de Salud (CLS) están constituidos por la reunión general de los representantes de las diferentes instituciones relacionadas al sector. Los consejos tienen por finalidad promover el SNS mediante la concertación y coordinación interinstitucional de los distintos planes, programas y proyectos de interés nacional, regional y local, participar en la formulación de los lineamientos de la política y estrategia nacional, regional y local de salud, en línea con la política nacional de desarrollo (Plan Nacional de Desarrollo 2030) y fiscalizar el cumplimiento del plan nacional de salud y su ejecución presupuestaria, entre otros.

Como se muestra en el cuadro 3, el SNS está integrado por instituciones públicas y privadas, caracterizándose por su segmentación y fragmentación, sostenido por un alto gasto proveniente de los hogares y con coberturas

**CUADRO 3**  
Estructura del sistema de salud

Dimensiones	Estatal		Paraestatal	Privado	
	MSPBS y Hospital Universidad de Asunción	Sanidad militar y policial y de la Armada	Instituto de Previsión Social (IPS)	Seguros privados	Servicios privados
Población cubierta	Población en general, indigentes, desempleados y familiares.	Trabajadores militares y policiales, sus grupos familiares y pasivos que cotizan directamente.	Trabajadores activos dependientes que cotizan en IPS y sus grupos familiares. Excombatientes y personas con discapacidad que participaron en la Guerra del Chaco.	Trabajadores activos, dependientes e independientes y pasivos que cotizan en los seguros médicos.	Pasivos
Origen del financiamiento	Aporte fiscal y copago de los usuarios por las prestaciones.	Aporte fiscal y copago de los usuarios por las prestaciones.	Cotización previsional obligatoria para la salud de los trabajadores.	Cotización para la salud de los trabajadores. Copago de los usuarios por las prestaciones. Pago directo por usuario.	Aporte privado, pago por usuario.
Beneficios	Acciones de fomento y protección de la salud para toda la población. Acciones de recuperación y rehabilitación.	Acción de fomento y protección limitada para la población militar y policial. Acciones de recuperación y rehabilitación.	Acciones de recuperación, atención médica y rehabilitación. Subsidio por accidentes, licencias médicas por enfermedad. Suministro de medicamentos y prótesis.	Acciones de recuperación y de rehabilitación.	Acciones de recuperación y de rehabilitación.
Provisión de la prestación de los servicios de salud	Estatal por medio de servicios de salud del Ministerio.	Estatal por medio de servicios de sanidad militar y policial.	En instalaciones del IPS y en algunos casos en servicios privados y públicos del MSPBS.	Privado por medio de servicios profesionales e instituciones privadas de salud.	Privado principalmente por medio de infraestructura propia.

Fuente: Elaboración propia a partir del Instituto de Previsión Social, OPS (2008) y Lavigne (2012).  
Nota: Los funcionarios públicos y trabajadores independientes no tienen cobertura obligatoria del IPS (IPS, 2013a).

territoriales asimétricas (Giménez, 2012). El subsector público está representado por el MSPBS, la sanidad de las Fuerzas Armadas y el cuerpo de policía, la Universidad Nacional de Asunción (UNA) y los servicios asistenciales de las empresas descentralizadas (hidroeléctricas) Itaipú y Yacyretá. El subsector de la seguridad social, por su parte, gira en torno al Instituto de Previsión Social (IPS), que brinda los seguros de invalidez, vejez y muerte y de riesgos laborales, así como diversos subsidios como el de maternidad; y el subsector privado se centra en instituciones prestadoras de salud privada (Casalí y Velásquez, 2016).

El MSPBS en conjunto con el IPS, constituyen las dos instituciones más importantes para la atención de la salud a la población al cubrir el 95% de esta última (cobertura legal). Ambas cuentan con establecimientos de salud de diversa complejidad distribuidos por el territorio nacional, aunque la atención primaria solo existe en la red del MSPBS. Entre ambas instituciones se dispone de 7.148 camas, lo que equivale a una tasa de 1,1 cama por cada 1.000 habitantes, nivel inferior al promedio regional de dos camas por 1.000 habitantes (MSPBS, 2015; PND, 2014).

Como se ha mencionado, desde el punto de vista de las funciones de financiamiento, organización y administración y la provisión de los beneficios, los tres sectores se encuentran fragmentados y sin coordinación entre ellos y, con excepción del subsector privado, están verticalmente integrados, es decir, tanto el MSPBS como el IPS desarrollan las tres funciones, lo que implica que no existe transferencia de recursos y pacientes en gran escala entre los subsistemas (Casalí y Velásquez, 2016).

Con relación a las funciones de regulación y control de toda actividad relacionada con la salud existen dos instancias estatales (Jiménez, 2013). Por un lado, el MSPBS –por medio de sus distintas dependencias– supervisa la habilitación de todo tipo de establecimientos relacionados con el ámbito de la salud, la habilitación de los laboratorios de análisis clínicos, el otorgamiento de licencias para la utilización de equipamiento y prácticas radiológicas, el control de los equipamientos e insumos propios para la salud bucodental y la regulación de los precios de los medicamentos y control del correcto funcionamiento de los establecimientos farmacéuticos. Por otro lado, la Superintendencia de Salud (SS) se encarga de verificar que las entidades prestadoras de servicios de salud (EPSS) estén debidamente registradas y habilitadas por el MSPBS y que otorguen adecuadamente los servicios de salud y de atención sanitaria regulados por la legislación

vigente, establecer vigilancias preventivas y sistemáticas para verificar las condiciones en que las EPSS gestionan sus prestaciones y velar por el cumplimiento de las diversas normas jurídicas y técnicas de los servicios de salud.

En seguimiento a las funciones de regulación y control, la SS tiene competencias tanto en el sector público como privado (Jiménez, 2013). En el sector público monitorea los establecimientos dependientes del MSPBS, los hospitales de las fuerzas policiales, de las Fuerzas Armadas y el Hospital de Clínicas de la UNA. En cuanto al sector privado, el ámbito de aplicación de la SS refiere a los hospitales, sanatorios, clínicas generales y especializadas, servicios pre-hospitalario y servicios de medicina prepaga generales y específicos. Por último, supervisa el sector mixto, relacionado con el Instituto de Previsión Social. Las actividades de control a cargo de la SS tienen que ver con el registro de las EPSS, las auditorías económico-financieras, jurídicas y médicas y la categorización y acreditación de las EPSS.

Según datos del Departamento de Registro de EPSS de la Superintendencia de Salud para inicios de 2017, la cantidad de entidades que prestan servicios de salud (incluyendo las empresas de medicina prepaga) totalizaban 357.

## 2. El subsector público

El MSPBS se financia con recursos provenientes del Tesoro Público, cooperación externa y el pago de aranceles subsidiados por parte de los usuarios. No tiene separación de funciones y ejerce los roles de rectoría, financiamiento y prestación de servicios. Esta última se realiza, como se señaló, mediante una red integrada de servicios distribuidas en las 18 regiones sanitarias que corresponden a cada uno de los departamentos y la capital, Asunción, y atiende de preferencia a la población que carece de seguro social y privado (Mancuello y Cabral de Bejarano, 2011).

Por su parte, la sanidad de las Fuerzas Armadas y la sanidad policial cubren, respectivamente, a los militares y policías en activo o retirados y sus familiares, además de atender a la población civil en los lugares en donde no existen otros prestadores. Sus recursos provienen del Presupuesto General de Gastos de la Nación por medio del Ministerio del Interior, la Policía Nacional y el Ministerio de Defensa. Estas instituciones cuentan con sus propias redes de servicios.

La Universidad Nacional de Asunción cuenta con un hospital/escuela afiliado a la Facultad de Medicina, financiado fundamentalmente con recursos del Presupuesto General de la Nación y cubre principalmente a la población no asegurada de escasos recursos.

Asimismo, las empresas hidroeléctricas descentralizadas Itaipú y Yacyretá construidas sobre el río Paraná, limítrofes con Brasil y Argentina, ofrecen atención ambulatoria en sus propias instalaciones y un seguro médico a sus funcionarios, exfuncionarios y familiares. También ofrecen programas de medicina preventiva y asistencia médica a la población que reside dentro de la zona donde operan.

A nivel nacional, las acciones de promoción, prevención y vigilancia de la salud están a cargo del MSPBS, así como las de curación y rehabilitación. Debe notarse que las personas que se atienden en las instalaciones del MSPBS tienen acceso a servicios ambulatorios y de hospitalización gratuitos, pero no se cuenta con un paquete de beneficios explícito (Mancuello y Cabral de Bejarano, 2011). Según estos autores este subsector atiende al 78% de la población que carece de seguro social o privado.

El MSPBS cuenta con 1.403 establecimientos de salud, de estos, 225 tienen internación (MSPBS, 2015). En el cuadro 4 se aprecia la cantidad de establecimientos del MSPBS e IPS y su distribución por departamento. Las gobernaciones poseen clínicas externas en ciudades como Encarnación, Ciudad del Este y Coronel Oviedo, así como farmacias sociales en todas ellas. En cambio, los municipios poseen una Policlínica de Especialidades en Asunción y un Hospital Municipal Pediátrico en Encarnación. Las sanidades militar, policial y de la armada cuentan con el Hospital Militar, Policlínico Policial y Consultorio Externo, respectivamente, ubicados en la capital del país.

Por último, se debe destacar que con el fin de financiar la atención médica de patologías de alta complejidad y alto costo, por medio de la Ley 4.392 de 2011, se creó el Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud (FONARESS), cuya implementación en el momento de la redacción de este estudio se encuentra pendiente. Inicialmente está previsto que financie la atención de cuatro patologías y especialidades médicas, las que serán tratadas por medio de prestadores públicos y privados que previamente deberán estar acreditados y categorizados (Gaete, 2015).

CUADRO 4  
Establecimientos de salud del MSPBS y del IPS,  
según departamento, 2013

Departamento	MSPBS	IPS
Central	145	8
Alto Paraná	131	4
San Pedro	131	8
Itapúa	106	19
Caaguazú	85	5
Paraguarí	83	9
Guairá	80	7
Ñemubucú	79	2
Canindeyú	76	4
Caazapá	70	4
Misiones	69	8
Concepción	68	3
Cordillera	67	8
Asunción	65	12
Pdte. Hayes	57	3
Boquerón	41	–
Alto Paraguay	25	5
Amambay	25	3
<b>Total país</b>	<b>1.403</b>	<b>112</b>

Fuente: MSPBS (2015).

### 3. El subsector seguridad social

El IPS fue instituido con el propósito de proteger la salud de los trabajadores asalariados del país, a partir de la premisa de que es función propia del Estado asegurar al ciudadano los medios que le pongan a cubierto de los azares de la vida en lo que respecta a enfermedad, maternidad, invalidez, accidente de trabajo, etcétera. El seguro social da cobertura a los trabajadores asalariados que prestan servicios en virtud de un contrato de servicio y al personal del servicio doméstico. Están igualmente incluidos los maestros y catedráticos de la enseñanza primaria y normal que dependen del Ministerio de Educación,

los catedráticos universitarios de instituciones públicas y privadas y, de forma facultativa, los trabajadores independientes (IPS, 2013a). Por su parte, la Carta Orgánica del IPS exceptúa a los funcionarios y empleados de la Administración Central, los miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales y los empleados de los bancos privados y oficiales.

Las prestaciones en caso de enfermedad por parte del IPS incluyen la atención médica, quirúrgica y dental, medicamentos y hospitalización y un subsidio en dinero para los asegurados activos sometidos a tratamientos médicos con reposo por enfermedad (IPS, 2013a). Esta prestación económica se inicia a partir del día siguiente al de la incapacidad y dura mientras subsista y el beneficiario continúe sometido al tratamiento respectivo. La cobertura también incluye la provisión de aparatos de prótesis y ortopedia. Por su parte, las prestaciones médicas por maternidad incluyen (adicionalmente) una prestación económica por reposo por maternidad y la provisión de leche para el hijo que no pueda amamantar por incapacidad constatada por autoridad médica.

Como regla general, el Instituto de Previsión Social (IPS) financia sus prestaciones por medio de cotizaciones a cargo de los trabajadores (9% del salario), de los empleadores (14% sobre el salario de sus empleados) y del Estado, en este último caso el 1,5% sobre la base imponible (salarios) de los empleadores. Referente al financiamiento del Fondo de Enfermedad-Maternidad (FEM) del IPS, su Carta Orgánica establece que se financia con el 9% del monto total de los salarios sobre los que se abonan las cotizaciones a cargo de los trabajadores, empleadores y el Estado. Además del régimen general, existen otros regímenes con distintas reglas de aportación y aplicación de los recursos (cf. cuadro 6).

Esto último permite apreciar que el financiamiento a cargo de trabajadores, empleadores y el propio Estado no lo es por función o riesgo, sino que es la propia legislación la que establece *a posteriori* cómo se financian los distintos fondos de la institución. Por un lado, el Fondo de Jubilaciones y Pensiones (FJP) que financia el pago de las jubilaciones y pensiones, más los capitales constitutivos de las jubilaciones y pensiones a causa de accidentes del trabajo, por otro lado, como se indica más arriba, el FEM financia las prestaciones en especies (atención médica) y los subsidios de corto plazo derivados de la incapacidad de laborar a causa de enfermedad no profesional y maternidad, accidente de trabajo y enfermedad profesional. Los cuadros 5 y 6 muestran el panorama general de las contingencias sociales cubiertas por el instituto, los beneficiarios, las prestaciones, las contribuciones sociales a cargo de

**CUADRO 5**  
**Contingencias, beneficiarios, prestaciones y financiamiento del IPS**

Riesgo	Beneficiarios directos	Beneficiarios indirectos	Prestación	Fondo
Enfermedad o accidente común	Asegurados (activos y jubilados)	Cónyuge (o concubino), hijos solteros hasta que hayan cumplido la mayoría de edad, hijos incapacitados mientras dure la incapacidad, padres, cónyuge (o concubino) del jubilado	Atención médico quirúrgica y dental, medicamentos y hospitalización (Art. 30 a), Aparatos de prótesis y ortopedia (Art. 30 c)	Enfermedad-maternidad (Art. 24)
Enfermedad o accidente común	Asegurados activos sometidos a los tratamientos médicos con reposos por enfermedad	n.a.	Subsidio en dinero para el titular (cotizante) (Art. 30 inc. b)	Enfermedad-maternidad (Art. 24)
Maternidad	Aseguradas (activos)	n.a.	Atención médico quirúrgica y dental, medicamentos y hospitalización. Subsidio por reposo de maternidad y provisión de leche (Art.37 a)b). El subsidio en dinero y reposo por maternidad fue modificado por la Ley 5508/15	Enfermedad-maternidad (Art. 24)
Riesgos profesionales	Asegurado	n.a.	Aparatos de prótesis y ortopedia (Art. 41b). Subsidio en dinero por incapacidad transitoria de trabajar. (Art. 41 c)	Enfermedad-maternidad (Art. 24)
Riesgos profesionales	Asegurado	n.a.	Pensión por incapacidad permanente parcial o total (Art. 61)	Fondo jubilaciones y pensiones (Art. 23)
Riesgo de fallecimiento por accidente laboral	Asegurado	Sobrevivientes: viuda o concubina, y los hijos o padres (Art. 62)	Pensión para viuda, hijos menores, hijos discapacitados y padres. (Art. 62)	Fondo jubilaciones y pensiones (Art. 23)
Riesgo invalidez por enfermedad o accidente común	Asegurado	n.a.	Jubilación por invalidez (Art. 61)	Fondo jubilaciones y pensiones (Art. 23)
Riesgo de retiro por vejez	Asegurado	n.a.	Jubilación ordinaria (Art. 60)	Fondo jubilaciones y pensiones (Art. 23)
Riesgo muerte	Asegurado	Sobrevivientes del asegurado activo o jubilado: viuda o concubina y los hijos o padres (Art. 62)	Pensión por muerte	Fondo jubilaciones y pensiones (Art. 23)

Fuente: Instituto de Previsión Social (IPS).

Nota: El cuadro remite a los distintos artículos e incisos de la Carta Orgánica del IPS.

CUADRO 6  
Fuentes de financiamiento y aplicación de los recursos del IPS

Régimen	Base	Contribuciones (porcentajes)			Marco legal	Aplicación final de los recursos						
		Empleado	Empleador	Estado		Total	FJP	FEM	FAG	FI	Total	
<b>Régimen general</b>												
Trabajador activo	Salarios	9,0	14,0	1,5	24,5	Ley 98/92 Art. 17 inc. a) y b)	12,5	9,0	1,5	1,5	24,5	
<b>Otros regímenes</b>												
Jubilados y pensionados del IPS	Haber jubilatorio	6,0	-	-	6,0	Ley 98/92 Art. 17 inc. i)	-	6,0	-	-	6,0	
Trabajadores ANDE	Salarios	6,0	12,0	1,5	19,5	Ley 98/92 Art. 17 inc. ll) y m)	7,5	9,0	1,5	1,5	19,5	
Magisterio público	Salarios	5,5	2,5	1,5	9,5	Ley 98/92 Art. 17 inc. d) y p)	-	8,0	-	1,5	9,5	
Personal doméstico	Salarios	9,0	14,0	1,5	24,5	Ley 5407/15	12,5	9,0	1,5	1,5	24,5	
Trabajador independiente	Ingresos	13,0	-	-	13,0	Ley 4933/13	12,5	-	0,5	-	13,0	
Magisterio privado	Salarios	9,0	14,0	1,5	24,5	Ley 4370/11	12,5	9,0	1,5	1,5	24,5	
Trabajador continuidad en el seguro	Salarios	12,5	-	-	12,5	Ley 98/92 Art. 17 inc. n)	12,5	-	-	-	12,5	
Reconocimiento de servicios anteriores	Salarios	5,0	-	-	5,0	Ley 98/92 Art. 17 inc. ñ)	5,0	-	-	-	5,0	

Fuente: Instituto de Previsión Social (IPS).

<sup>a/</sup> Aporte del Estado - Art. 17° de la Ley 98/92, inciso c), establece que el aporte del Estado será del 1,5% calculado del monto de los salarios sobre los que imponen los empleadores. En la práctica se calcula sobre el total de los ingresos por contribuciones.

<sup>b/</sup> FJP (Fondo de Jubilaciones y Pensiones), FEM (Fondo de Enfermedad - Maternidad), FAG (Fondo de Administración General) y FI (Fondo de Imprevistos).

empleados, empleadores y el Estado, y la aplicación final de los recursos entre los distintos fondos del IPS. Otros dos fondos establecidos en la Carta Orgánica son el Fondo de Administración General (FAG) para sufragar los gastos de administración general y el Fondo de Imprevistos (FI) (IPS, 2013; IPS, 2013a).

Según datos del IPS, el presupuesto del organismo se ha incrementado en 25% en el período 2013-2015. Para este último año, los rubros más importantes corresponden a las prestaciones médicas y las jubilaciones con el 50,5% y 43,6%, respectivamente. En el período bajo análisis no se reportan grandes diferencias en la ejecución presupuestaria, incrementándose 3,4 puntos porcentuales en el caso de las prestaciones médicas y disminuyendo 2,9 puntos porcentuales el rubro jubilaciones. En el cuadro 7 se presenta la ejecución presupuestaria 2013-2015 por sus cuatro grandes rubros, en millones de guaraníes y en porcentaje del total.

El IPS, creado en 1943, constituye la mayor organización en la gestión de fondos de seguridad social para asalariados que trabajan en el sector privado y en zonas urbanas, administrando directamente la mayor parte del sistema de seguridad social, tanto por la variedad de los riesgos asumidos como por la población protegida. Se trata de un ente autárquico y su dirección y administración está a cargo de un Consejo de Administración, supervisado por el Estado e integrado por un presidente y cinco consejeros titulares en representación del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, los empleadores, los trabajadores asegurados y la Asociación de Pensionados y Jubilados del IPS.

El IPS brinda a sus afiliados atención médico-quirúrgica y dental, medicamentos y hospitalización, subsidio en dinero por reposo por enfermedad, provisión

CUADRO 7

Ejecución presupuestaria del IPS por programa, 2013-2015  
(en millones de guaraníes y en porcentaje del total)

Programa	2013		2014		2015	
Administrativo	211.506	5,9	215.450	5,4	252.630	5,6
Médico	1.692.236	47,2	2.179.393	54,3	2.259.317	50,5
Jubilaciones	1.670.665	46,5	1.606.403	40,0	1.952.229	43,6
Fondo parlamentario	15.000	0,4	13.500	0,3	13.500	0,3
<b>Total</b>	<b>3.589.407</b>	<b>100,0</b>	<b>4.014.746</b>	<b>100,0</b>	<b>4.477.676</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instituto de Previsión Social (IPS).

CUADRO 8  
Infraestructura médica del IPS

Área	Hospitales	Clínicas periféricas	Unidades sanitarias	Puestos de salud
<b>Capital</b>	Hospital Central			
	Boungemini	12 de Junio		
	Centro de Medicina Física y Rehabilitación	Boquerón		
	Centro Odontológico	Nanawa		
	MEDICASA			
	Centro de Psiquiatría			
<b>Área Central</b>	Hospital Luque	Ingavi	3	3
		Isla Poi		
		Yrendague		
		Campo Via		
<b>Área interior</b>				
Concepción-Alto Paraguay	Hospital Regional de Concepción		4	3
San Pedro	Hospital San Pedro		3	3
Cordillera			–	6
Guairá	Hospital Villarrica		3	3
Caaguazú	Hospital Coronel Oviedo		1	3
Caazapá			–	3
Itapúa	Hospital Encarnación		1	17
Misiones	Hospital Ayolas		2	5
Paraguarí			–	8
Alto Paraná	Hospital Ciudad del Este		2	3
Ñeembucó	Hospital Pilar		–	1
Amambay	Hospital Pedro Juan Caballero		1	1
Canindeyú			1	1
Pdte. Hayes-Boquerón	Hospital Benjamín Aceval		–	3
<b>Servicios tercerizados</b>				
Chaco-Mcal. Estigarribia	Hospital Loma Plata			
	Hospital Filadelfia			

Fuente: Instituto de Previsión Social (IPS).

de aparatos de prótesis y ortopedia. Estos subsidios cubren a las personas empleadas, incluidos los funcionarios de entidades estatales descentralizadas y empresas semipúblicas y maestros. Los trabajadores domésticos estaban cubiertos por un régimen especial hasta el 2015, pasando al régimen general desde entonces y, en consecuencia, con cobertura en salud y pensiones. En tanto que la cobertura de esta contingencia es voluntaria para los trabajadores autónomos.

En 2015 el IPS registró 510.636 trabajadores inscritos, cubriendo el 14,6% de la PEA, que alcanzó a 3.492.514 personas. Respecto de la población total, la relación se ubicó en 7,4%. La exclusión y baja cobertura se debe en gran medida a tres factores: a) la estructura del empleo tiene una alta informalidad, b) la discontinuidad de aportes al perder un empleo o al migrar de un trabajo a otro y c) la alta evasión en las cotizaciones que según estimaciones supera el 70%. No obstante, el IPS es el seguro que más cobertura brinda a sus asegurados, pero no todos tienen los mismos beneficios (Giménez, 2012).

Como se ha mencionado, el IPS cuenta con su propia red de prestadores de servicios. Geográficamente se organiza en la capital, área central (incluye las clínicas periféricas) y 14 regiones (área interior). Por tipo de unidad, el IPS se organiza en hospitales, clínicas periféricas (solo en área central), unidades sanitarias y puestos de salud (cf. cuadro 8).

#### 4. El subsector privado

Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas lucrativas se financian con las primas de seguros privados y con pagos de bolsillo, mientras que las instituciones prestadoras de servicios de salud no lucrativas se financian con donaciones y recursos propios. Las instituciones mixtas se financian con una combinación de estos dos tipos de recursos. La Cruz Roja paraguaya, por ejemplo, además de las donaciones hechas por una fundación privada, cuenta con el apoyo del MSPBS, que paga los salarios de su personal.

El sector privado con fines de lucro provee atención curativa y de rehabilitación al 7% de la población, hallándose sus hospitales y sanatorios en áreas urbanas de Asunción, central y las principales ciudades del resto del país. Las cooperativas prestan en su mayoría servicios prepagos y cuentan con dos hospitales: en el Chaco y en el departamento de San Pedro.

Este subsector tiene menor cobertura de servicios para sus asegurados que el IPS y, a la vez, comparte un menor margen de riesgos, ya que sus entidades

no cubren situaciones como enfermedades preexistentes, malformaciones congénitas, accidentes, enfermedades oncológicas, diálisis, trasplantes y algunas prestaciones de alto costo. También tienen una menor cobertura de medicamentos e insumos hospitalarios que varía según los planes del seguro. Algunas empresas aplican primas crecientes según la edad de sus asegurados, independientemente del tiempo que hayan cotizado (Giménez, 2012).

Según la información sistematizada por la Superintendencia de Salud,<sup>3</sup> la cantidad de empresas de medicina prepaga (EMP) al 31 de diciembre de 2015 ascendía a 61 (cuadro 9), distribuidas de la siguiente manera: 38 en la capital, 8 en el área central y 15 en el interior. El total de asegurados reportados por la SS a la misma fecha era de 732.918.

El cuadro 10 presenta la distribución de los asegurados de 18 empresas de medicina prepaga, equivalente al 30% de los asegurados totales reportados por la Superintendencia de Salud para final de 2015. Los 217.985 asegurados (30%) corresponden a 18 EMP; 12 sobre 38 en la capital, 1 sobre 1 en Amambay, 1 sobre 1 en Caaguazú, 1 sobre 2 en Cordillera, 1 sobre 8 en el área central y 2 sobre 4 en Alto Paraná.

De igual forma, el cuadro permite apreciar que la cantidad de asegurados por sexo no presenta grandes diferencias, 48% y 52% respecto de mujeres y hombres. El 42% de las mujeres registran edades en el tramo de 20 a 59 años y si computamos aquellas con 60 años y más, la cantidad de aseguradas alcanza el 61%. De igual modo, el 54% de los hombres adheridos a una EMP registra una edad entre 20 y 59 años y si adicionamos el tramo de 60 años y más, la relación alcanza el 65%. Otro dato importante deviene del análisis de los adherentes al sistema y su relación con los asegurados titulares. La relación total de adherentes por asegurado titular es de 3,32. El total de adherentes explica el 77% del total de asegurados y el 56% son del sexo femenino.

Si bien la Superintendencia de Salud cuenta con funciones y atribuciones para definir y establecer la información mínima que deben suministrar la totalidad de las EPSS (considerando las empresas de medicina prepaga), incluyendo la

---

3 Sobre la base de la respuesta de la Dirección de Control de Instituciones de la Superintendencia de Salud (DCI N° 031/2016, 30/08/16) a un requerimiento de la Dirección General de Seguridad Social del MTESS (DGSS N° 84/2016) en relación con la cantidad de afiliados a los seguros de salud prepago, los tipos de planes y los límites de cobertura de las empresas de medicina prepaga.

CUADRO 9  
Registro de empresas de medicina prepaga, 2015

Empresas por departamento	
Capital	I Concepción
1 Asociación Paraguaya Adventista del 7º Día <sup>a/</sup>	1 C Unicom Limitada, Concepción <sup>a/</sup>
2 Cooperativa Coomecipar Limitada <sup>a/</sup>	
3 Fundación Hospital Universitario N.S.A. <sup>a/</sup>	
4 Fondo para la Salud del Personal de las F.F.A.A. <sup>a/</sup>	<b>III Cordillera</b>
5 SA Asismed San Roque	1 SA Servicios Médicos Cordillerano, Caacupé
6 SA Canusa Group	2 SA Centro Médico Piribebuy, CEMEPiR
7 SA Crichigno Empresas Unidas	
8 SA Cruz Blanca	
9 SA El Buen Samaritano	<b>IV Guairá</b>
10 SA Gema	1 SA Samip, Villarrica
11 SA Grupo Idem, EPEM	
12 SA Grupo Medicard	
13 SA High Med Paraguay	<b>V Caaguazú</b>
14 SA Hospital Privado Samaritano	1 C Planmed, Caaguazú Limitada, Coronel Oviedo <sup>a/</sup>
15 SA Sanatorio San Lucas	
16 Instituto Mutual de la Salud, IMS <sup>a/</sup>	
17 SA Italmed	<b>VII Itapúa</b>
18 SA Mayo de Medicina Prepaga	1 C Colonias Unidas Limitada, Obligado <sup>a/</sup>
19 SA Med Ital	2 C Comadi Limitada, Encarnación <sup>a/</sup>
20 SA Medi Plan Medi Life	3 SA Sur Salud Itapúa, Obligado
21 SA Oami	4 SA Servicio Médico del Sur, Encarnación
22 SA Odontomédica, Salud Protegida	
23 SA Odontología 3 tres	<b>X Alto Paraná</b>
24 SA Promedent, Odontos	1 Cooperativa Unimed Alto Paraná Limitada; CDE <sup>a/</sup>
25 SA Prepaga Pax Primavera Salud	2 SA Samedic Medicina Prepaga, Ciudad del Este
26 SA Protección Médica, Promed	3 SA Sanatorio Internacional (SERMED), Ciudad del Este
27 SA Samaja	4 SA Sanatorio Sagrada Familia, Presidente Franco
28 SA Santa Clara - Medicina Prepaga	
29 SA San Antonio Ismste	<b>XI Central</b>
30 SA Sanatorio Americano	1 F Fundación Cardiovascular Paraguaya, Lambaré <sup>a/</sup>

(Continúa en página siguiente)

(Continuación cuadro 9)

Empresas por departamento	
31 SA Sanatorio San Benigno	2 SA Asistencia Médica Integral, AMI, San Lorenzi
32 SA Servicio Integral Médico, Sime	3 SA Grupo Guide, Luque
33 SA Servicio Médico Familiar	4 SA Premedic, Fdo. De la Mora
34 SA Servicio Médico Migone	5 SA Aldama e Hijos, Fdo. De la Mora
35 SA Vero, Asistencia Médica Internacional	6 SA Servicio Médico Integral, SEMEI, Fdo. De la Mora
36 SRL Equipo Médico de Emergencias Py, EME	7 SA Secma, San Lorenzo
37 SRL Reyva	8 Cooperativa Multiméd Ltda.; Luque <sup>a/</sup>
38 SRL SASA	
	<b>XIII Amambay</b>
	1 C Comed Amambay Limitada, PJC <sup>a/</sup>
	XV Presidente Hayes
	1 Nosa SA - Chaco Salud <sup>b/</sup>
<b>Total</b>	<b>61</b>

Fuente: Superintendencia de Salud.

<sup>a/</sup> Empresas sin fines de lucro.<sup>b/</sup> Empresas con inicio de operación dentro del ejercicio 2014.

CUADRO 10  
Cantidad de asegurados titulares y adherentes, EPSS  
(por sexo y según tramo de edad)

Edades	Total femenino			Total masculino			Total por edad general
	Titular	Adherente	General	Titular	Adherente	General	
< 1 año a 1 año	337	2.679	3.016	72	2.704	2.776	5.792
1 año a 4 años	119	7.001	7.120	150	6.627	6.777	13.897
5 años a 11 años	193	13.274	13.467	365	12.722	13.087	26.554
12 años a 19 años	842	16.382	17.224	1.329	15.743	17.072	34.296
20 años a 59 años	538	43.054	43.592	32.452	28.719	61.171	104.763
60 años y más	8.187	11.972	20.159	5.805	6.719	12.524	32.683
<b>Totales parciales</b>	10.216	94.362	104.578	40.173	73.234	113.407	217.985
<b>Total titulares</b>	<b>50.389</b>	<b>Total adherentes</b>	<b>167.596</b>	<b>Total general de beneficiarios</b>	<b>217.985</b>		

Fuente: Superintendencia de Salud.

Nota: Sobre la base de 18 EPSS (Empresa Prestadora de Servicio de Salud) analizadas, de un total de 61.

provisión de informes específicos u otros datos de interés en casos ordinarios o extraordinarios, al momento de la elaboración de este informe no fue posible acceder a datos estadísticos que permitan una mejor caracterización del sector privado.

## 5. Hacia la cobertura universal

Desde 2008 el sistema de salud paraguayo ha ido incorporando cambios y reorientando el sistema hacia la atención primaria de la salud, introduciendo ejes estratégicos basados en la creación e implementación de Unidades de Salud de la Familia (USF) en determinados territorios a cargo de equipos multidisciplinarios. Estas unidades son integradas por médicos generalistas o especialistas en medicina familiar, una enfermera, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios, así como equipos odontológicos para mejorar los determinantes y condicionantes vinculados a la calidad de vida y salud. Esta estrategia apunta a disminuir la exclusión social en salud y actúa en forma coordinada con una red integrada de servicios, con enfoque de derechos (Mancuello y Cabral de Bejarano, 2011). En efecto, el número de USF instaladas en el país se incrementó de 13 a 754 entre 2008 y 2013, respectivamente (MSPBS, 2016). Las mismas están orientadas a mejorar la salud materna infantil, siendo los servicios de salud gratuitos, y existe disponibilidad de un paquete estandarizado de medicamentos ambulatorios (PND, 2014). Cada USF ofrece servicios de atención primaria a una población entre 3.500 a 5.000 personas, ubicadas en un segmento social bajo su responsabilidad y las atenciones realizadas por las USF mostraron un nivel de cobertura del 31% y el 34% de la población total, para los años 2012 y 2013, respectivamente (Guillén, 2011; PND, 2014; MSPBS, 2015; MSPBS, 2016).

En 2014 las USF totalizaron 754 unidades, aumentando a 795 (5,5%) en 2015, logrando así la apertura de unidades adicionales en regiones declaradas de emergencia nacional. Las atenciones totales pasaron de 867.150 a 1.019.332 comparando el primer semestre del 2014 y 2015, cifra que representa un aumento del 18%. Además, la cantidad de redes y microrredes conformadas por la red integrada e integral de servicios de salud que están en las 18 regiones sanitarias pasó de 73 en 2014 a 83 en 2015. Por último, 106 USF cuentan con conectividad a internet para la promoción de la telemedicina.

Según los datos de la EPH 2015, el 1,4% de las personas que declararon haber acudido a un establecimiento de salud lo hicieron a una USF, cifra que

representa una reducción de un punto porcentual en comparación al 2014, según la misma fuente.

Estas unidades constituyen la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y hacen parte de la estrategia de atención primaria de salud (APS) que plantea un nuevo paradigma en el modelo de atención, pues parte de las necesidades y problemas de salud de las personas, de su entorno familiar y del lugar donde residen, asegurándoles atención continua a lo largo de su ciclo de vida. La APS es el eje principal que articula al Sistema Nacional de Salud compuesto por la red integrada.

En este contexto, los criterios para la implementación de la red integrada de servicios de salud se basan en el territorio, la población, los servicios de salud existentes y los determinantes sociales. Es así que las diversas instancias de la red integrada de servicios de salud se componen de:

- Atención primaria de la salud: Unidades de Salud de la Familia (USF).
- Atención especializada: Centros Ambulatorios de Especialidades (CAES).
- Atención hospitalaria: Hospitales básicos, generales y especializados.
- Servicios complementarios: Asistencia farmacéutica, vigilancia en salud, rehabilitación y apoyo diagnóstico.
- Sistema de regulación médica, comunicación y transporte (Guillén, 2011).

De manera adicional, en diciembre de 2009 se aprobó la Resolución 1.074 del MSPBS que decretó la eliminación de aranceles para todos los servicios que ofrecen los centros asistenciales del Estado. Ello fue ratificado por la Ley 5.099 “de la gratuidad de aranceles de las prestaciones de salud de los establecimientos del MSPBS” de 2013 que establece la eliminación de aranceles para los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en estas dependencias. Determina también la provisión gratuita de medicamentos incluidos en el Listado Nacional de Medicamentos Esenciales (LNME) y otros insumos que se encuentren disponibles.

Esta medida ha contribuido a mejorar el acceso a la salud, fundamentalmente en los sectores más vulnerables de la población, reduciendo significativamente el gasto de bolsillo de las familias y en coordinación con la estrategia de combate a la pobreza. Según Guillén (2011), en términos monetarios, el quintil más pobre tenía un promedio de gasto de bolsillo de 115.140 guaraníes en 2007, el que descendió en 19% en 2009. Por su parte, según Serafini (2016), el

quintil más pobre tenía un gasto de bolsillo de 10,4% de su ingreso promedio para el 2014.

Desde entonces, el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha buscado reorientarse en el marco de las “Políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad” asumidas y lideradas por el MSPBS para garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía. Dichas políticas consideran que la salud y la calidad de vida es un derecho humano fundamental y se sustentan en los principios de universalidad, equidad, integridad, interculturalidad y participación social. Desde esta perspectiva, se ha adoptado el compromiso de facilitar el acceso universal a la atención a la salud con calidad e incidir en los determinantes sociales de la salud-enfermedad, junto con otros actores y sectores del desarrollo (Guillén, 2011).

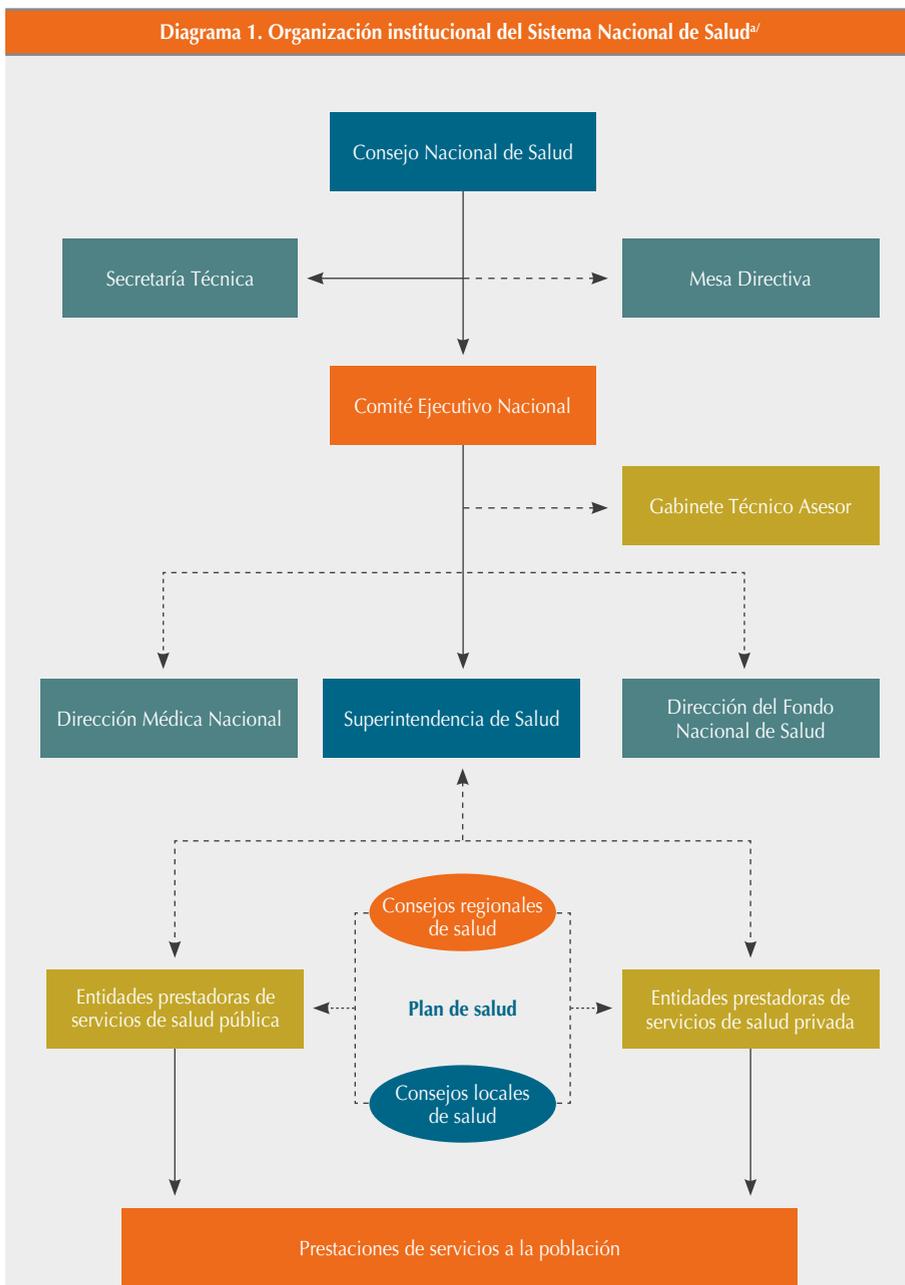
En dicho marco se ha impulsado la reorganización de los servicios de salud del SNS mediante la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS). Como se ha dicho, esta red tiene como puerta de entrada a la atención primaria de salud a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF), las que brindan servicios para atender y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población correspondiente a un territorio social asignado, así como garantizar a las personas la vinculación con la atención especializada de urgencia u hospitalaria (centros ambulatorios de especialidades, hospitales básicos, de especialidades, etc.), según el grado de complejidad que se requiera. El sistema de regulación médica, comunicación y transporte posibilita la vinculación y articulación efectiva entre todas las instancias de la red.

La función de rectoría es ejercida por el MSPBS y por órganos descentralizados. La Superintendencia de Salud es la autoridad responsable del control de las entidades proveedoras de servicios de salud del país y tiene como función principal –entre otras– la acreditación y categorización de entidades prestadoras de servicios de salud (EPSS), la fiscalización del cumplimiento de las leyes y reglamentos sanitarios, así como la referencia de normas a las que deberán ajustarse la entidades prestadoras de servicios de salud prepaga. A su vez, el MSPBS por medio de su Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DNVS) es el responsable del control de la calidad de los medicamentos en toda su cadena de producción y es el responsable de establecer su precio máximo de venta al público en conjunto con los representantes de los laboratorios del sector privado (Casalí y Velásquez, 2016).

Finalmente, en materia de coordinación del sistema, es el Consejo Nacional de Salud el encargado de la articulación entre los sectores públicos y privados, que establece la descentralización administrativa del sistema de salud y crea los Consejos Locales de Salud, tutelados por el señalado consejo, para mejorar la equidad de acceso entre las diferentes zonas geográficas. Sin embargo, y como se desprende de lo previamente señalado, pese a contar con dicho marco legal, el sistema de salud no ha logrado impedir su segmentación, de tal manera que ha persistido la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión (Casalí y Velásquez, 2016).

En lo que refiere al grado de descentralización del sistema no se observan avances significativos y una prueba de ello es que las gobernaciones y municipalidades participan apenas en el 3% del gasto público en salud. Por otra parte, las estructuras para impulsar la descentralización y la articulación del SNS no se han implementado en su totalidad, pues de las tres direcciones ejecutivas: la Superintendencia de Salud, la Dirección Médica Nacional y la Dirección del Fondo Nacional de Salud, solo se ha estructurado la primera. De este modo, no se registran avances en el diseño de normas de funcionamiento, gerencia del sistema ni en el desarrollo de una política de financiamiento sectorial y tampoco en la organización y administración del seguro médico nacional que ha debido ser creada por una ley complementaria (Giménez, 2012).

Por otra parte, existen aspectos relacionados a la red de servicios que dificultan la atención integral y de calidad. La mayor debilidad del sistema se relaciona con la falta de infraestructura, equipamiento, recursos humanos especializados en la red hospitalaria, acceso a estudios auxiliares de diagnóstico, medicamentos y medios de transporte.



Fuente: Giménez (2012).

<sup>a/</sup> Las líneas discontinuas representan aspectos no implementados o poco desarrollados.



## IV. Cobertura y acceso a los servicios de salud

### 1. Cobertura

Como fue mencionado, el SNS de Paraguay está integrado por instituciones públicas y privadas y se caracteriza por su segmentación y fragmentación, por un financiamiento que proviene principalmente de los hogares y con coberturas territoriales asimétricas. En efecto, ante una enfermedad solo quienes están asegurados por el IPS o cuentan con un seguro privado tienen derecho a prestaciones efectivas y garantizadas, mientras que las personas que dependen de la provisión de servicios por parte del MSPBS (porque no disponen de un seguro) dependen, a su vez, de la disponibilidad efectiva de sus servicios.

La asimetría de las prestaciones se presenta entre los componentes del sistema y en su interior, ya que la provisión de los servicios de salud cuando se requieran dependerá de la disponibilidad efectiva de servicios en el sector público, del régimen de seguro en el componente previsional, del tipo de enfermedad, del plan de beneficios del seguro privado y del periodo de carencia de cada seguro. Por este motivo el acceso a los servicios depende fundamentalmente de la capacidad de pago de las personas (Giménez, 2012).

En lo que refiere al subsistema de servicios dependientes del MSPBS, la oferta de servicios ha mejorado a partir de un incremento progresivo del presupuesto público asignado. Principalmente se ha invertido en más infraestructura hospitalaria, equipamiento e incorporación de más recursos humanos. Se incorporaron nuevas vacunas, se implementaron nuevos programas como el *kit* de parto, el test del piecito, el de asistencia nutricional, de trasplantes, de acceso a terapias intensivas (incluyendo la tercerización), entre otros. Entre 2008 y 2015, las Unidades de Salud de la Familia (USF) implementadas bajo la estrategia de la atención primaria en salud totalizaron 795.

Sin embargo, a pesar de los avances señalados, las brechas de cobertura y las asimetrías son aún muy importantes. En el 2015, según datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), apenas el 21% de la población total contaba con cobertura de salud del IPS, el 8,1% estaba cubierto por otro tipo de seguro de salud (mayormente privados), en tanto el 70,9% restante no informó ningún tipo de cobertura y, en consecuencia, se asume su atención en instalaciones de la red del MSPBS (cf. cuadro 11).

El análisis de la evolución entre 2008 y 2015 muestra un aumento de la población asegurada en cinco puntos porcentuales, explicado únicamente a partir del aumento en los asegurados del Instituto de Previsión Social (5,3 puntos porcentuales). Esto último debido a que la cobertura por otro tipo de seguro disminuyó 0,3 puntos porcentuales en el período bajo análisis.

Los datos también dan cuenta de diferentes dinámicas entre las zonas rurales y urbanas. En las zonas urbanas la cobertura aumentó en 6,3 puntos porcentuales en el período, explicada por una mayor participación del IPS, mientras que el seguro privado ha mermado su importancia. En tanto, en zonas rurales, aumenta la cobertura relativa del IPS y disminuye la proporcionada por otros seguros en 2,1 y 0,2 puntos porcentuales, respectivamente. No obstante lo anterior, la cobertura relativa del seguro médico es más alta en zonas urbanas, ya que duplica a la registrada en zonas rurales en el caso del IPS y supera en 4,5 veces en el caso de los otros seguros.

Al analizar la situación por departamento queda en evidencia las disparidades regionales, en particular en San Pedro, Caaguazú, Itapúa y Alto Paraná, respecto de Asunción y el Departamento Central (cf. gráfico 11).

Tomando los registros administrativos del IPS se observa que el total de cotizantes al seguro de salud se incrementó en 39% entre 2010 y 2016. El cuadro 12 muestra la evolución del total de cotizantes por tipo de régimen, destacándose el régimen general, el magisterio oficial y los jubilados y pensionados del IPS, que en total representan el 95% del total de cotizantes del sistema. Según información de la Dirección de Aporte Obrero Patronal (AOP) del IPS, los beneficiarios totales del seguro de salud de IPS ascendieron a 1.306.181 personas (afiliados) en 2015, un nivel de cobertura de casi 19% respecto de la población total y dos puntos por debajo de lo reportado por la Encuesta Permanente de Hogares para 2015 (cf. cuadro 11).

CUADRO 11  
Cobertura de salud según tipo de seguro y zonas geográficas, 2008-2015  
(en cantidad y porcentaje del total de la población)

Años	Zonas	Población total <sup>a/</sup> (número de personas)	Cobertura del seguro médico		
			IPS	Otro tipo <sup>b/</sup>	No tiene
2008	Total	6.163.913	15,7	8,4	75,9
	– Urbano	3.611.049	20,8	12,4	66,8
	– Rural	2.552.864	8,6	2,8	88,6
2009	Total	6.273.103	15,4	8,3	76,3
	– Urbano	3.689.006	21,2	12,1	66,7
	– Rural	2.584.097	7,2	3,3	89,5
2010	Total	6.381.940	16,4	7,0	76,6
	– Urbano	3.766.978	23,7	10,3	66,0
	– Rural	2.614.962	5,9	2,2	91,9
2011	Total	6.491.714	17,8	7,7	74,5
	– Urbano	3.848.750	24,6	11,2	64,2
	– Rural	2.642.964	8,0	2,7	89,3
2012	Total	6.600.284	19,0	7,6	73,4
	– Urbano	3.929.499	26,0	11,6	62,4
	– Rural	2.670.785	8,7	1,7	89,6
2013	Total	6.709.730	20,1	9,0	70,9
	– Urbano	4.010.858	26,8	12,8	60,4
	– Rural	2.698.872	10,1	3,5	86,4
2014	Total	6.818.180	20,3	8,9	70,8
	– Urbano	4.091.361	25,4	11,6	63,0
	– Rural	2.726.819	12,6	4,9	82,5
2015	Total	6.926.100	21,0	8,1	70,9
	– Urbano	4.170.209	27,9	11,6	60,5
	– Rural	2.755.891	10,7	2,6	86,7

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares, DGEEC (varios años).

<sup>a/</sup> No incluye los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay.

<sup>b/</sup> Incluye seguro individual, laboral, familiar, sanidad militar, policial y seguro local.

CUADRO 12  
Cotizantes al seguro de salud del IPS, 2010-2016

Régimen	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Régimen general	346.214	400.569	436.136	466.213	504.092	551.670	556.047
Magisterio oficial	89.248	87.377	89.017	91.162	91.272	93.634	93.634
Ministerio público	3.852	3.386	3.302	3.228	3.168	3.034	2.960
Jubilados y pensionados de IPS	33.510	37.981	40.001	42.287	45.488	45.519	48.218
Cotizante público <sup>a/</sup>	-	-	1.070	1.034	1.210	1.291	1.195
Excombatientes y viudas <sup>b/</sup>	13.785	13.774	13.720	13.344	14.189	14.076	13.855
Jubilados MEC	15.665	16.194	17.093	17.736	18.428	19.414	20.341
Magisterio privado <sup>c/</sup>	15.395	15.630	-	-	-	-	-
Domésticos <sup>d/</sup>	12.891	16.027	19.524	24.412	27.346	-	-
<b>Total</b>	<b>530.560</b>	<b>590.938</b>	<b>619.863</b>	<b>659.416</b>	<b>705.193</b>	<b>728.638</b>	<b>736.250</b>

Fuente: Dirección de Aporte Obrero Patronal (AOP) del IPS.

<sup>a/</sup> Cotizante público son los trabajadores del sector público que aportan al IPS y cuya base imponible es inferior al SML.

<sup>b/</sup> Excombatientes y viudas se encuentran afiliados al Seguro de Salud pero no realizan aportes ni contribuciones.

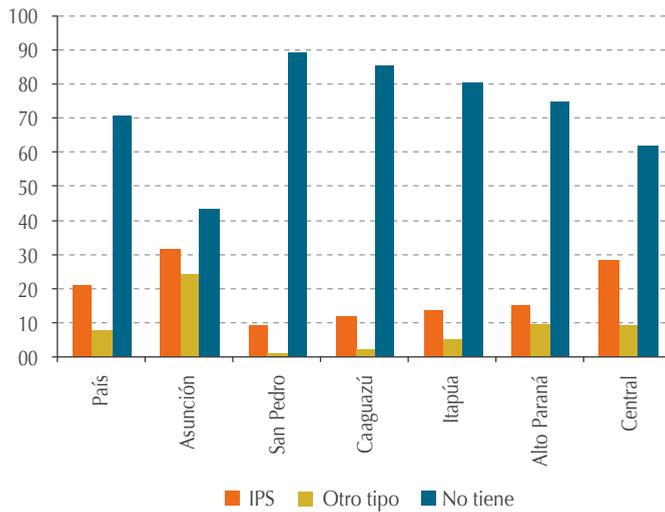
<sup>c/</sup> Magisterio privado era un régimen especial hasta septiembre del 2011, año en que pasaron a formar parte del régimen general.

<sup>d/</sup> Domésticos era un régimen especial hasta 2015, año en que pasaron a formar parte del régimen general.

Los gráficos 12 y 13 presentan la evolución de los cotizantes totales del IPS, por tipo de régimen y el nivel de cobertura respecto de la población económicamente activa (PEA). El incremento del 39% en la cantidad de cotizantes total al IPS resultó también en un incremento de 3,2 y 3,9 puntos porcentuales con relación a la PEA y la población ocupada (PO), respectivamente.

En suma, si bien ha habido avances respecto de la cobertura de seguros de salud todavía subsisten importantes brechas y desigualdades. El porcentaje de población con cobertura es bajo, uno de los más bajos de la región, con divergencias importantes entre la población con acceso a la seguridad social y entre los sectores urbano y rural y con grandes disparidades entre regiones.

GRÁFICO 11  
Cobertura de seguros de salud por departamentos, 2015  
(en porcentaje del total de las poblaciones respectivas)



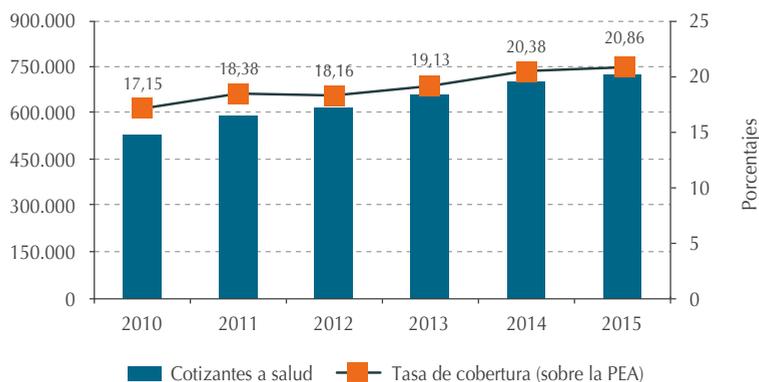
Fuente: Encuesta Permanente de Hogares, DGEEC (2015).

GRÁFICO 12  
Cotizantes totales al IPS, 2010-2016



Fuente: Dirección de Aporte Obrero Patronal (AOP) del IPS y DGEEC.

GRÁFICO 13  
Cotizantes IPS, 2010-2015  
(en miles de personas y porcentaje, régimen general)



Fuente: Dirección de Aporte Obrero Patronal (AOP) del IPS.

## 2. Uso de los servicios de salud

La fragmentación y funcionamiento descoordinados del sector favorecen las deficiencias en la calidad y acceso a los servicios de salud (OPS, 2012). No obstante, debe notarse que con la puesta en marcha de la política pública para la calidad de vida y salud con equidad, la implementación de la gratuidad en el servicio público para el acceso a los servicios de salud, la estrategia de atención primaria de salud y la situación sanitaria ha ido cambiando significativamente y de manera progresiva, al permitir el acceso a la salud a sectores de la población históricamente excluidos e invisibles como el indígena y el campesino, geográficamente más inaccesibles. Con estas iniciativas se logró desmontar dos de las principales barreras de acceso a la salud, la económica y la geográfica. Sin embargo, a pesar de los avances todavía subsisten sectores de la población excluidos como indígenas y pobladores de zonas urbanas marginales (Guillén, 2011).

De acuerdo con la información disponible, en 2015 el 18,6% de la población que se encontraba enferma no acudió a un centro médico. Esta proporción ha venido disminuyendo en el tiempo, ya que esta registraba el 43,5% en 2003 y 2004, el 35,1% en 2005 y el 26,2% en 2013. Las razones de no consulta

de la población se mantienen con algunas diferencias, siendo la principal la automedicación (Casalí y Velásquez, 2016).

Respecto de las personas que no acceden a los servicios de salud por razones geográficas (el que se asimila al porcentaje de personas que estando enferma o accidentada, con dolencias no leves, no hicieron consulta alguna por no existir un lugar de consulta cercano, según la Encuesta Permanente de Hogares de la DGEEC) se ha reducido considerablemente en 2015 representando poco menos del 1% de la población enferma (cf. cuadro 13). Finalmente, al considerar la exclusión por razones económicas, se observa una significativa caída a partir de 2009, lo que refleja el impacto de las políticas de gratuidad de las prestaciones médicas impulsada por el MSPBS en reducir esta barrera de acceso a los servicios de salud (Casalí y Velásquez, 2016), alcanzando su mínimo en 2015 con una tasa de 1,9%.

Una de las principales barreras para la población excluida, además de la geográfica y de la económica, es la cultural, ya que el enfoque intercultural y de derechos humanos todavía no ha sido suficientemente incorporado por los trabajadores de salud en general y, sobre todo, en la atención hospitalaria (Guillén, 2011). La falta de acceso a servicios básicos y las importantes desigualdades que se mantienen según el área de residencia de las personas, limitan el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad. Esto tiene un considerable costo social, ya que además de aumentar el gasto de la población

CUADRO 13

Exclusión en salud según accesibilidad, 1997-2015  
(estimación de la población excluida en porcentaje de la población enferma)

Indicadores de accesibilidad	1997/98	1999	2000/01	2003	2004	2005	2007	2009	2010	2013	2015
Población con dolencias no leves que no consulta por razones económicas	15	15,2	33,2	19,5	18,2	20	15,8	8,8	2,7	2,2	1,9
Población con dolencias no leves que no consulta por razones geográficas	4,1	2,8	6,9	3,4	2,6	1,8	2,3	3,5	3,5	3,5	0,7
Población con dolencias no leves que no consulta por automedicación							61	58,9	69,9	62,4	79,5

Fuente: Elaboración propia según MSPBS - DGEEC - OPS/OMS / (2007) y DGEEC (varios años).

más vulnerable, limita la capacidad de ingresos que pueden generar las personas, afectando así la productividad total del país.

### 3. Disparidades territoriales

La cuestión territorial resulta una variable importante en el análisis del sector salud en Paraguay. El acceso efectivo a una cobertura universal remite sin dudas a la ausencia de barreras de acceso a la salud con independencia de la localización geográfica de las personas. No obstante, como se ha mencionado previamente, las condiciones de salud de la población sobrepasan el ámbito exclusivo de la atención sanitaria, existiendo determinantes multicausales de la salud de la población. La disponibilidad y el acceso a servicios básicos adecuados, como agua, desagüe y electricidad se encuentran asociados con mejores condiciones de supervivencia de la población. Diversos estudios dan cuenta de que el acceso a estos servicios constituye un factor explicativo importante acerca del estado de salud de la población, de modo que son elementos a considerar al diseñar políticas orientadas al sector y evaluar su incidencia respecto de la equidad.

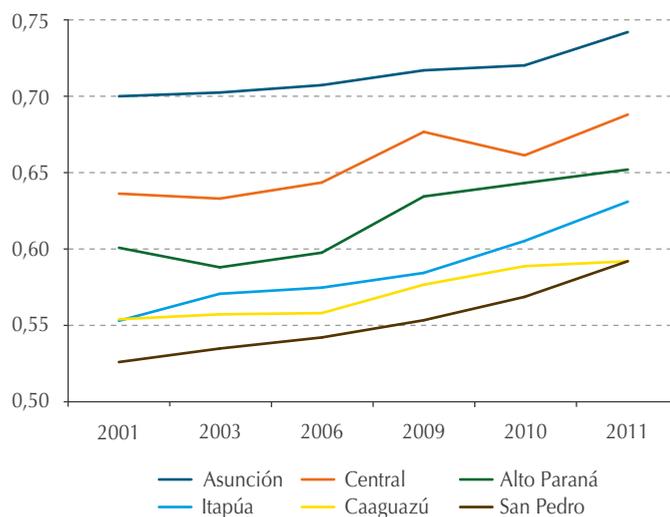
Como se ha visto en este documento, la concentración de los servicios de salud en los departamentos Central y Asunción plantea una limitación importante para la universalización de la salud. Existe una restricción por el lado de la oferta de los servicios. Se trata también de los departamentos que registran un mayor Índice de Desarrollo Humano (IDH), según los datos publicados por el PNUD (2013) (cf. gráfico 14).

De manera análoga, estimaciones disponibles de pobreza multidimensional (para 2008) dan cuenta de una mayor incidencia de este fenómeno en áreas rurales donde uno de cada dos individuos es pobre multidimensional (55,1%), en contraste con la situación en Asunción y central urbano donde apenas 1 de cada 10 personas presenta esa condición (Gómez, 2009).

Los datos disponibles a nivel departamental muestran una elevada concentración de la población en Asunción. Ello también se vincula con una mayor tasa de mortalidad debido a enfermedades transmisibles (gráfico 15). Por su parte, las tasas de mortalidad infantil y materna muestran los mayores registros en los departamentos del norte del país, Alto Paraguay y Boquerón.

En suma, es posible identificar la existencia de importantes diferencias en los distintos departamentos que conforman el país y, sin duda, la brecha es mayor

GRÁFICO 14  
Evolución IDH por departamento, 2001-2011

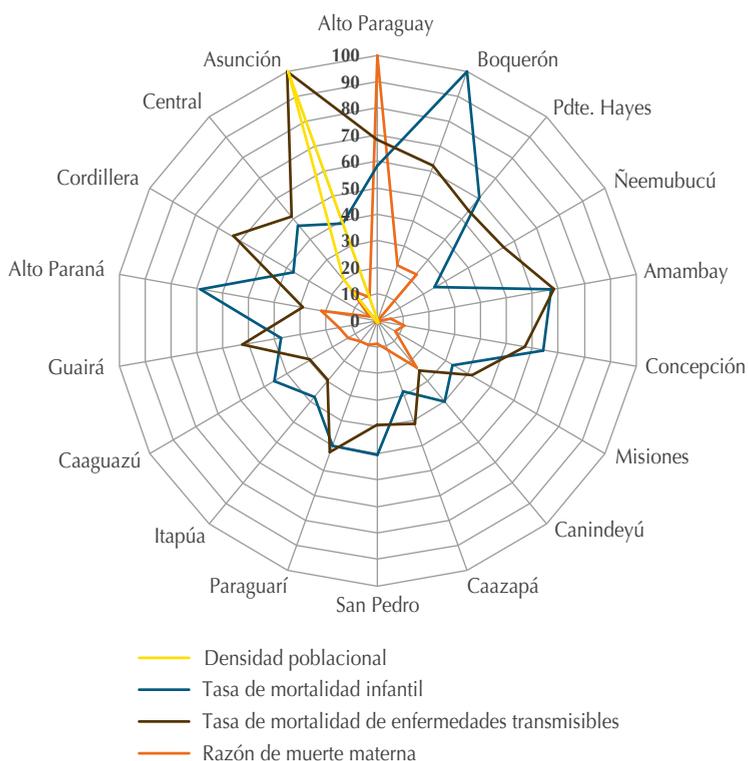


Fuente: Elaboración propia con base en datos del PNUD (2013).

entre municipios, aunque no se cuenta con datos suficientes para ilustrarlo (Rodríguez y Villalba, 2016). Con el fin de ilustrar este aspecto se elaboró el gráfico 16, donde se presentan indicadores de salud (tasa de mortalidad infantil y mortalidad por enfermedades transmisibles), demográficos (tasa de dependencia de menores de 15 años y mayores de 60 años) y oferta de servicios de salud (cantidad de camas del MSPBS y del IPS cada 1.000 habitantes). Según se desprende del gráfico, es posible agrupar los departamentos de Paraguay en cinco conjuntos diferenciados.

De acuerdo con lo observado en el gráfico, se establece que la mayor cantidad de jurisdicciones se ubican en los grupos IV y V, cercanos a la situación promedio del país. Se diferencian los departamentos que presentan una tasa de mortalidad infantil por encima del total país (Grupo IV) y aquellos que muestran un registro por debajo de la misma (Grupo V). En el grupo IV se encuentran los departamentos de Alto Paraná, Amambay, Concepción, Paraguarí, Presidente Hayes, San Pedro, mientras que en el Grupo V se ubican Caaguazú, Caazapá, Canindeyú, Central, Cordillera, Guairá, Itapúa, Misiones, Ñeembucú.

GRÁFICO 15  
 Disparidades departamentales, 2013  
 (base = 100 para el valor máximo de cada dimensión)

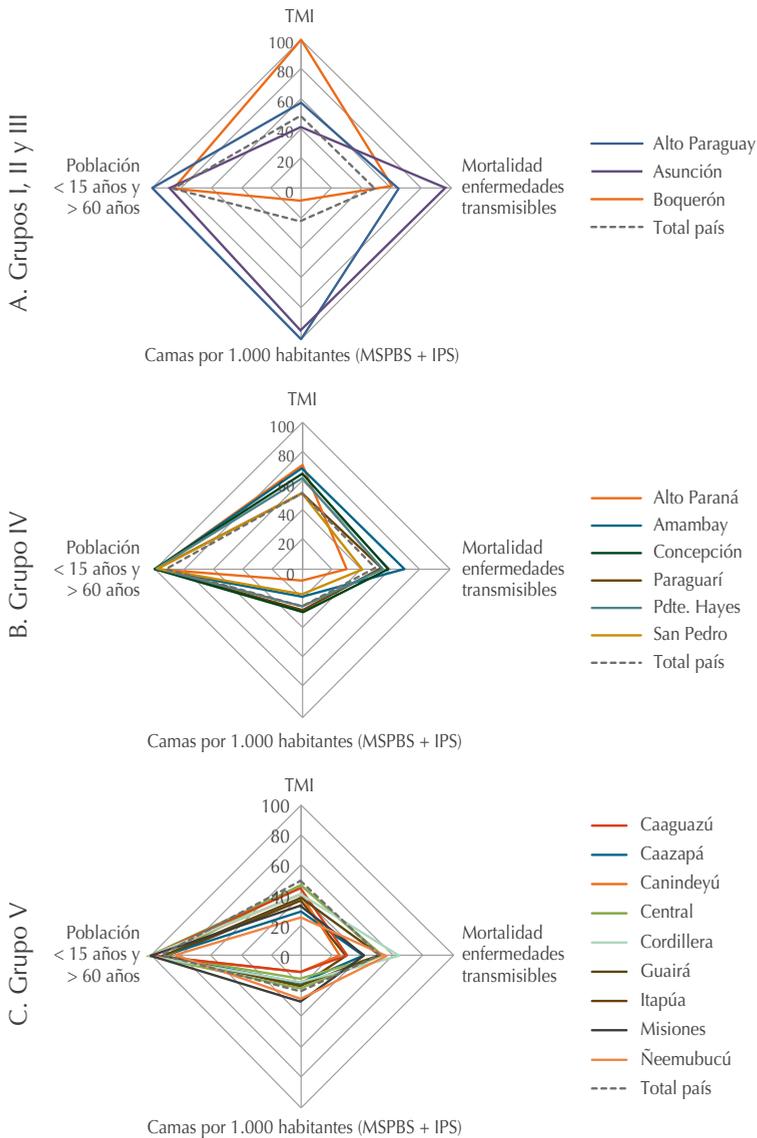


Fuente: Elaboración propia basado en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS, 2015).

Los otros tres grupos son unidepartamentales. Asunción (Grupo III) se destaca por mostrar mejores indicadores para todas las variables analizadas, con excepción de la mortalidad por enfermedades transmisibles, que pareciera estar más vinculada con cuestiones climáticas y con una mayor densidad poblacional.<sup>4</sup> Por su parte, en Alto Paraguay (Grupo I) se dan las mayores tasas de dependencia poblacional y cantidad de camas por habitante. Por

4 El alto porcentaje de mortalidad por enfermedades transmisibles puede corresponder a la ausencia de causas externas en la información relevada para este departamento.

**GRÁFICO 16**  
**Disparidades departamentales, 2013**  
*(base = 100 para el valor máximo de cada dimensión)*



Fuente: Elaboración propia basado en datos del MSPBS e IPS.

último, Boquerón (Grupo II) sobresale por una mayor tasa de mortalidad infantil, mayor mortalidad por enfermedades transmisibles y menores camas cada 1.000 habitantes.

En síntesis, más allá de la escasa disponibilidad de información con desagregación a nivel departamental, queda en evidencia las importantes disparidades existentes a nivel territorial. Ello plantea una limitación al desarrollo de políticas que busquen universalizar el acceso a la salud, garantizando igual cobertura con independencia de la ubicación geográfica de las personas, toda vez que deberán tomar en consideración las diferencias de infraestructura, recursos humanos e incluso las diferentes prioridades de política sanitaria en cada localización. Resulta relevante en este contexto repensar y revalorizar el rol del gobierno nacional como compensador de asimetrías, tanto en términos de recursos financieros como en las capacidades de infraestructura en las diversas regiones del país.

## V. Gasto y financiamiento del sistema de salud

De acuerdo con datos presentados en el cuadro 1, Paraguay había alcanzado un gasto en salud que, medido como porcentaje del PIB, era sumamente elevado y alcanzaba al 9,8%, un valor cercano a muchos países europeos y superior al de muchos países de la región. Lamentablemente el bajo nivel de desarrollo de la economía paraguaya determina que ese nivel, que muestra un esfuerzo importante de la sociedad para destinar una parte sustancial de sus ingresos al gasto en salud, resulte insuficiente; y medido como dólares por habitante resulte muy inferior al resto de países del Cono Sur. Se debe tener en cuenta que el PIB per cápita en Paraguay es entre 3 y 4 veces menor que el de Argentina, Brasil y Uruguay.

En el mismo cuadro también se destaca que la principal diferencia con los países vecinos se encontraba en el elevado gasto privado. El gasto público y en seguridad social se ubica cerca de 4,5% del PIB, un nivel superior a países como Argentina, Brasil y Chile, pero considerablemente más bajo que en Uruguay. En estos últimos países los sistemas públicos y la seguridad social presentan un desarrollo mucho más temprano o sostenido.

A partir de los datos del Informe de Cuenta de Salud 2012-2013 pueden distinguirse las fuentes de financiamiento que permiten reunir los recursos para financiar el gasto en salud. Según muestra el cuadro 14, la principal fuente de financiamiento del sistema de salud corresponde a la categoría "otros ingresos n.e.p", que representaba el 38,1% del total en 2012 (3,2 billones de guaraníes) y 32,9% del total en 2013 (con 2,9 billones de guaraníes).

En segundo lugar se ubica el financiamiento proveniente de transferencias de fondos públicos, absorbiendo el 32,9% del total del gasto en 2013, mientras que las cotizaciones al seguro social representan apenas el 17,7% del total

CUADRO 14  
Fuentes de financiamiento de la salud, 2012-2013

	2012		2013	
	Millones de guaraníes	Porcentajes	Millones de guaraníes	Porcentajes
Transferencias fondos públicos internos	2.881.239	34,6	2.882.411	32,9
Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno	22.256	0,3	16.936	0,2
Cotizaciones al seguro social	1.594.860	19,2	1.550.840	17,7
Pagos anticipados voluntarios	644.402	7,7	828.328	9,5
Otros ingresos n.e.p	3.170.638	38,1	3.471.040	39,6
Ingresos directos del extranjero	11.585	0,1	13.053	0,1
<b>Total</b>	<b>8.324.980</b>	<b>100,0</b>	<b>8.762.608</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud (CICS).

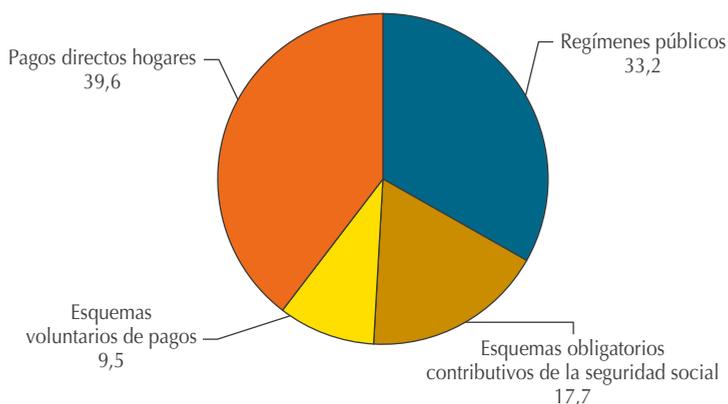
del financiamiento en ese mismo año. Finalmente, se destaca que los pagos anticipados voluntarios muestran una participación del 9,5% sobre el total.<sup>5</sup>

En cuanto a los esquemas de financiamiento de la salud, el mismo informe da cuenta de la relevancia de los pagos directos de hogares que participan con 39,6% del gasto total en 2013 y corresponde mayormente a gastos que realizan los hogares sin ninguna cobertura. El régimen público registra una participación levemente inferior, de 33,2%, en tanto que los esquemas obligatorios contributivos participan con 17,7% del total de gasto en salud (gráfico 17).

Con relación al destino de los gastos de salud, el detalle según objeto del gasto o factores de provisión de las cuentas de salud muestra la relevancia del gasto en materiales y servicios, que participa con el 48,7% del gasto total en 2013. Al interior de este componente la mayor parte corresponde a productos de atención a la salud, que engloba el gasto en productos farmacéuticos.

5 Existe desde 1974 una asignación específica al Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA). Se trata de los recursos provenientes de una contribución patronal del 0,5% establecida por la Ley 432 de aquel año. En años posteriores se fueron incorporando otros destinos adicionales al combate del Paludismo (Departamento de Evaluación del Gasto Público, 2012).

GRÁFICO 17  
Componentes del financiamiento de la salud, 2013  
(en porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud.

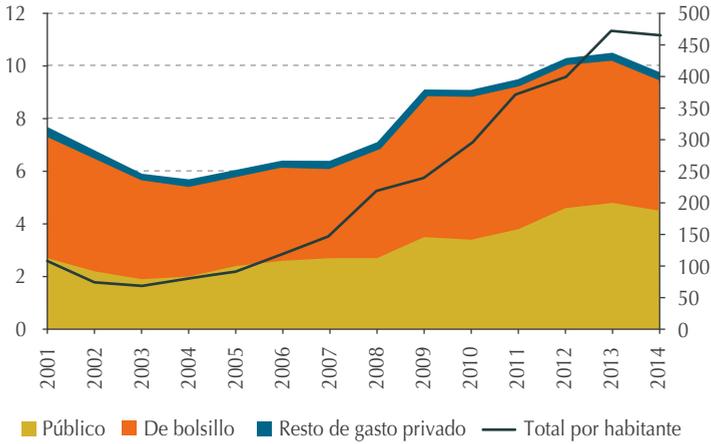
El segundo componente de costos corresponde a remuneraciones de los asalariados (41,6%).

El nivel de erogaciones en salud alcanzado surge de una trayectoria ascendente muy marcada en los últimos años. Al coincidir el aumento del gasto como porcentaje del producto con un importante crecimiento de la economía, el gasto total medido en dólares corrientes mostró una evolución espectacularmente ascendente. El nivel alcanzado en el 2013 fue casi 6,7 veces al de diez años antes.

En términos per cápita, si bien se observa un significativo aumento en la serie desde 2001, donde se ubicaba por encima de los US\$ 100, alcanzando en 2014 un valor cercano a los US\$ 465 (gráfico 18), el monto aún sigue siendo bajo, sobre todo en términos comparativos con otros países del Cono Sur de América Latina.

Ciertamente el crecimiento de la economía permitió el financiamiento de un mayor gasto en salud. En el caso del sector público, el gasto en salud representa menos de la cuarta parte del gasto social, ya que las funciones “seguridad social y previsión” y “educación” siguen teniendo la prioridad en la asignación presupuestaria. Sin embargo, la asignación del presupuesto público al sector

GRÁFICO 18  
Evolución del gasto en salud, 2001-2014  
(como porcentaje del PIB y total por habitante en dólares corrientes)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de *Global Health Expenditure Database* de la OMS.

salud muestra importantes cambios en los últimos años. Como se desprende del cuadro 15, en términos corrientes registra una tendencia creciente, alcanzando 4.812 mil millones de guaraníes en 2015. Ello también se ve acompañado de una ejecución creciente del presupuesto. No obstante lo anterior, en relación con el gasto social, la asignación al sector salud muestra una menor participación, pasando del 23,3% en 2012 al 21,9% en 2015. En atención a que el presupuesto

CUADRO 15  
Ejecución del presupuesto en salud, 2012-2015  
(en miles de millones de guaraníes)

	2012	2013	2014	2015
Presupuesto vigente	3.808,0	4.041,0	4.464,0	4.812,0
Ejecutado	2.933,0	2.847,0	3.448,0	3.713,0
Porcentaje ejecutado/vigente	77,0	70,4	77,2	77,1
Porcentaje del gasto social	23,3	21,8	22,8	21,9

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministerio de Hacienda.

sufre modificaciones durante el año, el análisis considera el presupuesto de cierre para cada año.

Al interior del gasto público en salud, la subfunción más relevante es la atención médica que absorbe poco más del 50% del total de erogaciones del sector, siendo la actividad principal la correspondiente a la atención primaria de la salud que se implementa en las regiones sanitarias de los distintos departamentos (Ramírez, 2015). A partir del 2015 se realizaron modificaciones a la estructura del gasto público en salud con un considerable aumento del componente salud sin discriminar, pasando su participación del 33,1% al 45,1% para el 2014 y 2015, respectivamente (cf. cuadro 16).

Los mayores recursos públicos asignados al sector dan cuenta de una mayor participación del MSPBS en el gasto público y en el gasto total en salud, alcanzando en 2013 proporciones de 64% y 15,9%, respectivamente (*versus* 52,4% y 15,9% en 2000). Contrariamente, el gasto del IPS ha tenido un crecimiento menor y, por tanto, su participación disminuyó pasando de 52,4% del gasto público y 20,9% del gasto total en salud en 2000 a 34,7% y 13,4% en el 2013 (Gaete, 2015).

En lo que refiere al Ministerio de Salud Pública, entre 2003 y 2014 el presupuesto se septuplicó, pasando de 462 mil millones a 3,4 billones de guaraníes. Para 2015 el presupuesto asignado alcanzó a 4,4 billones de guaraníes y la ejecución fue de 3,7 billones de guaraníes. En consecuencia, se observa una mayor participación del MSPBS en el gasto público y en el gasto en salud.

El presupuesto del MSPBS para el 2016 estipuló alcanzar los siguientes resultados: 3.410.289 beneficiarios con la atención primaria en salud, 2.577.706 beneficiarios con APS medicina familiar, 650.944 beneficiarios atendidos en emergencias médicas, 100.000 beneficiarios a ser asistidos

CUADRO 16  
Gasto público en salud según programa, 2014 y 2015  
(porcentaje del total)

Gasto público en salud	2014	2015
Atención médica	64,7	50,3
Saneamiento ambiental	1,3	4,6
Promoción y asistencia	0,9	0,0
Salud sin discriminar	33,1	45,1

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministerio de Hacienda.

alimentaria y nutricionalmente, 6.043.468 dosis de vacunas para el control y prevención de enfermedades inmunoprevenibles, 237 sistemas de agua potable construidos, 21.600 disposiciones individuales sanitarias construidas, 531 eventos vinculados a la provisión de *kits* de parto e insumos de salud sexual y reproductiva, 18 regiones sanitarias, 15 programas de salud, 32 servicios hospitalarios especializados o del área metropolitana y 3 otros servicios de asistencia sanitaria (medicamentos, insumos, reactivos, gases medicinales, instrumentales y equipos médicos) (Ministerio de Hacienda, 2016).

El incremento del gasto público se vincula, en parte, con la eliminación progresiva de los aranceles cobrados por la prestación de servicios por parte del MSPBS. Esta política se desarrolló a lo largo de la década pasada hasta ser completada en el 2008. De manera específica se dispusieron las siguientes medidas (Giménez, 2012):

- Se declaró la gratuidad para la realización de colposcopia, biopsia de cuello uterino, Papanicolau, ligadura de trompas y provisión de DIU (2001).
- Se eliminaron los aranceles para atención a embarazadas y consultas de niños de menores de cinco años (2003).
- Se extendió esta medida alcanzando a niños menores de diez años incluida su internación (2005).
- Ese mismo año se dispuso la provisión gratuita de insumos básicos para el parto conocido como *kit* de parto.
- También en el mismo año se estableció la gratuidad para la realización de diagnóstico de tuberculosis.
- Durante el 2008 se estableció la eliminación de todos los aranceles remanentes para el uso de servicios como una política para eliminar las barreras arancelarias de acceso.

En 2013 estas medidas fueron ratificadas por ley, eliminando los aranceles por prestación de servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. A ello se añaden las políticas de expansión de la cobertura por medio de la instalación de Unidades de Salud de la Familia (USF) (Gaete, 2015).

Adicionalmente, debe notarse la prioridad asignada al rubro medicamentos e insumos médicos en la asignación de los recursos del MSPBS. En 2015 el gasto por este concepto ascendió a Gs. 645 mil millones (MSPBS, 2015a).

Contrario a lo esperado, en un contexto de creciente participación del gasto público en el gasto total en salud, el gasto privado también da cuenta de un crecimiento importante, pasando de Gs 1.391 billones en 2000 a Gs 7.144 billones en 2013 (en gran medida debido al acogimiento de los funcionarios del sector público a un seguro privado que paga el gobierno).

La eliminación de aranceles y la normativa que garantiza derechos son parte necesaria de las reformas dirigidas a asegurar el acceso de servicios para la totalidad de la población, en especial la de menores recursos, pero distan mucho de ser suficientes. El gasto en salud está dominado por el privado (5,3% del PIB) y la casi totalidad de este gasto es de bolsillo. El gasto en seguros privados es muy poco significativo.

En efecto, en 2013 el gasto de bolsillo alcanzó a 91,4% del gasto privado y sitúa al país entre los más altos de la región. Este está constituido principalmente por medicamentos (43%), seguido por estudios diagnósticos y hospitalización, que representan el 18% y 15%, respectivamente (Casalí y Velásquez, 2016). Este tipo de gasto impacta en mayor medida en los hogares de menores ingresos. En efecto, según datos de la EPH del 2014, en promedio, para el quintil de menores ingresos los gastos de bolsillo tendrían un impacto del 25,7% de sus ingresos, mientras que para el quintil de mayores ingresos el gasto de bolsillo representó el 9,3% de sus ingresos. Esta situación revela la importancia de la protección financiera para cubrir los gastos en salud, especialmente para la población de menores ingresos y se constituye así en una meta explícita de las políticas de salud. El cuadro 17 detalla el gasto de bolsillo por quintil.

El gráfico 19 muestra la distribución del gasto de bolsillo para el 2014, destacándose el rubro medicamentos con el 43% y seguido por los conceptos diagnósticos y hospital con el 18% y 15%, respectivamente. La OMS (2010) señala que para evitar el efecto de la pobreza, por el efecto catastrófico derivado

CUADRO 17

Gasto de bolsillo en relación con el ingreso per cápita mensual, últimos 90 días  
(promedio por quintil de ingreso, en porcentajes)

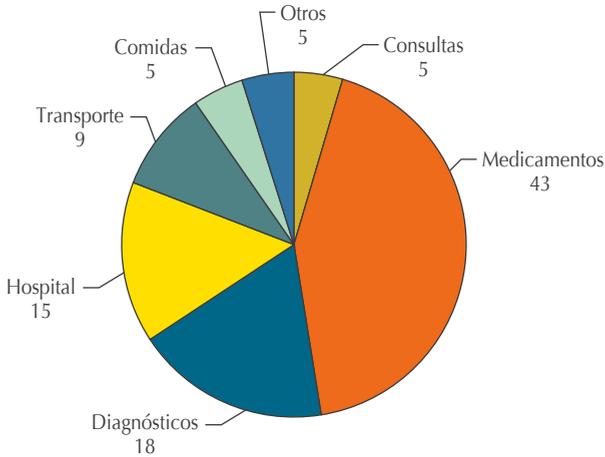
Año	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Total
2013	24,2	11,4	8,8	8,5	6,9	8,3
2014	25,7	17,5	10,1	10,6	7,1	9,3

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la EPH 2013-2014.

de los gastos por enfermedad, el gasto de bolsillo debería reducirse en torno al 20%, el que se sugiere como un parámetro a alcanzar. Precisamente, este ha sido el objetivo en la eliminación progresiva de los aranceles antes señalado. Sin embargo, pese al descenso observado en 2009, el gasto de bolsillo ha seguido aumentando, pues también se requiere garantizar la provisión de los servicios en el momento en que son requeridos.

GRÁFICO 19  
Composición del gasto de bolsillo, 2014  
(en porcentajes)

---



---

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EPH 2014, DGEEC.

## VI. Reformas en el sistema de salud: desafíos y margen de maniobra

A partir de lo desarrollado en este informe surge claramente que los desafíos que debe enfrentar el país para alcanzar el acceso y cobertura de salud son muchos y complejos. Siguiendo las líneas estratégicas adoptadas por los países miembros de la OPS, ya mencionadas, deberá trabajarse en cuatro áreas fundamentales:

- Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrado en las personas y las comunidades.
- Fortalecer la rectoría y gobernanza.
- Aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.
- Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Las posibilidades de avance efectivo dependerán del margen de acción para realizar importantes reformas considerando aspectos institucionales, el entorno macroeconómico con especial referencia al espacio fiscal, y teniendo en cuenta la propia organización del sistema de salud y el mercado de trabajo.

### 1. El mandato de la OIT en materia de seguridad social<sup>6</sup>

La seguridad social ha sido reconocida como un derecho humano por la comunidad mundial tanto en la Declaración Universal de Derechos Humanos

---

6 Basado en Bertranou, Casalí, Casanova y Cetrángolo (2013) y Casalí y Velásquez (2016).

(1944) como en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976), además de haber sido consagrado como un derecho en otros instrumentos jurídicos regionales e internacionales. La OIT asumió el compromiso de incorporar el derecho a la seguridad social en su marco normativo internacional. Así, en la Declaración de Filadelfia (1944) se reconoce explícitamente la obligación de la OIT para fomentar, entre todas las naciones del mundo, programas que permiten extender la seguridad social con el propósito de garantizar ingresos suficientes a quienes los necesiten y otras acciones de seguridad y protección social (OIT, 2011).

La Conferencia Internacional del Trabajo (CIT) de 2001 concedió máxima prioridad a las políticas e iniciativas que pudieran extender la cobertura de seguridad social a todas aquellas personas que no están cubiertas por los sistemas vigentes (OIT, 2001). El nuevo consenso sobre seguridad social alcanzado en esta reunión internacional constituyó un punto de inflexión con relación al trabajo de la OIT en esta materia y motivó la puesta en marcha en 2003 de la campaña mundial de seguridad social y cobertura para todos. Posteriormente, la Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa reiteró el compromiso tripartito para extender la cobertura de seguridad social en el marco del Programa de Trabajo Decente (PTD).

Dicha Declaración (OIT, 2008) menciona el reconocimiento de la comunidad internacional respecto del trabajo decente como una respuesta eficaz a los desafíos de la globalización y subraya la necesidad de promover el empleo creando un entorno institucional y económico sostenible, adoptar y ampliar medidas de protección social que sean sostenibles, promover el diálogo social y el tripartismo, y finalmente respetar, promover y aplicar los principios y derechos fundamentales en el trabajo, no solo como derechos sino también como condiciones propicias para la plena realización de todos los objetivos estratégicos. Estos cuatro objetivos estratégicos de la OIT, en los que se plasma el Programa de Trabajo Decente, constituyen la base para la aplicación práctica del mandato de la OIT, principalmente mediante las normas internacionales del trabajo, y para situar el empleo pleno y productivo y el trabajo decente como elemento central de las políticas económicas y sociales.

A la luz de este instrumento sobre la justicia social para una globalización equitativa, la CIT de 2011 acogió una discusión con relación a la protección social cuyas principales conclusiones refirieron a las políticas e instituciones

(contexto), la función y necesidad de la seguridad social, las estrategias de extensión de la seguridad social, el objetivo de garantizar la viabilidad financiera y la financiación de la seguridad social, la gobernanza de la seguridad social, la función de las normas de la OIT y el papel de los gobiernos y de los interlocutores sociales. Además, el párrafo 31 de sus conclusiones expresa la necesidad de avanzar en una nueva recomendación que complemente las normas existentes y ofrezca a los países pautas de orientación flexibles para el establecimiento de pisos nacionales de protección social dentro de los sistemas de seguridad social, adaptados a las circunstancias y niveles de desarrollo de cada país (OIT, 2011).

La Recomendación núm. 202 (R202) fue finalmente adoptada en la 101ª Reunión de la CIT, en el 2012. Su objetivo es proporcionar orientaciones para la formulación de una estrategia de extensión de la seguridad social en línea con el resto de las políticas sociales, económicas y de empleo de cada uno de los países y contribuir, consecuentemente, para la reducción de la pobreza y la transición de la economía informal a la formal.

Las principales funciones de la seguridad social refieren a la necesidad de garantizar la provisión de servicios esenciales y transferencias sociales que permitan a todos los miembros de una sociedad acceder a un umbral mínimo de protección social y, además, compensar la falta o reducción sustancial de los ingresos del trabajo a causa de diferentes contingencias, como la vejez, invalidez, muerte, enfermedad, accidente del trabajo y desempleo, entre otras. En esta línea, la seguridad social junto con el sistema tributario se constituye en una herramienta importante para promover la redistribución de la riqueza y, por tanto, la solidaridad inter e intrageneracional (Casalí y Schwarzer, 2010).

La R202 prevé por lo menos cuatro garantías básicas que deberían ser proporcionadas a todos los residentes y niños. Estas garantías deberían asegurar como mínimo que, durante todo el ciclo de vida, todas las personas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso que aseguren un acceso efectivo a los bienes y servicios definidos como necesarios a nivel nacional. Las cuatro garantías son:

- Acceso universal a servicios esenciales de salud, incluida la atención de la maternidad.
- Seguridad básica del ingreso para niños, que asegure el acceso a la alimentación, la educación y los cuidados.

- Seguridad básica del ingreso para personas en edad activa que no pueden obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez.
- Seguridad básica del ingreso para las personas de edad.

Existe una multiplicidad de opciones para la implementación de un piso de protección social, pudiendo coexistir regímenes contributivos, universales, asistenciales, mixtos, políticas activas de empleo, programas de garantía de empleo u otros o una combinación de todos los anteriores. La iniciativa del piso de protección social no debe considerarse como un mecanismo de sustitución de los regímenes contributivos clásicos, sino como alternativa para ampliar la protección a todas las personas no cubiertas por los sistemas tradicionales, por ejemplo, respecto del trabajo doméstico no remunerado o el trabajo independiente con escasa o nula capacidad contributiva. Las orientaciones de la R202 se deben considerar como una hoja de ruta para cerrar progresivamente las brechas de cobertura por lo menos en los niveles previstos en sus disposiciones y a partir de esta base escalar hacia mejores niveles de protección social, sea por la incorporación de los riesgos inicialmente no cubiertos o por una mejora en la calidad de las prestaciones.

El marco normativo de seguridad social de la OIT constituye la plataforma para promover la introducción de sistemas integrales de seguridad social. El mandato de la OIT descansa en el reconocimiento de la seguridad social como un derecho humano, y en la importancia de la referida protección con relación a la promoción del trabajo decente. Desde su fundación en 1919, la OIT ha subrayado el rol de la protección social en la reducción de la pobreza, la generación de ingresos y el aumento de la riqueza.

## **2. Aspectos institucionales a tener en cuenta**

El marco legal institucional sanitario se encuentra regido principalmente por la Constitución Nacional, el Código Sanitario, la ley del SNS y las distintas normas por las que se reglamenta lo atinente a la Superintendencia de Salud, como organismo técnico de control y supervisión del sistema (Gaete, 2015; Jiménez, 2013). La Constitución Nacional de Paraguay, en su artículo 68, garantiza que el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. En este marco, en febrero de 2014, el MSPBS aprobó la Resolución S.G. N° 52 donde se actualizó la misión y

### Recuadro 1. El derecho a la seguridad social y las normas internacionales

#### El derecho a la seguridad social en los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos

El derecho a la seguridad social como un derecho humano es reconocido en importantes instrumentos internacionales en materia de derechos humanos. Especialmente, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) establece que:

“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

(Artículo 22, Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948).

Por su parte, su artículo 25 establece:

“(1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

(2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

Además, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966, en su artículo 9° textualmente determina:

“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”.

En sus disposiciones subsiguientes, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece la protección de la familia, la infancia y la maternidad (artículo 10); reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia (artículo 11 (1)); y el derecho a la salud, incluida la salud ocupacional y el acceso a la asistencia médica (artículo 12 (1)).

Por último, también el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Protocolo San Salvador, 1988) recepta el derecho a la seguridad social y en especial a la salud. El artículo 9, inciso 2, dice:

“Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto”.

El artículo 10 del mencionado Protocolo complementa lo expuesto precedentemente disponiendo, en su inciso 1, lo siguiente:

“Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

#### Las Normas Internacionales del Trabajo de la OIT en materia de seguridad social

En cumplimiento a su mandato de contribuir a “...extender las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesiten y prestar asistencia médica completa” (Declaración de Filadelfia, III (f), 1944), la Organización Internacional del Trabajo ha promovido un amplio conjunto de normas, Convenios y Recomendaciones, en el campo de la seguridad social. Estas normas regulan y establecen diversos requisitos con relación a la provisión de los servicios de salud por parte de los Estados miembros, como parte integrante de sistemas integrales de seguridad social. Las principales normas de la OIT en materia de seguridad social y salud son las siguientes:

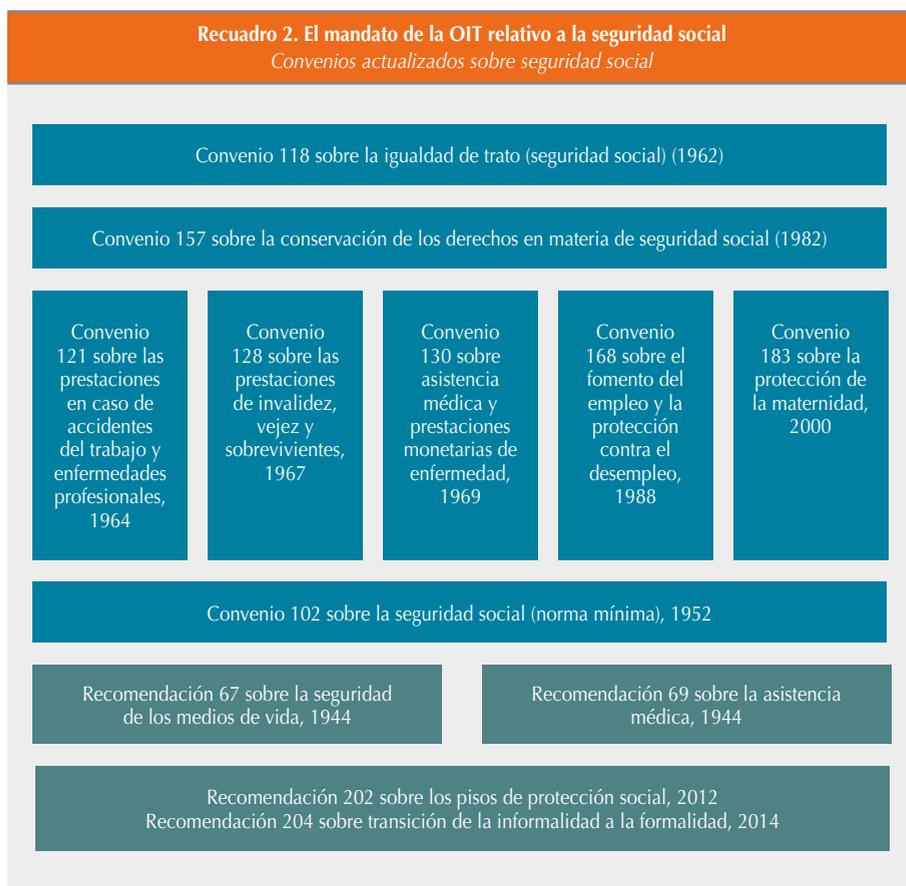
- *Recomendación sobre la seguridad de los medios de vida, 1944 (R67)*: La norma establece que los regímenes de seguridad de los medios de vida deberían aliviar el estado de necesidad e impedir la pobreza, compensando la falta o reducción de los ingresos a causa de una incapacidad para trabajar, por ejemplo la vejez, o para obtener un trabajo remunerado o a causa de la muerte del jefe de familia. Sostiene además que los regímenes deberían organizarse en la forma de un seguro social obligatorio pero en coordinación con la asistencia social.

(Continúa en página siguiente)

(Continuación recuadro 1)

- *Recomendación sobre la asistencia médica, 1944 (R69)*: Esta norma considera el acceso a un nivel adecuado de asistencia médica como un elemento esencial de la seguridad social y prevé que la atención integral de salud se debe garantizar a todos los miembros de una sociedad mediante una adecuada y efectiva combinación de seguro social y asistencia social, entre otros. La Recomendación incorpora además principios generales para la organización y administración de los servicios de salud.
- *Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (C102)*: Este instrumento define nueve ramas de la seguridad social (prestaciones de asistencia médica, prestaciones monetarias por enfermedad, prestaciones de desempleo, prestaciones de vejez, prestaciones por accidentes de trabajo, prestaciones familiares, prestaciones de maternidad, prestaciones de invalidez y prestaciones de sobrevivientes) y establece parámetros mínimos para cada una de las contingencias sociales objeto de cobertura. Estos mínimos refieren a la población protegida, la suficiencia de las prestaciones y las condiciones y los plazos para tener derecho a las prestaciones establecidas. La norma también plantea que estos mínimos podrán ser alcanzados por medio de esquemas universales, contributivos o sujeto a la verificación de recursos.
- *Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964 (C121) y Recomendación (R121)*: Estas normas internacionales establecen un mayor nivel de protección, con prestaciones suplementarias o especiales en favor de las personas incapacitadas a causa de un accidente del trabajo y enfermedad profesional, y cuyo estado requiera la asistencia permanente de otra persona. Además, se promueve la adopción de medidas de prevención contra los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y la facilitación de servicios de readaptación profesional.
- *Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967 (C128) y su Recomendación (R131)*: Las normas establecen niveles más elevados de protección con relación a los estatuidos por el Convenio 102, en particular con relación a la población protegida, la tasa de sustitución o reemplazo y la inclusión de servicios de readaptación profesional (invalidez).
- *Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969 (C130) y su Recomendación (R134)*: En relación con las contingencias y coberturas legisladas, estas normas internacionales establecen normas y principios rectores para proporcionar mayores niveles de protección social con relación a los estatuidos en el Convenio 102. En especial con relación al ámbito de aplicación de la norma –población protegida– y el nivel mínimo de las prestaciones correspondientes.
- *Convenio sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo, 1988 (C168) y su Recomendación (R176)*: El convenio y su recomendación plantean disposiciones dirigidas a los nuevos solicitantes de empleo además de promover prestaciones sociales con atención especial a los jóvenes, a las personas que se hayan dedicado a la atención de un familiar (cuidados) y a la población migrante. Además, la recomendación contiene disposiciones acerca del desempleo parcial, los nuevos solicitantes de empleo y el trabajador a tiempo parcial.
- *Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (C183) y su Recomendación (R191)*: A diferencia de las disposiciones del Convenio 102, estas normas extienden la cobertura a todas las mujeres empleadas y plantea umbrales superiores con relación a la cuantía y duración de la prestación.
- *Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (R202)*: La Recomendación proporciona orientaciones a los Miembros para garantizar que todos los miembros de la sociedad se beneficien al menos de un nivel básico de seguridad social a lo largo del ciclo de vida, enumerando cuatro garantías básicas. Además, proporciona orientación a los países: (a) en el establecimiento y mantenimiento de pisos nacionales de protección social como un elemento fundamental de sus sistemas nacionales de seguridad social; y, (b) en la aplicación de sus pisos en el marco de estrategias de extensión de la seguridad social que aseguren progresivamente niveles más elevados de seguridad social para el mayor número de personas posible, según las orientaciones de las normas de la OIT relativas a la seguridad social.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los instrumentos internacionales de la OIT.



Fuente: Elaboración propia con base en los Convenios y Recomendaciones de la OIT.

visión de dicho Ministerio, se establecieron sus valores y se aprobó el Plan Estratégico Institucional correspondiente al período 2013-2018.

A partir de la aprobación de la citada Resolución, la misión del MSPBS es garantizar el cumplimiento de las funciones de rectoría, conducción, financiamiento y provisión de servicios de salud, con el fin de alcanzar la cobertura universal, bajo el enfoque de protección social, en el marco del Sistema Nacional de Salud. Adicionalmente, su visión es ser eficaz, eficiente y transparente y garantizar el acceso efectivo de la población, para la asistencia sanitaria integral y equitativa e intervenir en los determinantes de la salud en coordinación con otros sectores, promoviendo la participación activa de la ciudadanía en función al ejercicio de sus derechos.

La organización del SNS busca garantizar el acceso a una atención universal y equitativa, con integralidad y participación social. Se reconoce que dar respuesta a los problemas de salud requiere un trabajo multisectorial. En este contexto, el Plan Estratégico Institucional 2013-2018 se considera la principal herramienta de gestión del MSPBS. De igual modo, se define el marco básico de la política de salud siendo que esta debe asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables, y promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud (MSPBS, 2013).

El Plan Estratégico ha sido organizado en torno a diez objetivos, cada uno de ellos posee indicadores y variables propias, necesarias para el monitoreo y evaluación. A continuación se enumeran sus objetivos institucionales y estratégicos.

Teniendo en cuenta los objetivos y metas previamente descritos, la principal fuente de financiamiento del MSPBS es el presupuesto general de gastos anual, aprobado por el Congreso de la República. Los recursos obtenidos son organizados en un plan de acción, de inversión y de administración. Una parte de los Recursos del Tesoro conforma un fondo para la descentralización y equidad, utilizado para transferencias a los consejos regionales y locales de salud. Para la consecución de recursos adicionales, se orientará a la cooperación internacional para la obtención de apoyo financiero y técnico orientado al cumplimiento de las metas establecidas. Adicionalmente, el MSPBS propondrá anualmente un aumento progresivo de la cantidad y calidad del gasto público en salud, orientado hacia una gestión por resultados concretos con un manejo transparente y eficiente de los recursos.

De manera adicional el MSPBS establece varios lineamientos para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, en el marco de la racionalización de los recursos disponibles. En particular, se ha definido un orden de priorización de la inversión. En primer lugar se debe brindar atención a la población vulnerable, luego a niños y madres y, por último, a la población rural que se encuentra dispersa y excluida socialmente (MSPBS, 2013).

Finalmente, debe mencionarse que El Plan Nacional de Desarrollo (PND) Paraguay 2030 determina los ejes estratégicos y líneas transversales que deberán seguir las políticas públicas, de manera de facilitar la coordinación de

**Recuadro 3. Objetivos institucionales estratégicos**

Dentro de estos objetivos estratégicos merece destacar la existencia de metas específicas, según se detalla a continuación.

**A. Metas del objetivo estratégico 1.1. (Promover y actualizar las políticas públicas de salud y protección social)**

- Para el 2015, definir una política pública que incluya nuevos mecanismos complementarios de financiamiento de salud, con el fin de avanzar en la cobertura universal.
- Para el 2014, actualizar la política farmacéutica y crear la política de tecnología sanitaria aplicada a los sistemas de gestión, control y prestación de servicios.
- Para el 2015, impulsar la actualización de las políticas, planes y programas como salud sexual y reproductiva, adultos mayores, género, salud e interculturalidad, entre otras.
- Para el 2015, promover una política nacional para la formación de recursos humanos en salud, con énfasis en la APS y la salud pública.
- Para el 2014, presentar un proyecto de ley para la cesión obligatoria de espacios publicitarios con el objetivo de difundir mensajes de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Adicionalmente, contar para el 2018 con 30 articulaciones público-privadas en espacios públicos con el mismo objetivo.

**B. Metas del objetivo estratégico 1.2. (Fortalecer las acciones de vigilancia y control en la salud pública)**

- Lograr una cobertura del 80% a nivel nacional de los eventos que deben ser notificados, respecto del 2012.
- Para el 2014, disponer de un plan nacional de enfermedades crónicas y no transmisibles con metas nacionales y regionales definidas. Adicionalmente, para el 2018 se espera contar con un plan nacional implementado para las enfermedades desatendidas (Chagas, lepra, parasitosis intestinales, leishmaniasis).
- Para el 2016, todos los niveles deben contar con capacidad básica de alerta y respuesta epidemiológica en la red sanitaria.
- Obtener en el 2015 la certificación de la eliminación del Paludismo y, en el 2018, la correspondiente a la eliminación del Chagas.
- Fortalecimiento del sistema de registro de datos para las estadísticas vitales.
- Aumentar en 5% anual la cobertura de vacunación respecto de la línea de base correspondiente al 2012.
- Aumentar en 80% la sensibilidad y oportunidad del sistema de vigilancia de la salud en la detección de casos de dengue.
- Establecer para 2016 las capacidades básicas en los puntos de entrada (salud de frontera) priorizados por el país.

**C. Metas del objetivo estratégico 1.3. (Avanzar en el proceso de la descentralización sanitaria)**

- Formalización y funcionamiento del 98% de los Consejos Locales de Salud y de la totalidad de los Consejos Regionales de Salud.

**D. Metas del objetivo estratégico 1.4. (Impulsar la investigación basada en la evidencia para la toma de decisiones adecuada y oportuna)**

- Para el 2015, promover las investigaciones de eventos de interés en salud pública mediante alianzas público-privadas con al menos dos universidades.

**E. Metas del objetivo estratégico 2.1. (Desarrollar la RISS basada en la estrategia de APS)**

- Establecer a las Unidades de Salud de la Familia (USF) como principal fuente de entrada a la RISS. En este sentido, para el 2018 se espera incrementar la cantidad de USF en 40%, fortalecer las existentes en infraestructura física, tecnológica y recursos humanos e implementar la RISS, basada en la estrategia de APS, en al menos cinco regiones sanitarias del país.
- Aumentar en 40% la capacidad de respuesta del Servicio de Emergencia Médica Extrahospitalaria (SEME) respecto de 2012.

(Continúa en página siguiente)

*(Continuación recuadro 3)***Objetivos institucionales estratégicos**

- F. Metas del objetivo estratégico 2.2. (Fortalecer la atención en la salud mental y las adicciones)**
- Mejorar la capacidad de respuesta en la atención de salud mental en 40% para 2018, y aumentar en 50% la capacidad de atención del centro de adicciones.
- G. Metas del objetivo estratégico 2.3. (Fortalecer la política nacional de alimentación y nutrición)**
- Disminuir la desnutrición global en niños y niñas menores de cinco años al 1,9% (partiendo de una base del 5%) y reducir al 20% el bajo peso en embarazadas que acuden a los servicios de salud, teniendo como base el 26,4%.
- H. Metas del objetivo estratégico 2.4. (Fortalecer el área de bienestar social en articulación con la RISS con énfasis en poblaciones vulnerables en situación de pobreza y pobreza extrema)**
- Respecto de la atención para adultos mayores, se prevé contar, en el 2018, con un hospital geriátrico integrado a la red de servicios y la construcción de al menos dos centros de día.
  - Con relación a las personas con discapacidad o en rehabilitación, se propuso contar con un censo de población en condición de discapacidad para el 2016 y mejorar el 50% de la infraestructura de tres de los seis hogares sustitutos del MSPBS para 2018.
  - En el ámbito de la gestión social, la meta es contar con un registro informatizado de entidades sin fines de lucro para la gestión de control en 2018.
- I. Metas del objetivo estratégico 2.5. (Fortalecer la gestión del talento humano en salud)**
- Para el 2016 desarrollar un plan maestro de formación y capacitación para funcionarios. En este sentido, para el 2018 el 100% de los profesionales que integran los equipos que conforman las USF deben contar con al menos una certificación de diplomado en atención primaria de la salud. Para este mismo año, se tiene como meta contar con una base de datos informatizada que comprenda el 100% de los RR.HH.
- J. Metas del objetivo estratégico 2.6. (Fortalecer la salud materno infantil y neonatal)**
- Respecto de la salud materna, la meta para el 2018 es reducir la mortalidad materna en al menos 20% y reducir los partos en adolescentes en 20% en relación con el 2012.
  - En relación con la salud neonatal, para el 2018, la meta es reducir la tasa de mortalidad neonatal en 20% e implementar el programa de desarrollo infantil temprano en 41 distritos priorizados de diez departamentos.
  - Respecto de la salud infantil, la meta para el 2018 es reducir en un tercio la tasa de mortalidad infantil y, en particular, reducir en un tercio la tasa de mortalidad en menores de cinco años.
- K. Metas del objetivo estratégico 2.7. (Fortalecer la salud, gestión de riesgo ambiental y el saneamiento básico)**
- Para el 2018, aumentar en 30% el porcentaje de población con acceso al agua potable en relación con el 2012. Además, aplicar normativas de vigilancia de la calidad del agua.
  - Aumentar en 20% el saneamiento básico de poblaciones rurales, indígenas y asentamientos.
  - Desarrollar un programa de gestión de riesgos a emergencias y desastres en salud, coordinado con otros sectores.
  - Desarrollo de un plan e instalación de plantas de tratamiento de efluentes en al menos cinco hospitales de la red sanitaria.
- L. Metas del objetivo estratégico 2.8. (Fortalecer la tecnología sanitaria, el sistema de información y las TIC)**
- Promover la innovación en la adquisición de equipos biomédicos en el 50% de los hospitales regionales y centros de referencia.
  - Fortalecer el sistema de información en 50%, con mayor acceso a la conectividad en todos los puntos del país y equipamientos informáticos en relación al 2012.

*(Continúa en página siguiente)*

(Continuación recuadro 3)

Objetivos institucionales estratégicos	
<b>M. Metas del objetivo estratégico 3.1. (Fortalecimiento de la gestión institucional basada en resultados y en rendición de cuentas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impulsar la implementación de planes estratégicos regionales basados en el plan estratégico institucional en las 18 regiones sanitarias.</li> <li>• Para el 2014, contar con un sistema de control y monitoreo de proyectos con financiación nacional e internacional.</li> <li>• Fortalecer y optimizar la gestión administrativa y financiera para el 2015, así como también implementar la cultura de la planificación y evaluación en las unidades organizativas.</li> </ul>
<b>N. Metas del objetivo estratégico 3.2. (Mantener y ampliar las alianzas estratégicas intersectoriales a nivel nacional e internacional en el marco de las políticas vigentes)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alinear el 100% de las cooperaciones internacionales en función a las prioridades establecidas en el marco de la Política Nacional de Salud (PNS).</li> </ul>
<b>O. Metas del objetivo estratégico 3.3. (Mejorar la calidad de la ejecución presupuestaria y el gasto en salud)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el 2014, optimizar el sistema de adquisición de medicamentos, insumos, reactivos, instrumentales y equipos biomédicos. El cumplimiento de esta meta se medirá mediante la evaluación de tres indicadores: el porcentaje de reducción de gastos de bolsillo, la proporción de reducción de precios pagados y el porcentaje de disminución de medicamentos vencidos.</li> <li>• Optimizar la ejecución presupuestaria para el 2014, en el marco del cumplimiento oportuno de los objetivos estratégicos.</li> </ul>

acciones entre los distintos niveles de gobierno y las instituciones del sector público y privado. Los ejes estratégicos definidos se resumen en:

- Reducción de la pobreza y desarrollo social.
- Crecimiento económico inclusivo.
- Inserción de Paraguay en el mundo en forma adecuada.

La estrategia de ofrecer servicios sociales de calidad se enmarca en el primer eje estratégico, estableciendo distintos objetivos en el ámbito de la salud. Entre ellos se encuentra el aumento de la esperanza de vida al nacer a 79 años (partiendo de un nivel de 73,4 en 2014), la disminución en 50% de las muertes por enfermedades no contagiosas y la reducción de 50% de la tasa de obesidad de la población.

Las líneas de acción tendientes a garantizar la calidad de todos los niveles de servicios de salud apuntan al incremento de la inversión en salud, la consolidación de las USF y la capacitación continua del personal, la disminución

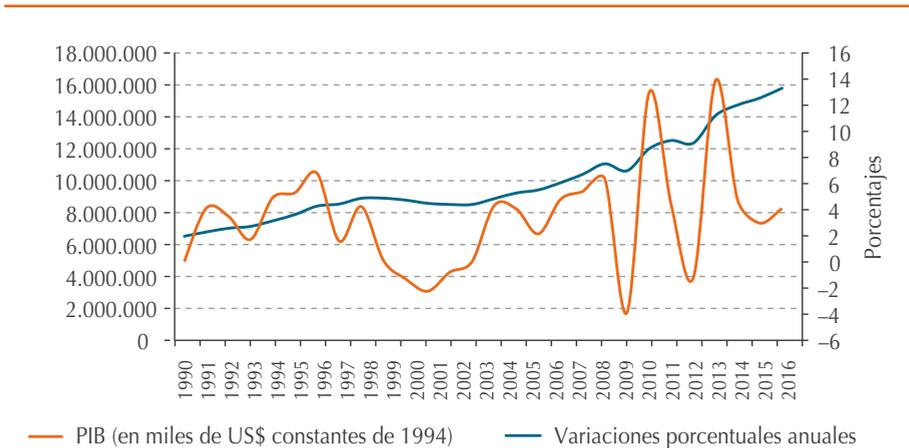
del gasto de bolsillo, una mejora en la distribución de medicamentos de calidad, y la articulación y coordinación de los distintos sectores del Sistema Nacional de Salud, entre otras (PND Paraguay 2030). A continuación se hará mención especial al contexto macro y el espacio fiscal para las reformas.

### 3. El contexto macrofiscal para reformas

Desde mediados de la década del 2000, el crecimiento económico de Paraguay ha registrado una tendencia creciente aunque con un alto grado de volatilidad, como se observa en el gráfico 20. En efecto, si se considera el período desde 2005 a 2014, el aumento promedio del PIB de Paraguay alcanzó a 5% anual (y 6,4% entre 2010 y 2015), superior al 4% por año registrado por el MERCOSUR y conforme a las cifras preliminares el crecimiento económico de 2016 fue de 4,1.

La volatilidad del crecimiento señalada se explica fundamentalmente por dos factores ajenos a la política económica: el clima y la dependencia externa. El importante peso que tiene la producción agropecuaria en el PIB (cerca al 30%), al que se agrega una escasa diversificación (concentrada principalmente en soja y ganadería) amplifica el efecto de las inclemencias climáticas en el desempeño económico del sector. Así, por ejemplo, la caída y posterior recuperación económica entre 2009 y 2010 fue producto de una prolongada

GRÁFICO 20  
Evolución del PIB y tasa de crecimiento, 1990-2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del BCP (2015) y Casalí y Velásquez (2016).

sequía primero y de un régimen de lluvias benévolo posteriormente. Por otra parte, el comportamiento económico de los países vecinos (MERCOSUR), en virtud del reducido tamaño de la economía paraguaya y el alto grado de apertura externa al exterior que esta exhibe, expone a la economía local a los cambios de las economías vecinas aunque con signos de ir reduciéndose en los últimos años.

Durante este período, el crecimiento ha sido liderado por el dinamismo del comercio exterior, representado por el aumento de la importancia de las exportaciones y de las importaciones respecto del PIB, en 9,6 y 3,1 puntos porcentuales entre 1991 y 2016 (gráfico 21a), lo que ha mantenido una balanza comercial superavitaria por los últimos 20 años (gráfico 21b). A ello se ha sumado el incremento del consumo público, el que ha reportado un incremento de su participación de 0,9 puntos porcentuales en el período.

A diferencia de la mayoría de los países de la región, en Paraguay los datos sobre crecimiento económico hasta el momento no parecen indicar una crisis. En 2015 la tasa de crecimiento fue de 3%, para 2016 se estima el 4,1% y para el 2017 se prevé el 4,2% respecto del 3,7% inicial. Mirando el desempeño de la economía paraguaya en una perspectiva de mediano plazo, llama la atención la marcada fluctuación del crecimiento económico, con tasas de 13,1% en 2010 y 14% en 2013, pero una contracción de -4% en 2009 y -1,2% en 2012.

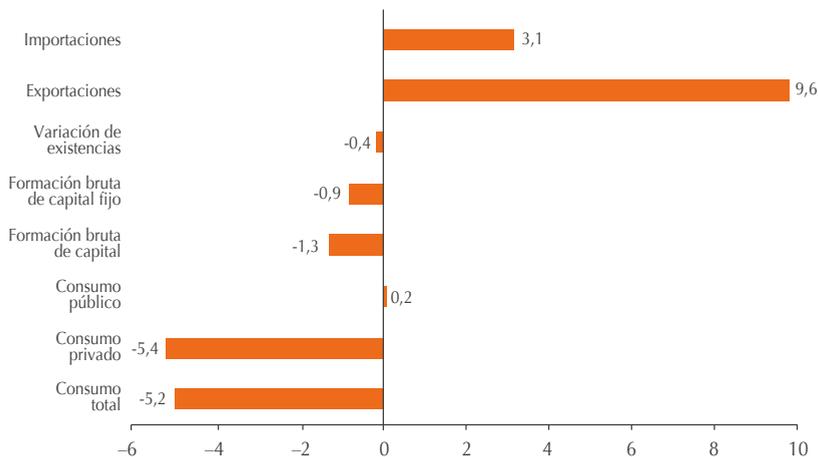
Como se ha mencionado, la principal explicación radica en las notorias fluctuaciones de la producción agrícola, debido a factores climáticos y las variaciones de precios. En efecto, el PIB sin agricultura (y sin las empresas energéticas binacionales)<sup>7</sup> tiene fluctuaciones bastante menores y no se observa contracción económica en ningún año, ni siquiera el año de la crisis económica internacional 2009 (cf. gráfico 22).

A pesar de que los datos de crecimiento no indican una crisis económica, sí se observa una desaceleración económica en 2015 y 2016 en relación con los años inmediatamente anteriores y es probable que los precios más bajos de los *commodities* de agroexportación sigan afectando las perspectivas de crecimiento de la economía. Paraguay se destaca en la exportación de tres

---

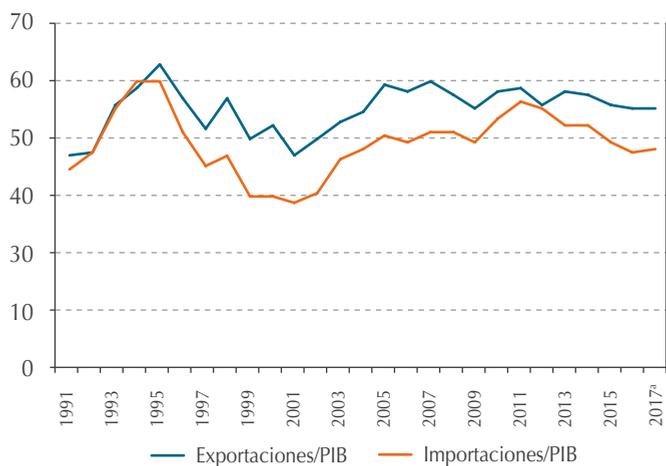
7 Paraguay cuenta con dos hidroeléctricas binacionales: Yacyretá (Paraguay-Argentina) e Itaipú (Paraguay-Brasil).

GRÁFICO 21A  
Componentes del PIB, 1991-2016  
(variación en puntos porcentuales)



Fuente: Elaboración propia a partir del BCP (2015).

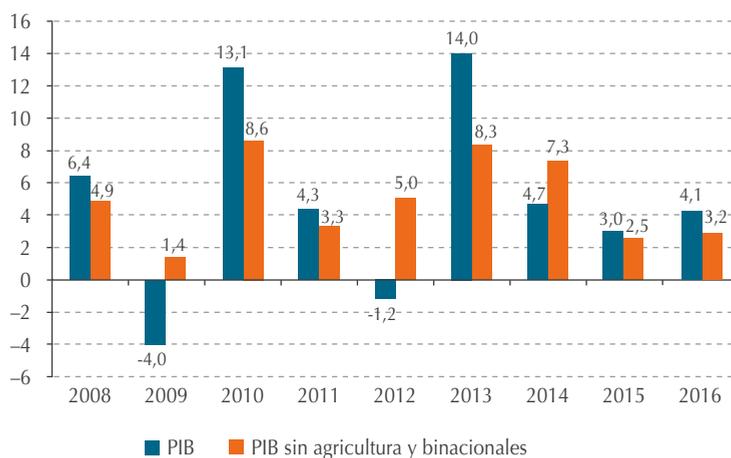
GRÁFICO 21B  
Balanza comercial, 1991-2017  
(porcentaje en el gasto del PIB total)



Fuente: Elaboración propia a partir del BCP (2015).

<sup>a/</sup> Cifras preliminares.

GRÁFICO 22  
Evolución del PIB y del PIB sin agricultura y binacionales, 2008-2016  
(variaciones porcentuales)



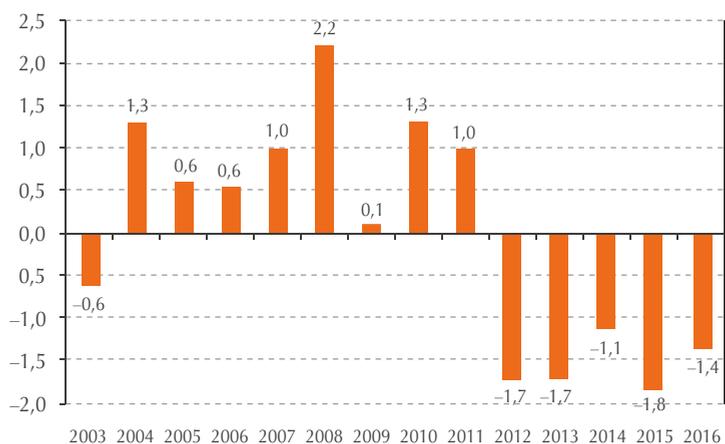
Fuente: Elaboración propia a partir del BCP (2015).

productos fundamentales: soja, carne y energía eléctrica. Brasil es el principal destino de las exportaciones paraguayas.

A estos datos se suma la percepción de que Paraguay podría sufrir un impacto mayor de la crisis económica en Brasil que lo que se observa en la actualidad, en virtud de las estrechas vinculaciones entre la economía paraguaya y la economía brasileña. Por otro lado, cuando se mira la crisis en Brasil más allá de su dimensión coyuntural de corto plazo e incluyendo algunos factores estructurales, también se puede ver como una oportunidad para empresas paraguayas, ya que se observa la migración de empresas de autopartes, ensamblaje y otros tipos de maquila desde Brasil y otros países del MERCOSUR hacia Paraguay. En marzo de 2016 se inició el ensamblaje de autos completos con piezas provenientes de China.

En relación con las cuentas fiscales, en el gráfico 23 se observa que desde 2003 el déficit comenzó a disminuir para transformarse en persistentes superávits, que se mantuvieron hasta 2011. A partir del 2012 se revirtió la tendencia superavitaria en gran parte como consecuencia de un incremento salarial para

GRÁFICO 23  
 Resultado fiscal de la Administración Central, 2003-2016  
 (porcentaje del PIB)



Fuente: Elaboración propia a partir del *Informe de situación financiera* (SITUFIN) del Ministerio de Hacienda.

funcionarios públicos de 29,8% en comparación al año anterior. En 2015, la situación financiera de la Administración Central registró un déficit de G. 2.523 mil millones, equivalente al 1,8% del PIB, continuando con la tendencia deficitaria. Los datos preliminares para 2016 precisan un déficit de 1,4% del PIB, mejorando en 0,4 puntos porcentuales respecto del resultado fiscal de la Administración Central del año anterior. El déficit se explica por el aumento del gasto en inversión, ya que se observa una reducción en el gasto salarial en comparación al año anterior. Así, en el 2016 el gobierno cumplió con lo establecido en la Ley de Responsabilidad Fiscal (LRF) que limita el déficit de la Administración Central al 1,5% del PIB. Igualmente para el 2017, se proyecta que el déficit se mantenga dentro de lo establecido en la LRF.

Con el objetivo de establecer reglas generales de comportamiento fiscal orientadas a la estabilidad y sostenibilidad de las finanzas públicas, desde 2013 la política fiscal de Paraguay debe permanecer dentro del marco establecido por la Ley de Responsabilidad Fiscal. Esta ley establece una meta de déficit fiscal anual, incluidas las transferencias, no mayor que el 1,5% del PIB para la aprobación del Presupuesto General de la Nación, aunque no necesariamente en su ejecución. Asimismo, establece que el incremento anual del gasto

corriente primario (gasto corriente total excluido el pago de intereses) del sector público no podrá exceder la tasa de inflación interanual más del 4% y que no se podrán incorporar incrementos salariales, excepto cuando se produzca un aumento en el salario mínimo legal vigente. El aumento será como máximo de la misma proporción y se incorporará en el presupuesto del siguiente ejercicio fiscal.

En consistencia con dicho marco, el proyecto de presupuesto 2016 previó un endeudamiento neto (déficit) equivalente al 1,5% del PIB para la Administración Central y de 1,5%, 0,6% y 0,3% para los años 2017, 2018 y 2019, respectivamente; proyectándose un déficit promedio del 0,8% para el periodo considerado. Estos resultados se obtendrían por el efecto de una reducción de los ingresos totales de la Administración Central entre 2017 a 2019 que se ubicarán alrededor del 19,1% del PIB, los que se comparan con el 20,1% que se estima para 2016, en el marco de las proyecciones multianuales presentadas por el informe de finanzas públicas del Ministerio de Hacienda 2016.

Hay que considerar que la carga tributaria total se ha mantenido en torno al 12,5 % del PIB a lo largo de los últimos siete años (Ministerio de Hacienda, 2016) y según los últimos datos para 2016, la presión tributaria es de 12,6%. Asimismo, para los próximos tres años la presión tributaria promedio será de 12,5% si se mantiene la actual estructura impositiva. Es importante destacar que la cantidad de contribuyentes registrados en la administración tributaria ha continuado mostrando dinamismo, registrando un incremento de 11,4% en 2015 respecto del año anterior. Este aumento en la base de contribuyentes, a juicio del Ministerio de Hacienda, es señal de una mayor formalización de la economía. Se debe considerar, asimismo, que el país cuenta con recursos no tributarios de cierta importancia. En especial, es posible mencionar las compensaciones y regalías que recibe Paraguay por las hidroeléctricas de Itaipú y Yacyretá, que representan el 8,8% de los ingresos totales de la Administración Central para 2016, según el presupuesto vigente.

Por su parte, en 2016 se ejecutaron gastos por un monto equivalente al 17% del PIB y se estima una trayectoria ligeramente descendente de estos, debido a reducciones en el comportamiento esperado de las fuentes de financiamiento disponibles para solventar las transferencias de capital (incluidas dentro del rubro donaciones) en 2017 y 2018.

Las estructuras de los ingresos y gastos del sector público en relación con el PIB se presentan en los gráficos 24a y 24b, para 2016. Es posible apreciar que en cuanto a los ingresos el de mayor importancia es el aplicado al valor agregado y le siguen los ingresos no tributarios, principalmente impuestos selectivos y al comercio exterior y a las transferencias. En cuanto a la estructura del gasto público, el componente principal es destinado a remuneraciones, el que según el marco de responsabilidad fiscal adoptado se encuentra acotado en su crecimiento.

En relación con el sistema tributario, Paraguay no escapa al rasgo distintivo de la región en relación con las dificultades de afianzar la imposición sobre la renta, haciendo que el impacto distributivo de la tributación sea exiguo. De hecho, CEPAL (2015) muestra que Paraguay es el país que exhibía la tasa media del impuesto a la renta de las personas físicas del decil 10 más baja entre 16 países considerados de la región. La OCDE (2016) encuentra el mismo resultado.

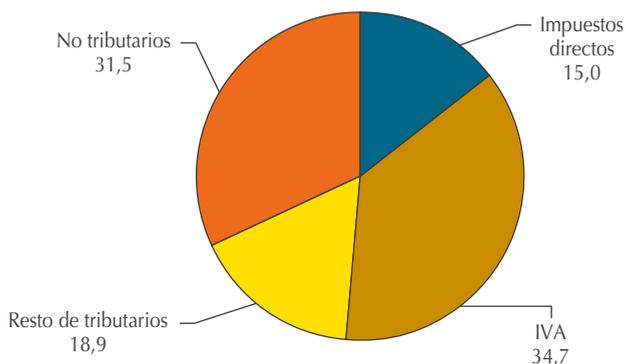
La debilidad del impuesto sobre la renta es el principal problema estructural de los sistemas tributarios de América Latina. La política tributaria ha privilegiado la eficiencia, pretendiendo que el impuesto sobre la renta afecte lo menos posible las decisiones de ahorro e inversión y aproximando, en ciertos casos, la base imponible a una base de consumo en vez de la tradicional base de ingreso. No obstante lo anterior, en los últimos años, varios países de la región llevaron a cabo algunas reformas tributarias con las que se ha buscado mejorar la recaudación mediante el aumento de las tasas, la reducción de las exenciones, la modificación o creación de impuestos mínimos y el aumento de la fiscalización a los grandes contribuyentes.

Destaca que muchos cambios se han centrado en el impuesto sobre la renta, con el fin de no solo mejorar el desempeño recaudatorio, sino también de fortalecer uno de los puntos más débiles de la política fiscal en los países de la región, que es el impacto de los sistemas impositivos en la distribución de los ingresos, uno de los puntos más débiles de la política fiscal en los países de la región.<sup>8</sup> Cabe subrayar el impuesto a la renta de las personas físicas que

---

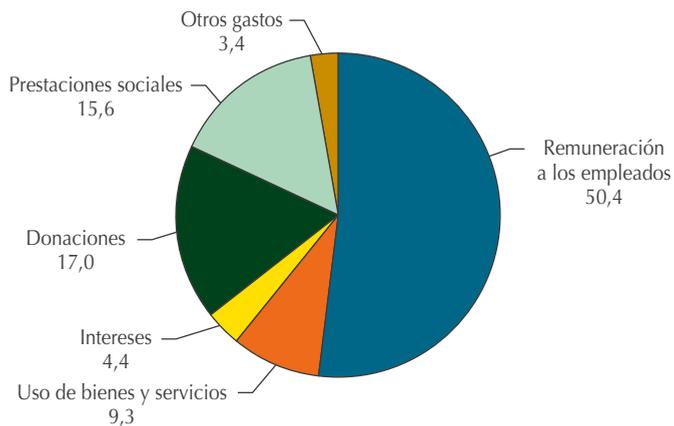
8 Las reformas han cubierto diferentes aspectos del diseño de estos impuestos, como los vinculados a la modificación de la base imponible (en especial para fortalecer la tributación sobre las rentas de capital), el cambio de alícuotas y las reglas de tributación internacional. Entre las reformas realizadas en 2014, destacan las de Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, Perú y Venezuela (República Bolivariana de) CEPAL (2015).

GRÁFICO 24A  
Ingresos de la Administración Central, 2016  
(porcentaje del PIB)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Hacienda (2016a).

GRÁFICO 24B  
Gastos de la Administración Central, 2016  
(porcentaje del PIB)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Hacienda (2016a).

entró en vigencia el 1 de agosto de 2012, incidiendo así en la recaudación total del impuesto a la renta, incluyendo empresas, que llegó a representar el 2,8% del PIB en el 2015. Recientemente se implementó la generalización del IVA para el sector agropecuario, excepto para microproductores.

La demanda de la población por un sistema transparente y efectivo en la ejecución del gasto público ha motivado un esfuerzo de las instituciones públicas para mejorar la eficacia y la eficiencia con la que prestan sus servicios a la población. De forma de responder a estas exigencias y avanzar en mejorar la calidad del gasto público, desde el 2011 el Estado –por intermedio del Ministerio de Hacienda– ha iniciado la implementación gradual y progresiva del Presupuesto por Resultados (PPR) como un instrumento clave para la medición de resultados de los bienes y servicios que se entregan a la población.

Esta reforma ha permitido disponer de un modelo de seguimiento y evaluación basado en el desempeño de la gestión, por medio de tres instrumentos: evaluación de programas públicos, balance anual de gestión pública e indicadores de desempeño. El avance en el desarrollo y consolidación de cada uno de los instrumentos ha logrado fomentar e impulsar el mejoramiento de la gestión en los programas e instituciones públicas.<sup>9</sup> Entre estas nuevas iniciativas incluidas en el PGN 2016, destaca también la matriz salarial que establece el esquema de asignación de remuneraciones en cada uno de los niveles de clasificación de cargos, con el fin de instalar la carrera del servicio civil en el sector público.

Finalmente, la asignación de recursos basados en los ejes estratégicos y líneas transversales del Plan Nacional de Desarrollo prevé recursos a cada uno. Así, para la reducción de la pobreza y desarrollo social que incorpora los programas orientados al desarrollo humano y al fortalecimiento de la realización integral de los ciudadanos, se asigna el 43,9% del total de gasto. Para el crecimiento económico inclusivo una participación de 54%, en el que se incorporan las prioridades orientadas al mejoramiento de la competitividad y a las principales inversiones públicas generadoras de empleo y para la inserción de Paraguay

---

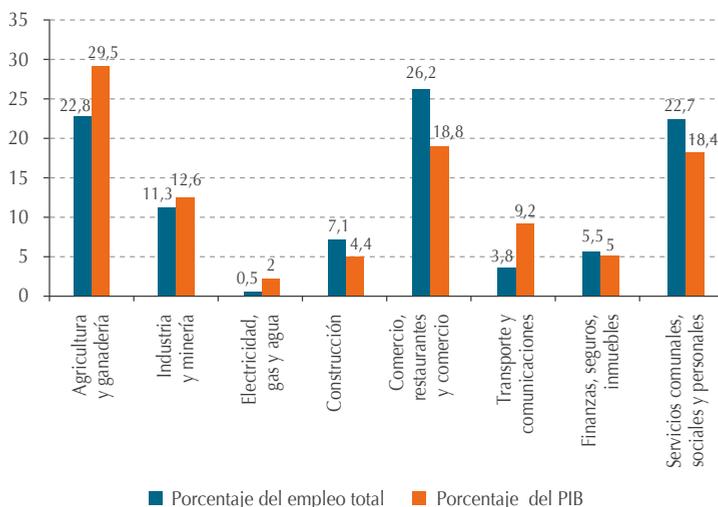
9 En este marco se han establecido metas hacia 2016 para 12 entidades que contribuyen al cumplimiento de los objetivos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030, los que podrán ser monitoreados en forma periódica a los efectos de medir el impacto durante el proceso de ejecución presupuestaria (Ministerio de Hacienda, 2016a).

en el mundo, que considera acciones para aprovechar oportunidades de desarrollo, ampliando las relaciones y redes para la colocación de productos nacionales, el 2,1% del gasto total.

#### 4. El mercado laboral

El mercado laboral refleja en gran medida las características de la estructura productiva del país. En efecto, se trata de una economía en la que el peso del sector primario exportador, constituido por la agricultura y la ganadería principalmente, concentra el 29,5% del PIB y una relativa alta proporción del empleo total (gráfico 25). Le siguen en importancia los sectores del comercio, restaurantes y hoteles (18,8%) y los servicios comunales, sociales y personales (18,4%), los que en su conjunto agrupan el 48,9% del empleo total.

GRÁFICO 25  
PIB y empleo total por sectores productivos, 2014  
(porcentajes de los totales respectivos)



Fuente: Elaboración propia según datos del Banco Central del Paraguay (2015).

La OIT (2014) ha señalado que el análisis del tamaño de las empresas que operan en Paraguay ayuda a comprender mejor las características de su mercado laboral y la significativa informalidad del empleo imperante. Los antecedentes disponibles señalan que más del 60% de la población ocupada trabaja solo o en empresas que tienen entre dos y cinco trabajadores y que menos del 10% lo hace en empresas medianas y grandes (o de más de 50 trabajadores). Lo anterior es importante desde el punto de vista de la cobertura de seguridad social, en particular con relación a las pensiones y la salud, toda vez que la cantidad de cotizantes activos a los esquemas contributivos tienden a incrementarse con el tamaño de las empresas.

Al clasificar las distintas ramas productivas de acuerdo con su nivel de producto por ocupado, se identifican sectores de alta, media y baja productividad (cf. cuadro 18). Entre los primeros se encuentran la producción de electricidad y los transportes y comunicaciones, cuyo producto por ocupado equivale a 3,2 veces el nivel promedio de la economía, genera algo menos del 10% del PIB y ocupa apenas el 4,3% de los empleos. Los de productividad media, por su parte, que incluyen a la agricultura y ganadería, a la industria y a los servicios financieros alcanzan el 10% más en productividad que el promedio de la economía, generan el 39,8% del PIB y concentran el 39,6% del empleo. Finalmente, los de baja productividad (72% del promedio), por su parte, incluyen al comercio, los servicios no financieros y a la construcción y ocupan a la mayoría de los trabajadores (56%) y generan solo el 35,1% del PIB.

CUADRO 18

Sectores económicos según producto por ocupado y participación en el empleo y el PIB, 2014

Producto por ocupado	Sectores productivos	Porcentaje del PIB	Porcentaje del empleo
Alta	– Electricidad, gas y agua	1,7	0,5
	– Transportes y comunicaciones	7,8	3,8
Media	– Agricultura y ganadería	24,9	22,8
	– Industria y minería	10,7	11,3
	– Servicios financieros	4,2	5,5
Baja	– Servicios sociales y comunales	15,5	22,7
	– Comercio y hoteles	15,9	26,2
	– Construcción	3,7	7,1

Fuente: Elaboración propia según Banco Central y DGEEC.

Así, una economía sustentada en micro y pequeñas empresas, con un gran énfasis en la agroexportación primaria y un sector industrial que ha ido perdiendo importancia en el PIB, configura una estructura productiva heterogénea, lo que condiciona a su vez tanto la estructura como el funcionamiento del mercado de trabajo. En efecto, pese a que el crecimiento económico desde 2006 ha sido relativamente alto (5% promedio anual), la generación de empleo por año solo alcanzó el 2,5%. En años más recientes esta relación ha disminuido desde el 0,5 señalado a solo el 0,28 entre 2010 y 2014.

Si se observa la evolución de los componentes de la fuerza de trabajo en el cuadro 19, es posible constatar que el desempleo abierto no alcanza magnitudes significativas de la fuerza de trabajo, sino que es el subempleo el que muestra con mejor precisión las condiciones en las que se desenvuelve el mercado de trabajo paraguayo. En efecto, la importancia del subempleo medido por las encuestas regulares de la DGEEC, muestra que este concentraba algo más de un cuarto del empleo total y que luego de alcanzar un máximo de 28,1% en 2007 ha descendido hasta el 20,1% en 2015.

Por su parte, desde el punto de vista de la composición del empleo según categorías en la ocupación, se observa que, a nivel país, en 2015 el trabajo dependiente es el mayoritario (48,74% del total), fundamentalmente el privado (37,8%). Le sigue en importancia el empleo por cuenta propia con el 30,6% y el resto lo conforman los familiares no remunerados, el trabajo doméstico y los empleadores con el 8,7%, 7,1% y 4,9%, respectivamente.

Al considerar áreas de residencia se observan cambios en la estructura señalada (cf. cuadro 20), ya que en las zonas urbanas el empleo asalariado aumenta su importancia respecto del total del país al 58,58% y se reduce la proporción de los trabajadores por cuenta propia (23,7%), y lo propio ocurre con las categorías de empleo doméstico y empleadores con el 7,7% y 6,3%, respectivamente. En contrapartida, si bien en las zonas rurales el empleo asalariado sigue siendo importante (33,48%), lo que predomina es el trabajo por cuenta propia con el 41,1%, seguido por el trabajo doméstico y los empleadores con una participación del 6% y 2,8%, respectivamente. Por otro lado, la proporción de los familiares no remunerados más que duplica a la registrada a nivel país.

Finalmente, la distribución de las categorías ocupacionales difiere según sexo. Entre los hombres el trabajo asalariado es el mayoritario (55,4%), especialmente en zonas urbanas donde su participación alcanza al 58,58%. Por su parte,

**CUADRO 19**  
**Población en edad de trabajar y componentes principales, 2006-2015**  
*(en número de personas y porcentajes respectivos)*

Indicadores del mercado de trabajo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Población en edad de trabajar	4.609.121	4.734.593	4.840.821	5.028.575	5.111.009	5.297.713	5.309.235	5.502.504	5.617.211	5.668.886
Fuerza de trabajo	2.735.646	2.877.530	2.996.853	3.163.241	3.094.307	3.215.510	3.412.443	3.446.720	3.460.249	3.492.514
Ocupados	2.553.640	2.716.365	2.825.919	2.960.843	2.918.736	3.034.771	3.246.904	3.274.819	3.250.976	3.306.124
Desocupados	182.006	161.165	170.934	202.398	175.571	180.739	165.539	171.901	209.273	186.390
Subempleados	657.577	762.117	782.825	792.476	708.918	707.655	702.502	656.219	690.469	664.602
Desempleo abierto (porcentaje fuerza de trabajo)	6,7	5,6	5,7	6,4	5,7	5,6	4,9	5,0	6,0	5,3
Subempleo (porcentaje empleo total)	25,8	28,1	27,7	26,8	24,3	23,3	21,6	20,0	21,2	20,1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EPH, DGEEC.

Nota: La población en edad de trabajar comprende a todas las personas de 10 años y más.

**CUADRO 20**  
**Ocupados por áreas de residencia y sexo, según categorías ocupacionales, 2015**  
*(en número de personas y porcentaje de los totales respectivos)*

Categoría de ocupación	Total país			Urbana			Rural											
	Total	% Hombres	% Mujeres	Total	% Hombres	% Mujeres	Total	% Hombres	% Mujeres									
Empleado/ obrero público	362.809	11,0	175.033	9,0	187.776	13,7	279.597	13,9	133.097	12,0	146.500	16,2	83.212	6,4	41.936	5,0	41.276	8,9
Empleado/ obrero privado	1.248.688	37,8	899.432	46,4	349.256	25,6	897.849	44,7	602.566	54,4	295.283	32,7	350.839	27,1	296.866	35,7	53.973	11,6
Empleado o patrón	162.119	4,9	127.298	6,6	34.821	2,5	126.036	6,3	93.650	8,5	32.386	3,6	36.083	2,8	33.648	4,0	2.435	0,5
Trabajador por cuenta propia	1.010.304	30,6	599.152	30,9	411.152	30,1	477.235	23,7	244.449	22,1	232.786	25,8	533.069	41,1	354.703	42,6	178.366	38,4
Trabajador familiar no remunerado	289.067	8,7	125.779	6,5	163.288	12,0	73.431	3,7	23.931	2,2	49.500	5,5	215.636	16,6	101.848	12,2	113.788	24,5
Empleado doméstico	233.094	7,1	13.253	0,7	219.841	16,1	155.746	7,7	10.181	0,9	145.565	16,1	77.348	6,0	3.072 <sup>a/</sup>	0,4 <sup>a/</sup>	74.276	16,0
NR	43	,0	43	0,0	-	-	43	0,0	43	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>3.306.124</b>		<b>1.939.990</b>		<b>1.366.134</b>		<b>2.009.937</b>		<b>1.107.917</b>		<b>902.020</b>		<b>1.296.187</b>		<b>832.073</b>		<b>464.114</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EPH, DGEEC.

Nota: No incluye los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay.

<sup>a/</sup> Insuficiencia muestral, menor a 30 casos.

para el caso de las mujeres también predomina el trabajo asalariado (39,3%) y le sigue en orden de importancia el trabajo por cuenta propia (30,1%) y el trabajo doméstico (16,1%). En este caso predominando el trabajo asalariado en zonas urbanas y el trabajo por cuenta propia en las rurales.

No obstante lo anterior, la característica principal del mercado de trabajo paraguayo es la alta importancia del empleo informal. En efecto, de acuerdo con la información proporcionada en el cuadro 21 el empleo informal (sin considerar al trabajo doméstico y de acuerdo con la definición empleada por la OIT) representaba en 2008 el 77,1% del empleo total, para luego iniciar una tendencia decreciente hasta registrar el 69,9% en 2014 y luego anotar un leve repunte en 2015, ubicándose en el 70,5%.

La información presentada es complementaria con otros estudios realizados acerca del tema y que dan cuenta de un aumento de la población asalariada que cotiza a la seguridad social (pensiones), utilizando dicho indicador como una variable *proxy* del empleo asalariado formal. A partir de la información suministrada por el cuadro 21, se observa que la población asalariada que cotiza al sistema avanzó desde el 31,4% al 38,6% para 2008 y 2015, respectivamente. En el período considerado, el salto más significativo en términos de cotización se dio en 2012-2013, aumentando 2,5 puntos porcentuales, desde el 36,2% al 38,7%. En la distribución de los 705.926 asalariados que cotizan al sistema de pensiones, por sexo, obtenemos una participación del 57,3% y 42,7% para hombres y mujeres (cf. cuadro 22).

Por el lado de los independientes, léase los trabajadores por cuenta propia más los patrones (empleadores), la tasa de informalidad se ha reducido en el período 2008-2015 en 5,5 puntos porcentuales, pasando de 83,8% a 78,3%, respectivamente. En seguimiento a la nota metodológica al pie del cuadro 21, el cálculo de la informalidad para los trabajadores independientes tiene en cuenta la tenencia o no del Registro Único de Contribuyente (RUC). La información presentada también categoriza a los trabajadores independientes, distinguiendo entre cuenta propia y patrones. Bajo estas dos subcategorías, el mayor impacto en términos de formalización se dio para los empleadores que pasaron de una tasa de informalidad del 50% en 2008 al 33% en 2015. En términos absolutos, la mejora de estos 17 puntos impactó en 18.884 empleadores. Para el caso de los cuentapropistas la mejora también fue importante, pasando del 89,1% en 2008 al 85,6% en 2015. Los 3,5 puntos porcentuales de reducción de la informalidad supusieron, en términos absolutos, 29.690 trabajadores por cuenta propia con RUC.

## CUADRO 21

## Empleo informal, 2008-2015

(en número de personas y porcentaje de totales respectivos)

Categorías	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%
<b>Empleo total</b>	<b>2.692.833</b>		<b>2.825.414</b>		<b>2.808.089</b>		<b>2.951.445</b>		<b>3.152.261</b>		<b>3.194.421</b>		<b>3.178.940</b>		<b>3.253.185</b>	
Formal	604.087	22,4	633.495	22,4	652.538	23,2	769.648	26,1	811.731	25,8	910.465	28,5	949.608	29,9	953.339	29,3
Informal	2.077.339	77,1	2.178.433	77,1	2.142.491	76,3	2.173.668	73,6	2.335.257	74,1	2.270.480	71,1	2.222.364	69,9	2.293.581	70,5
No disponible	11.407	0,4	13.486	0,5	13.060	0,5	8.129	0,3	5.273	0,2	13.476	0,4	6.968	0,2	6.265	0,2
<b>Asalariados</b>	<b>1.388.194</b>		<b>1.390.148</b>		<b>1.477.035</b>		<b>1.573.858</b>		<b>1.645.491</b>		<b>1.768.930</b>		<b>1.789.485</b>		<b>1.829.289</b>	
Formal	436.464	31,4	450.410	32,4	475.951	32,2	549.461	34,9	595.007	36,2	685.110	38,7	687.299	38,4	705.926	38,6
Informal	950.279	68,5	937.324	67,4	1.000.765	67,8	1.024.397	65,1	1.049.775	63,8	1.080.631	61,1	1.101.491	61,6	1.121.840	61,3
No disponible	1.451	0,1	2.414	0,2	319	0,0	0	0,0	709	0,0	3.189	0,2	695	0,0	1.523	0,1
<b>Independiente</b>	<b>1.075.469</b>		<b>1.181.653</b>		<b>1.106.113</b>		<b>1.155.507</b>		<b>1.300.139</b>		<b>1.207.774</b>		<b>1.211.121</b>		<b>1.164.161</b>	
Formal	167.623	15,6	183.085	15,5	176.587	16,0	220.187	19,1	216.724	16,7	225.355	18,7	262.309	21,7	247.413	21,3
Informal	901.243	83,8	992.607	84,0	920.161	83,2	931.029	80,6	1.079.377	83,0	974.806	80,7	942.895	77,9	912.049	78,3
No disponible	6.603	0,6	5.961	0,5	9.365	0,8	4.291	0,4	4.038	0,3	7.613	0,6	5.917	0,5	4.699	0,4
<b>Empleado / obrero público</b>	<b>259.250</b>		<b>248.453</b>		<b>258.258</b>		<b>295.899</b>		<b>299.564</b>		<b>363.637</b>		<b>317.641</b>		<b>362.809</b>	
Formal	210.920	81,4	204.206	82,2	208.624	80,8	234.655	79,3	232.054	77,5	305.753	84,1	264.105	83,1	299.491	82,5
Informal	47.870	18,5	43.955	17,7	49.634	19,2	61.244	20,7	67.088	22,4	57.664	15,9	53.398	16,8	63.318	17,5
No disponible	460	0,2	292	0,1	0	0,0	0	0,0	422	0,1	220	0,1	138	0,0	0	0,0
<b>Empleado / obrero privado</b>	<b>931.450</b>		<b>951.035</b>		<b>1.006.246</b>		<b>1.084.896</b>		<b>1.145.688</b>		<b>1.176.396</b>		<b>1.252.532</b>		<b>1.236.494</b>	
Formal	223.716	24,0	245.852	25,9	267.327	26,6	314.699	29,0	358.329	31,3	375.605	31,9	418.233	33,4	404.143	32,7

(Continúa en página siguiente)

(Continuación cuadro 21)

Categorías	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%
Informal	706.743	75,9	703.061	73,9	738.600	73,4	770.197	71,0	787.072	68,7	798.003	67,8	833.742	66,6	830.828	67,2
No disponible	991	0,1	2.122	0,2	319	0,0	0	0,0	287	0,0	2.788	0,2	557	0,0	1.523	0,1
<b>Empleado doméstico</b>	<b>197.494</b>		<b>190.660</b>		<b>212.531</b>		<b>193.063</b>		<b>200.239</b>		<b>228.897</b>		<b>219.312</b>		<b>229.986</b>	
Formal	1.828	0,9	352	0,2			107	0,1	4.624	2,3	3.752	1,6	4.961	2,3	2.292	1,0
Informal	195.666	99,1	190.308	99,8	212.531	100,0	192.956	99,9	195.615	97,7	224.964	98,3	214.351	97,7	227.694	99,0
No disponible	0	0,0	0	0,0			0	0,0	0	0,0	181	0,1	0	0,0	0	0,0
<b>Trabajador por cuenta propia</b>	<b>929.772,0</b>		<b>1.017.935,0</b>		<b>958.630,0</b>		<b>1.003.958,0</b>		<b>1.121.147,0</b>		<b>1.005.305,0</b>		<b>1.005.874,0</b>		<b>1.002.042,0</b>	
Formal	96.757	10,4	105.250	10,3	104.546	10,9	129.874	12,9	109.685	9,8	112.721	11,2	139.829	13,9	140.756	14,0
Informal	828.434	89,1	909.346	89,3	845.979	88,2	872.066	86,9	1.008.755	90,0	888.824	88,4	860.897	85,6	858.124	85,6
No disponible	4.581	0,5	3.339	0,3	8.105	0,8	2.018	0,2	2.707	0,2	3.760	0,4	5.148	0,5	3.162	0,3
<b>Empleado o patrón</b>	<b>145.697</b>		<b>163.718</b>		<b>147.483</b>		<b>151.549</b>		<b>178.992</b>		<b>202.469</b>		<b>205.247</b>		<b>162.119</b>	
Formal	70.866	48,6	77.835	47,5	72.041	48,8	90.313	59,6	107.039	59,8	112.634	55,6	122.480	59,7	106.657	66,0
Informal	72.809	50,0	83.261	50,9	74.102	50,3	58.963	38,9	70.622	39,5	85.982	42,5	81.998	40,0	53.925	33,0
No disponible	2.022	1,4	2.622	1,6	1.260	0,9	2.273	1,5	1.331	0,7	3.853	1,9	769	0,4	1.537	1,0
<b>Trabajador familiar no remunerado</b>	<b>225.817</b>	<b>100</b>	<b>248.502</b>	<b>100</b>	<b>221.565</b>	<b>100</b>	<b>218.242</b>	<b>100</b>	<b>206.105</b>	<b>100</b>	<b>215.043</b>	<b>100</b>	<b>177.978</b>	<b>100</b>	<b>259.692</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EPH, DGEEC.  
 Nota: La metodología utilizada para la medición del empleo informal se basa en CIET (1993); las directrices sobre una definición estadística del empleo informal en CIET (2003) y OIT (2013). En seguimiento a estas fuentes, el cálculo de la informalidad para los asalariados utiliza como variable proxy la cotización a la seguridad social (pensiones); y en el caso de los cuentapropistas, la tenencia de RUC. A diferencia del cuadro 19, este cuadro referido al sector informal parte de una población en edad de trabajar considerando a todas las personas de 15 y más años de edad. Esto último, para fines comparativos con estadísticas regionales y en línea con las estadísticas del MITESS (2016).

CUADRO 22  
Empleo asalariado formal por sexo, 2015  
(en número de personas y porcentaje)

Categoría de ocupación	Total asalariados		Sexo			
	Total	Porcentajes	Hombres	Porcentajes	Mujeres	Porcentajes
Asalariados	703.634	100	403.488	57,3	300.146	42,7
Empleado/obrero público	299.491	100	140.457	46,9	159.034	53,1
Empleado/obrero privado	404.143	100	263.031	65,1	141.112	34,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EPH, DGEEC, (2015).

Nota: Se excluye a los trabajadores domésticos.

El aumento señalado en el nivel de aseguramiento (jubilación) de los asalariados se asocia, en parte, con los cambios ocurridos en la estructura del empleo y con el rol que ha cumplido en esta materia la principal institución del sector, el Instituto de Previsión Social (IPS), en ampliar su base de cotizantes. Así, basado en los procesamientos de la EPH (2007-2015) se observa que casi el 80% del aumento en el número trabajadores asalariados con cotización al sistema de seguridad social (pensiones) se registró en el sector terciario y específicamente en la rama “servicios comunales, sociales y personales”. Resulta oportuno destacar que la cobertura en caso de invalidez, vejez y muerte (pensiones) no recae únicamente en el Instituto de Previsión Social, sino que este último coexiste con otras siete instituciones o cajas de previsión social que son la Caja Fiscal, Caja Bancaria, Caja Municipal, Caja Parlamentaria, Caja Ferroviaria, ANDE e Itaipú (Casalí y Velásquez, 2016).

El seguimiento coyuntural de los datos del mercado laboral paraguayo a corto plazo se limita a Asunción y áreas urbanas del departamento central, mediante la Encuesta Continua de Empleo (ECE). La cobertura geográfica de la ECE representa cerca del 40% de la PEA nacional y más del 60% de la PEA urbana. En línea con los datos de crecimiento económico, no se observan señales de crisis en los datos de empleo. Entre el último trimestre de 2014 y el último trimestre de 2015, la tasa de desempleo en Asunción y el departamento central urbano bajó de 6,5% a 5,8%, resultado de la creación neta de empleo del 3,8% y una leve baja en la tasas de participación, de 64,3% en el último trimestre de 2014 a 63,3% en igual período de 2015. Esta tasa de creación de empleo incluso resulta sorprendentemente elevada, ya que implicaría una baja de la productividad laboral, si es que se puede extrapolar al empleo no agrícola total.

Adicionalmente, bajó la tasa de subempleo por horas, de 3,8% a 2,9%. En la composición de empleo por categorías de ocupación no se observan grandes variaciones en la proporción de asalariados y trabajadores por cuenta propia.

Datos más recientes indican que la tasa de desempleo abierto para el tercer trimestre de 2016 fue del 6,9%, ligeramente superior al observado en el último trimestre de 2014 y 2015, e inferior a la observada en el segundo trimestre de 2016 (8,9%). Según datos de la ECE, se estima que 84.000 personas buscaban trabajo de forma activa para el tercer trimestre de 2016.

En resumen, por el momento, tanto el crecimiento del PIB como los indicadores básicos del mercado laboral muestran una situación estable. Sin embargo, el contexto subregional, especialmente la crisis económica en Brasil y Argentina, podría tener un impacto coyuntural negativo en Paraguay, en consecuencia, las políticas públicas deben estar preparadas (Casanova *et al.*, 2016).

#### Recuadro 4. Recomendación sobre la transición de la economía informal a la formal, 2015

En 2015, la OIT adoptó una nueva norma internacional del trabajo para apoyar la transición de la economía informal a la formal. Se estima que más de la mitad de la fuerza laboral del mundo se encuentra en la economía informal, la que se caracteriza por la denegación de los derechos del trabajo, la falta de oportunidades de empleo de calidad, así como por la baja productividad, una inadecuada protección social y un diálogo social deficiente, ello, al mismo tiempo, es un obstáculo para el desarrollo de empresas sostenibles. Para el caso de Paraguay, la participación del empleo informal respecto del total alcanza el 70% para 2015 (cf. cuadro 21).

La R204 reconoce que la mayoría de las personas que entran en la economía informal no lo hace por elección sino por la falta de oportunidades en la economía formal y por no disponer de otros medios de subsistencia. Esta nueva norma propone estrategias y orientaciones prácticas respecto de las políticas y las medidas que pueden facilitar la transición de la economía informal a la formal. En este sentido, la R204 proporciona orientación a los Estados miembros de la OIT para:

- Facilitar la transición de los trabajadores y las unidades económicas de la economía informal a la formal, y a la vez respetar los derechos fundamentales de los trabajadores y garantizar oportunidades de seguridad en los ingresos, medios de subsistencia y desarrollo empresarial.
- Promover la creación, preservación y sostenibilidad de empleos decentes en la economía formal y la coherencia de las políticas macroeconómicas, de empleo, de protección social y otras políticas sociales.
- Prevenir la informalización de los empleos de la economía formal.

Fuente: Elaboración propia basada en la Recomendación 204.

## VII. Reflexiones finales

La revisión de la protección social en salud en Paraguay, su nivel actual de cobertura y las dificultades para alcanzar el cumplimiento de las garantías establecidas por la Resolución 202 de la OIT, sugiere que los desafíos a enfrentar son múltiples y complejos. En virtud de la organización del sector, debido en gran parte al alto grado de empleo informal, constituye una enorme barrera para la extensión de la protección social en general. A partir de la información proveniente de los registros administrativos del IPS se ha podido comprobar que, si bien la proporción de asegurados ha crecido en los últimos años, aún abarca un porcentaje muy reducido de la población total (21% en 2015 según EPH). No obstante, se deduce que los problemas de cobertura y equidad en la atención de la salud exceden la problemática del empleo y la informalidad de la economía.

Se ha visto que los recursos que el país destina al cuidado de la salud son importantes. El gasto total en salud ronda el 10% del PIB, lo que indica un esfuerzo importante de la sociedad para destinar una parte sustancial de sus ingresos al gasto en salud. No obstante, debido al nivel de desarrollo de Paraguay resulta insuficiente, y medido como dólares por habitante, es muy inferior al resto de países del Cono Sur. A su vez, la organización del sector indica una muy desigual e ineficiente asignación de esos recursos. El nivel de gasto privado en salud resulta muy elevado, aún comparándolo con los países vecinos. De aquel total, el gasto público y en seguridad social se ubica cerca del 4,5% del PIB, un nivel cercano a Chile, pero bastante menor a Argentina, Brasil o Uruguay, donde los sistemas públicos y la seguridad social presentan un desarrollo mucho más temprano o sostenido. El indicador más elocuente de los problemas del sistema de salud lo constituye el nivel de pagos directos que realizan los hogares. En el 2013 representaban poco menos del 40% del gasto total en salud.

Mientras más importante sea el subsistema público, mayor será la redistribución implícita en el funcionamiento del sistema de salud y más homogénea será la cobertura. Por el contrario, el mayor peso del financiamiento de bolsillo estará acompañado de una menor redistribución y una mayor inequidad. En cambio, cuanto más desarrollada esté la seguridad social en la provisión y financiamiento de la salud, en principio, mayor sería la brecha de cobertura entre los trabajadores formales y el resto de la población que solo tenga acceso al subsector público. No obstante, la experiencia internacional brinda ejemplos de que esto será efectivamente cierto dependiendo del grado de articulación entre la seguridad social y la provisión pública. Se puede concluir que el sistema de salud paraguayo se encuentra muy fragmentado en su financiamiento, organización institucional y provisión de los beneficios y no existe una adecuada coordinación entre los componentes público, seguridad social y privado y mixto.

Ciertamente, desde 2008 se ha procurado avanzar en forma progresiva en la universalidad de los servicios mediante la declaración de gratuidad extendida a todas las prestaciones ofrecidas por los servicios de salud dependientes del MSPBS. Es en este marco que el Consejo Nacional de Salud ha asumido la responsabilidad de articular los sectores público y privado, y de la descentralización administrativa del sistema por la vía de los Consejos Locales de Salud con el objetivo de mejorar la equidad de acceso entre las diferentes zonas geográficas. Sin embargo, no se ha logrado revertir la segmentación señalada.

Pese a que el gasto en salud ha aumentado de manera significativa durante los últimos años, persisten deficiencias importantes como la baja cobertura de la población protegida, un alto gasto de bolsillo que perjudica en forma principal a los más pobres y, por tanto, el acceso a los servicios sigue dependiendo en gran medida de la capacidad de pago de las personas. Lamentablemente el sistema sigue mostrando una importante fragmentación y las iniciativas de integración entre los servicios del ministerio e IPS han sido insuficientes y la articulación con la oferta privada sigue siendo una asignatura pendiente, subsistiendo importantes subsidios cruzados que le restan transparencia e impacto redistributivo al sistema de salud. La introducción de paquetes de servicios garantizados para toda la población puede ser un mecanismo adecuado para mejorar el acceso y cobertura de calidad.

Sin intentar aquí agotar la presentación de los desafíos que integran la compleja agenda de reformas en el área de la salud, y concentrándonos en algunos que

se relacionan de manera específica con la organización y financiamiento, se pueden señalar algunas líneas de reforma que no son independientes y que debieran conformar un sendero futuro de modificaciones, algunas ya en marcha.

En primer lugar, un gran desafío de tipo institucional consiste en redefinir el gobierno del sistema en su conjunto, fortaleciendo las instancias de rectoría desde el gobierno nacional, logrando construir una efectiva capacidad de coordinar y regular los diferentes subsectores proveedores de servicios de atención de la salud.

En segundo lugar, y muy relacionado con lo anterior, teniendo en cuenta la magnitud del gasto en salud y las dificultades para lograr mayores recursos para el financiamiento público, se debe destacar la necesidad de reducir el gasto de bolsillo y reemplazarlo por mayor gasto público. Asimismo, la escasa cobertura de la seguridad social requiere un esfuerzo mayor para coordinar los subsectores público y seguridad social, así como profundizar la regulación del sector privado, del que existe poca información.

En tercer término, la readecuación de la oferta pública demanda un mayor esfuerzo en la formación de recursos humanos aptos para el tipo de prestaciones que se prioricen en el sector y una mayor inversión en infraestructura que posibilite una adecuada presencia de la oferta pública a lo largo del territorio.

En cuarto lugar se debe considerar la cuestión territorial. Si bien es cierto que hoy las gobernaciones y municipios participan de una reducida proporción del gasto público en salud, desde el 2008 se ha iniciado un camino hacia la mayor descentralización, que incluye la creación del fondo de equidad para la descentralización en salud y la conformación de más de 200 consejos en el 80% de los municipios. En esta dirección de reformas se deberán extremar los cuidados para que la descentralización, en lugar de ser una solución, sea fuente de nuevas dificultades. Teniendo en cuenta la disparidad económica y de capacidades entre las diferentes regiones, así como la desigual calidad del empleo entre zonas urbanas y rurales, es imprescindible acompañar el diseño de políticas de descentralización con la adopción de instancias de coordinación y compensación de diferencias de acceso y cobertura. En parte ello puede ser abordado desde la construcción y fortalecimiento de redes integradas de servicios de salud, formación de recursos humanos adecuados para cada situación particular y un necesario programa de inversiones requeridas a lo largo del territorio. Sin duda, el fondo antes mencionado debiera tener un papel importante para cuidar estos problemas y evitar

que existan barreras de acceso a la salud relacionadas con la localización geográfica de las personas.

En quinto lugar, debe incorporarse en el diseño de reformas la necesidad de atender el proceso de transición demográfica que vive Paraguay. Como resultado de esos cambios, la estructura poblacional por edad muestra una disminución en la proporción de la población infantil y juvenil, mientras aumenta la población en edad activa y el porcentaje de adultos mayores. El denominado “bono demográfico” que se verifica en los procesos de transición demográfica donde la población dependiente (adultos mayores y niños) resulta menor a la población en edad de trabajar, es una oportunidad que debe ser aprovechada, pero es también un llamado de alerta acerca de la necesidad de prever problemas futuros.

En sexto lugar y, en parte relacionado con lo anterior, el sistema de salud debe tomar nota de los retos que provienen de una transición epidemiológica que resulta de la combinación de una alta tasa de mortalidad infantil, el peso relevante de enfermedades transmisibles y la prevalencia de enfermedades no transmisibles, propias de un contexto moderno.

Por último, se debe resaltar una vez más que una parte sustantiva de las necesidades en materia de salud de la población dependen de políticas que exceden las propias del sector. En sociedades como la paraguaya siguen siendo muy importantes los determinantes sociales de la salud. Deben ser considerados factores que se relacionan, entre otras cuestiones, con el grado de desarrollo económico y social de cada región. De manera especial, aquí se ha brindado evidencia de la existencia de un importante desafío en relación con el hecho de que una de las principales barreras al acceso a los servicios, además de la geográfica y económica, es la cultural, ya que el enfoque intercultural y de derechos humanos todavía no ha sido suficientemente incorporado en la atención hospitalaria.

## Referencias bibliográficas

Banco Central del Paraguay

(2015). *Anexo estadístico. Informe económico* (Asunción, Banco Central del Paraguay).

Bertranou, F.; Casalí, P.; Casanova, L. y Cetrángolo, O.

(2013). *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva* (Lima, Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe).

Bertranou, F.; Casalí, P. y Schwarzer, H.

(2014). *La estrategia de desarrollo de los sistemas de seguridad social de la OIT. El papel de los pisos de protección social en América Latina y el Caribe* (Lima, Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe).

Casalí, P. y Velásquez, M.

(2016). *Paraguay. Panorama de la protección social: diseño, cobertura y financiamiento* (Santiago, Oficina Internacional del Trabajo).

Casalí, P. y Schwarzer, H.

(2010). "El piso de protección social: desarrollo conceptual y aplicación en América Latina", en *Panorama laboral 2010* (Lima, Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe).

Casanova, L.; Casalí, P.; Bertranou, F.; Cetrángolo, O. y Goldschmit, A.

(2016). *Dilemas de la protección social frente a la desaceleración económica: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay* (Santiago, Oficina Internacional del Trabajo).

CELADE

(2015). *América Latina. Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo, 1950* (Santiago, División de Población de la CEPAL).

## CEPAL

(2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (Montevideo, CEPAL).

- *Panorama fiscal de América Latina y el Caribe 2015. Dilemas y espacios de políticas* (Montevideo, CEPAL).

## CEPAL y OIT

(2014). *Formalización del empleo y distribución de los ingresos laborales, serie Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe N° 11* (Santiago, CEPAL).

## Cetrángolo, O.; Jiménez, J.P. y Ruiz del Castillo, R.

(2009). *Rigideces y espacio fiscal en América Latina: un estudio de experiencias comparadas, serie Macroeconomía del Desarrollo N° 97*, (Santiago, CEPAL).

## CIET

(1993). *Resolución sobre las estadísticas del empleo en el sector informal, 15ª Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo* (Ginebra, OIT).

- (2013). *Directrices sobre una definición estadística del empleo informal, 17ª Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo* (Ginebra, OIT).

## Comité Interinstitucional de Cuentas Nacionales de Salud

(2013). *Cuentas nacionales de salud. Paraguay, 2012-2013* (Asunción, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social).

## Departamento de Evaluación del Gasto Público

(2012). *Evaluación de programas públicos* (Asunción, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Control y Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Vectores - SENEP, Ministerio de Hacienda).

## Diderichsen, F.

(2004). *Resource allocation for health equity: issues and methods*, HNP Discussion Paper (Washington D.C., Banco Mundial).

## DGEEC

(2012). *Boletín de empleo. Encuesta Permanente de Hogares 2012* (Asunción, DGEE).

- (2015). *Paraguay. Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000-2025. Revisión 2015* (Asunción, Paraguay).

## Evans, T.; Whitehead, M.; Diderichsen, F.; Bhuiya, A.; Wirth, M.

(2001). "Introduction", en *Challenging inequities in health care: from ethics to action* (Nueva York, Oxford University Press).

Gaete, R.

(2015). *Financiamiento de la cobertura universal en salud en el Paraguay* (Asunción, OPS/OMS).

Giménez, E.

(2012). *Introducción al sector salud del Paraguay. Una aproximación conceptual y metodológica para el análisis sectorial* (Asunción, Instituto de Desarrollo).

Gómez, J.M.

(2009). *Pobreza multidimensional como herramienta de focalización de políticas públicas y complemento a los cálculos de pobreza oficial según líneas de corte* (Asunción).

González, C.

(2010). *El empleo informal en el Paraguay: evolución, características y consideraciones de políticas públicas* (Asunción, Fundación Konrad Adenauer, Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya).

Guillén, M.C.

(2011). *Paraguay. Sistemas de salud en Sudamérica: desafíos hacia la integralidad y equidad* (Asunción, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Presidencia de la República del Paraguay).

IPS

(2013). *IPS en cifras. Estadísticas e indicadores de salud y seguridad social* (Asunción, Dirección de Planificación, Instituto de Previsión Social).

– (2013a). *Seguro social del IPS. Carta orgánica comentada*. Edición conmemorativa de los 69 años de creación del Seguro Social y del Instituto de Previsión Social (Asunción, Instituto de Previsión Social).

– (2015). *Balance anual de gestión pública, 2014* (Asunción, Instituto de Previsión Social).

Jiménez, P.

(2013). *Fortalezas, debilidades y desafíos de la Superintendencia de Salud*, Monitor Estratégico N° 3 (Asunción, Superintendencia Nacional de Salud).

Lavigne, M.

(2012). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe. Paraguay* (Santiago, CEPAL).

Mancuello, J. y Cabral de Bejarano, M.

(2011). *Revista de Salud Pública del Paraguay*, Vol. 1 (1): 13-25 (Asunción, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social).

### Ministerio de Hacienda del Paraguay

- (2016). *Proyecto de Ley de Presupuesto. Ingresos por entidad. Ejercicio fiscal de cada año* (Asunción, Ministerio de Hacienda del Paraguay).
- (2016a). *Informe de las finanzas públicas de la República del Paraguay* (Asunción, Ministerio de Hacienda).

### MSPBS

- (2013). *2013-2018 Plan estratégico institucional* (Asunción, Dirección General de Planificación y Evaluación, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social).
- (2015). *Indicadores básicos de salud. Paraguay 2015* (Asunción, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social).
  - (2015a). *Rendición de cuentas 2015* (Asunción, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social).
  - (2016). *Indicadores básicos de salud. Paraguay 2016* (Asunción, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social).

### MSPBS, DGEEC y OPS/OMS

(2007). *Exclusión social en salud en Paraguay 2007: análisis a nivel nacional y regional* (Asunción, MSPBS, DGEEC y OPS/OMS).

### MTESS

(2016). *Boletín estadístico de la seguridad social 2015* (Asunción, MTESS).

### OCDE

(2016). *Taxing wages in Latin America and the Caribbean. Special feature: A view on taxes, social protection and informality in Latin America using taxing wages modelling* (París, OCDE).

### OIT

- (2001). *Seguridad social: temas, retos y perspectivas*, Informe VI, 89ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (Ginebra, OIT).
- (2008). *Declaración de la OIT sobre la justicia social y una globalización equitativa*, adoptada en la 97ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (Ginebra, OIT).
  - (2011). *Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa* (Ginebra, OIT).
  - (2012). *Recomendación 202 sobre los pisos de protección social, 2012* (Ginebra, OIT).
  - (2013). *La medición de la informalidad: manual estadístico sobre el sector informal y el empleo informal* (Ginebra, OIT).

- (2014). *Leve reducción del empleo informal y principales desafíos en Paraguay*, Serie Notas sobre Formalización (Lima, FORLAC, Programa de Promoción de la Formalización en América Latina y el Caribe, OIT).
- (2015). *Panorama laboral 2015. América Latina y el Caribe* (Lima, Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe).

#### OIT y DGEEC

(2013). *Magnitud y características del trabajo infantil y adolescente en el Paraguay. Encuesta Nacional de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes, EANNA 2011* (Asunción, OIT y DGEEC).

#### ONU

(2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015* (Nueva York, Naciones Unidas).

#### OMS

- (2009). *Informe final. Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión sobre los determinantes sociales de la salud* (Buenos Aires, OMS).
- (2010). *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (Ginebra, OMS).
  - (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 53º Consejo Directivo (Washington D.C., OMS).

#### OPS

- (2008). *Perfil de los sistemas de salud Paraguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*, Tercera edición (Washington D.C., OPS).
- (2012). *Salud de las Américas. Paraguay* (Washington D.C., OPS).

#### OPS/OMS

(2015) *Enfermedades transmisibles y análisis de salud. Información y análisis de salud. Iniciativa regional de datos básicos en salud* (Washington D.C., OPS).

#### PND

(2014) *Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030* (Asunción, Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social).

#### PNUD

(2013). *Informe nacional sobre desarrollo humano. Paraguay 2013* (Asunción, PNUD).

#### PNUD/OIT

(2013). *Informe nacional sobre desarrollo humano. Trabajo decente y desarrollo humano* (Asunción, PNUD/OIT).

Ramírez, J.

(2015). *Paraguay: inversión en protección social, 2013-2014* (Asunción, CADEP).

Rodríguez, J.C. y Villalba, R.

(2016). *Gasto y gestión de la salud pública. Situación y escenario materno infantil. Investigación para el desarrollo* (Asunción).

Serafini, V.

(2016). *Paraguay: inversión en protección social no contributiva* (Asunción, Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya).

Titelman, D.; Acosta, O.L. y Cetrángolo, O.

(2014). "Universal health coverage in Latin American countries: how to improve solidarity-based schemes", en *The lancet, universal health coverage in Latin America* (Londres).

Wagstaff, A.

(2009). *Social health insurance vs. tax-financed health systems - Evidence from the OECD*, Policy Research Working Paper 4821 (Washington D.C., Banco Mundial).

Whitehead, M.

(1991). *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*, Serie Reprints N° 9 (Washington D.C., OPS).

## Anexo estadístico

CUADRO A-1  
Cantidad de nacimientos y tasa global de fecundidad, 2001-2024

Año	Nacimientos	TGF
2001	141.500	3,45
2002	141.432	3,36
2003	141.522	3,28
2004	141.681	3,20
2005	141.857	3,12
2006	142.126	3,05
2007	142.401	2,98
2008	142.668	2,92
2009	142.982	2,86
2010	143.285	2,80
2011	143.612	2,75
2012	143.902	2,70
2013	144.078	2,65
2014	144.268	2,61
2015	144.445	2,57
2016	144.593	2,53
2017	144.695	2,50
2018	144.794	2,47
2019	144.877	2,44
2020	144.940	2,41
2021	144.997	2,39
2022	145.057	2,36
2023	145.105	2,34
2024	145.228	2,32

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de DGEEC (2015).

CUADRO A-2  
Indicadores por departamento

Departamento	RMM (por 100 mil nacidos vivos)	TMI (por mil nacidos vivos)	TM por enfermedades transmisibles (c/100 mil hab.)	Densidad poblacional	Población < 15 años y > 60 años	Camas cada 1.000 habitantes (MSPBS + IPS)
Alto Paraguay	692,0	17,3	45,2	-	45,8	4,8
Alto Paraná	151,6	20,4	19,3	53	40,0	0,4
Amambay	35,6	19,9	45,3	10	41,3	0,9
Asunción	64,1	11,6	66,5	4,407	39,8	4,6
Boquerón	152,2	29,7	41,4	1	40,1	0,4
Caaguazú	90,3	13,5	19,8	42	43,5	0,5
Caazapá	84,2	8,4	27,7	16	45,0	0,9
Canindeyú	158,8	11,8	16,5	13	44,1	0,5
Central	103,9	13,9	34,0	901	38,0	0,7
Concepción	71,8	19,1	38,0	11	45,4	1,2
Cordillera	24,1	10,9	42,3	57	42,2	0,8
Guairá	100,9	11,1	34,8	52	41,4	1,0
Itapúa	70,1	11,1	19,6	33	41,5	1,0
Misiones	55,1	9,9	27,6	12	41,6	1,4
Ñemubucú	-	7,5	36,8	7	39,9	1,3
Paraguari	66,1	14,9	35,0	28	43,0	1,4
Pdte. Hayes	157,8	17,9	35,9	2	42,6	1,2
San Pedro	60,6	15,0	26,3	18	44,5	0,8
País	96,3	14,6	32,3	5,663	40,7	1,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de MSPBS.





