

PARAGUAY: INVERSIÓN EN PROTECCIÓN SOCIAL NO CONTRIBUTIVA

Avances y desafíos
una década después

Verónica Serafini Geoghegan



PARAGUAY: INVERSIÓN EN PROTECCIÓN SOCIAL NO CONTRIBUTIVA

Avances y desafíos
una década después

Verónica Serafini Geoghegan



PARAGUAY: INVERSIÓN EN PROTECCIÓN SOCIAL NO CONTRIBUTIVA
Avances y desafíos una década después.

Verónica Serafini Geoghegan

Colaboradores: Analía Martínez y Gerardo Benítez

© Proyecto “Debates y acciones para mejorar la calidad de la inversión social en Paraguay”

Implementado por Paraguay Debate y financiado por la Unión Europea.

© Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP

Piribebuy 1058, Asunción - Paraguay

Teléfono 452 520 / 454 140 / 496 813

cadep@cadep.org.py

www.cadep.org.py

ISBN: 978-99967-819-8-8 (versión web)

ISBN: 978-99967-819-9-5 (versión impresa)

La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva del Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP), y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

Diseño y diagramación: Karina Palleros

Impresión: QR Impresiones

RESUMEN

Este estudio presenta una descripción de las principales acciones públicas de protección social no contributiva relacionadas con el derecho a un ingreso y a la salud, así como los vínculos de esta política con la agricultura familiar. El documento parte del marco conceptual de Protección social propuesto por la Unión Europea (UE) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para analizar la información presupuestaria. El estudio se centra en los recursos ejecutados en la función Promoción y Acción Social e incorpora otros programas presupuestarios que si bien no se encuentran en la función referida, tienen impacto en factores que contribuyen a la reducción de riesgos y vulnerabilidades como por ejemplo la inversión en salud, agua potable y agricultura familiar. Estos recursos tienen vínculos muy cercanos con los objetivos de la protección social no contributiva. Los principales hallazgos se enmarcan en el análisis de los recursos utilizados, así como de problemas en los criterios de asignación de los recursos a la función promoción y Acción Social. El Estado –sector público y ciudadanía– debe discutir no solo una política de protección social sino también como calcular el esfuerzo fiscal que está realizando el país.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Siglas y acrónimos | 7 |
| Introducción | 9 |
| 1. Una aproximación conceptual a la política de protección social | 12 |
| 2. Paraguay en América Latina | 16 |
| 2.1. Algunos indicadores seleccionados | 16 |
| 2.2 La inversión social | 18 |
| 3. La inversión social en Paraguay | 24 |
| 4. Inversión en protección social no contributiva: la función de Promoción y acción social | 29 |
| 4.1 Pobreza, vulnerabilidad y protección social: el debate necesario en Paraguay | 29 |
| 4.2 Una mirada a los recursos dirigidos a protección social no contributiva | 31 |
| 5. Protección social, salud y agua potable | 38 |
| 6. La equidad de la inversión social: salud, agua potable y saneamiento, agricultura familiar | 50 |
| 7. Gobernaciones y municipalidades: roles y recursos para protección social | 54 |
| 7.1 Las transferencias a las gobernaciones | 55 |
| 7.2 Las transferencias a las municipalidades | 58 |
| 8. Conclusiones | 61 |
| Bibliografía | 65 |

ÍNDICE

Cuadros

| | | |
|------------|--|----|
| Cuadro 1. | Indicadores de salud | 16 |
| Cuadro 2. | Indicadores de pobreza de ingreso y de desigualdad del ingreso | 17 |
| Cuadro 3. | Gasto social total por persona (En dólares) | 18 |
| Cuadro 4. | Gasto social en educación por persona (En dólares) | 19 |
| Cuadro 5. | Gasto social en salud por persona (En dólares) | 20 |
| Cuadro 6. | Gasto social en seguridad y asistencia social por persona (En dólares) | 21 |
| Cuadro 7. | Gasto social en vivienda y otros por persona (En dólares) | 22 |
| Cuadro 8. | Instituciones que integran el presupuesto de la Administración Central (AC) | 24 |
| Cuadro 9. | Indicadores seleccionados de inversión social (real) | 25 |
| Cuadro 10. | Evolución del gasto social real (obligado) en los últimos 10 años por función. Participación relativa (%) | 26 |
| Cuadro 11. | Evolución del gasto social real (obligado) en los últimos 10 años por función. Tasa de crecimiento anual (%) | 27 |
| Cuadro 12. | Evolución de la inversión social en Promoción y acción social | 31 |
| Cuadro 13. | Evolución de la inversión en Promoción y acción social por programas. Participación relativa (%). | 33 |
| Cuadro 14. | Evolución de la inversión social en Tekoporã y Abrazo | 36 |
| Cuadro 15. | Gasto total (público y privado) en salud | 40 |
| Cuadro 16. | Incidencia del gasto de bolsillo en los ingresos familiares | 40 |
| Cuadro 17. | Ejecución presupuestaria de los principales programas de salud. Participación relativa (%) | 41 |
| Cuadro 18. | Ejecución presupuestaria de los principales programas de salud de atención primaria y atención hospitalaria. Participación relativa (%) | 42 |
| Cuadro 19. | Descripción de los principales programas presupuestarios de la función salud en el MSPBS | 43 |
| Cuadro 20. | Personas que se enfermaron y consultaron | 44 |
| Cuadro 21. | Personas que se enfermaron y consultaron según tipo de establecimiento | 45 |
| Cuadro 22. | Personas que se enfermaron y consultaron en establecimientos de atención primaria | 45 |
| Cuadro 23. | Personas que se enfermaron y consultaron en hospitales | 46 |
| Cuadro 24. | Personas que cuentan con IPS según área de residencia | 47 |
| Cuadro 25. | Personas que cuentan con IPS según nivel socioeconómico | 47 |
| Cuadro 26. | Cobertura de agua potable en red según área de residencia | 48 |
| Cuadro 27. | Cobertura de agua potable en red según nivel socioeconómico | 48 |
| Cuadro 28. | Cobertura de agua potable en red, según sexo del jefe de hogar | 48 |

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Cuadro 29. Evolución de los programas de agricultura familiar (obligado) de la función Asistencia y Promoción Social. Participación relativa (%) | 52 |
| Cuadro 30. Hogares con actividad agropecuaria que recibieron insumos | 53 |
| Cuadro 31. Transferencias realizadas por el Ministerio de Hacienda. En millones de guaraníes corrientes | 54 |
| Cuadro 32. Transferencias realizadas por el Ministerio de Hacienda. Como porcentajes del total de Inversión social y de la función Promoción y acción social | 54 |
| Cuadro 33. Principales programas de inversión social, 2014 | 55 |
| Cuadro 34. Cobertura de los programas de complemento nutricional y de alimentación escolar por departamento. Año 2015 | 57 |
| Cuadro 35. Ejecución presupuestaria y costo promedio por departamento. Año 2015 | 58 |
| Cuadro 36. Transferencias de recursos realizados por el Ministerio de Hacienda a las municipalidades. En millones de guaraníes corrientes | 60 |
| Cuadro 37. Principales programas de protección social no contributiva y de salud, 2014. En valores corrientes | 60 |
| Lista de gráficos | |
| Gráfico 1. Gasto social total por persona (En dólares) | 19 |
| Gráfico 2. Gasto social en educación por persona (En dólares) | 20 |
| Gráfico 3. Gasto social en salud por persona (En dólares) | 21 |
| Gráfico 4. Gasto social en seguridad y asistencia social por persona (En dólares) | 22 |
| Gráfico 5. Gasto social en vivienda y otros por persona (En dólares) | 23 |
| Gráfico 6. Indicadores seleccionados de inversión social (real) | 25 |
| Gráfico 7. Evolución del gasto social real (obligado) en los últimos 10 años por finalidad. Participación relativa (%) | 27 |
| Gráfico 8. Evolución de la inversión social en Promoción y acción social | 31 |
| Gráfico 9. Evolución de la cobertura de agua potable | 49 |

Siglas y acrónimos

| | |
|-----------|--|
| ACEPAR | Aceros del Paraguay |
| AECID | Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo |
| ANDE | Administración Nacional de Electricidad |
| CADEP | Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya |
| CAN | Censo Agropecuario Nacional |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina y el Caribe |
| CODENI | Consejería por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente |
| COFOG | Clasificación funcional del gasto de las Administraciones Públicas (siglas en inglés) |
| CONACYT | Consejo Nacional de Ciencias y Tecnologías |
| DESC | Derechos Económicos, Sociales y Culturales |
| DGEEC | Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos |
| DIBEN | Dirección de Beneficencia y Ayuda Social |
| DIPLANP | Dirección del Plan de la Estrategia de Lucha contra la Pobreza, la Desigualdad y la Exclusión Social |
| GTZ | Agencia Alemana de Cooperación Técnica (por sus siglas en Alemán) |
| ESSAP | Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay |
| FAO | Organización para la Alimentación y Agricultura |
| FES | Fondo de Equidad Social |
| FOCEM | Fondo para la Convergencia Estructural del MERCOSUR |
| FONACIDE | Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo |
| FONDEC | Fondo Nacional de la Cultura y las Artes |
| GS | Gabinete Social |
| INDERT | Instituto Nacional de Desarrollo Rural y de la Tierra |
| INDI | Instituto Paraguayo del Indígena |
| INERAM | Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente |
| INTN | Instituto Nacional de Tecnología, Normalización y Metrología |
| IPS | Instituto de Previsión Social |
| MAG | Ministerio de Agricultura y Ganadería |
| MEC | Ministerio de Educación y Cultura |
| MERCOSUR | Mercado Común del Sur |
| MOPC | Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones |
| MSPBS | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social |
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| OIT | Organización Internacional del Trabajo |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| SAS | Secretaría de Acción Social |
| SENADIS | Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad |
| SENASA | Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental |
| SENAVITAT | Secretaría Nacional de la Vivienda y el Hábitat |
| SIAF | Sistema Integrado de Administración Financiera |
| SINAFOCAL | Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral |
| SNPP | Servicio Nacional de Promoción Profesional |
| SNNA | Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia |
| TMC | Transferencias Monetarias con Corresponsabilidades |
| UE | Unión Europea |
| UNA | Universidad Nacional de Asunción |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas (por sus siglas en Inglés) |

Introducción

La política de protección social constituye un pilar fundamental para avanzar hacia la garantía del cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). Sin la vigencia efectiva de los DESC no será posible la reducción de la pobreza y de las desigualdades.

Esta política tiene cada vez mayor relevancia por el aumento de la incertidumbre que se deriva de los procesos de inserción internacional, que dejan a los países más vulnerables a las crisis financieras y alimenticias mundiales, al cambio climático que afecta a la seguridad alimenticia y aumenta la probabilidad de sequías o exceso de lluvias e inundaciones, a los procesos de urbanización y a las migraciones que debilitan los lazos familiares y comunitarios como mecanismos tradicionales de protección.

Los avances en protección social a lo largo del siglo XX e inicios del XXI tuvieron impacto en los indicadores de salud, educación, así como en el crecimiento económico. Diversos son los mecanismos a través de los cuales se producen estos logros. El aseguramiento en salud facilita el uso de la oferta de servicios de salud. El acceso a un ingreso propio proveniente de una pensión, jubilación o transferencia contribuye a la reducción de los obstáculos económicos que impiden una trayectoria educativa ininterrumpida, así como a niveles de consumo mínimos. Otras estrategias como las transferencias en especie buscan reducir los costos financieros y de oportunidad que implican hacer uso de la oferta pública de servicios.

Aun cuando las políticas ofrezcan servicios universales de salud y educación, las familias y personas pueden enfrentarse con obstáculos en el momento de hacer uso de los mismos. La política de protección social contribuye a remover dichos obstáculos.

Los costos de no implementar una política de protección social son relativamente altos y constituyen barreras al crecimiento económico y al desarrollo. El retraso en el crecimiento de niños y niñas, el rezago escolar y los bajos logros educativos, la pérdida de activos derivada de condiciones climáticas adversas y de enfermedades afectan la capacidad productiva de la economía y con ello las posibilidades de reducir la pobreza y las desigualdades. La inseguridad generada por la existencia de riesgos económicos potenciales pone límites a la inversión de las pequeñas empresas o de las fincas de la agricultura familiar, reduciendo las posibilidades de lograr mejores niveles de producción y rentabilidad.

Pero más allá del valor instrumental de la protección social, su importancia radica en que constituye un derecho fundamental establecido en instrumentos internacionales y en la Constitución de 1992, por lo que el Estado paraguayo está obligado a contar con esta política e invertir recursos en su implementación.

Durante la última década, Paraguay ha mejorado algunos indicadores sociales tales como la incidencia de pobreza, las tasas de mortalidad materna e infantil, el acceso y la calidad del empleo y el acceso a agua potable. Sin embargo, estos avances han sido lentos y todavía queda una parte importante de la población excluida de los beneficios del desarrollo, así como otra parte es altamente proclive a sufrir retrocesos en su bienestar debido a la vulnerabilidad de su situación y a la debilidad y fragmentación de las políticas públicas.

A pesar de los avances, las desigualdades persistentes hacen que la población campesina permanezca rezagada en todos estos indicadores, las mujeres enfrenten obstáculos estructurales para lograr su autonomía económica, la juventud sufra restricciones en sus oportunidades educativas y económicas y la niñez y adolescencia deban soportar altos niveles de violencia y trabajo prematuro, lo cual afecta sus posibilidades de desarrollo personal presente y futuro.

Por esta razón, el análisis de la inversión en protección social se realiza desde una perspectiva más amplia que la definida por los criterios técnicos de imputación del gasto vigentes, como parte de la necesidad de homogeneizar la información y hacerla comparable entre los países.

Este documento busca aportar al debate sobre la urgente necesidad de diseñar una política de protección social, que integre en el corto plazo las actuales intervenciones realizadas por distintas instituciones públicas, de manera fragmentada, y plantee las estrategias necesarias para llenar los vacíos existentes.

A largo plazo, es de esperar que la política pública pueda complementarse con la gestión del sector privado y las organizaciones sociales y comunitarias. Si bien la responsabilidad del Estado es indelegable en la garantía de los derechos, la acción conjunta con otros actores sociales puede contribuir a ampliar el impacto de la política pública. El incumplimiento de las normas laborales, especialmente las relacionadas con el derecho a la seguridad social, es determinante para el fortalecimiento de la política de protección social contributiva.

En este sentido, si bien este trabajo se centra en el pilar no contributivo de la protección social, cabe destacar que este pilar constituye una alternativa hasta tanto la seguridad social (contributiva) se amplíe a la mayor cobertura posible. Un análisis completo de la política de protección social requiere la inclusión de ambos pilares.

El objetivo de este estudio es presentar a la ciudadanía una descripción de las principales acciones públicas de protección social no contributiva relacionadas con el derecho a un ingreso y a la salud, así como los vínculos de esta política con la agricultura familiar. En el primer capítulo se presenta el marco conceptual sobre el cual se analiza la información presupuestaria a partir de la propuesta de la Unión Europea (UE) y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). En el segundo capítulo se presentan las principales características de la inversión social de la última década en Paraguay en el contexto latinoamericano teniendo en cuenta que para la región estos fueron años de reducción de la pobreza y de algunas brechas socioeconómicas y de avances en importantes indicadores sociales. En el tercer capítulo se presenta la evolución de la inversión social en general; mientras que el capítulo cuarto se dedica en particular a los recursos ejecutados en la función Promoción y Acción Social¹. Los capítulos

1 Gastos inherentes a los servicios de mejoramiento de calidad de vida, dignidad de las personas y asistencia social, con énfasis en el género, el niño/a, los jóvenes y los indígenas; la protección y ayuda directa a personas de escasos recursos, brindándoles aportes tanto financieros como materiales y los destinados a la reeducación y socialización del individuo. Comprende también los aportes a instituciones de fin social, principalmente en forma de préstamos o asistencia financiera, con el objeto de dotarlas de medios suficientes para el desarrollo de sus actividades en beneficio del bien público. Además, los gastos inherentes a la asistencia médica y protección integral a personas que padezcan disminución de capacidades físicas o mentales. Incluye la administración y regulación de las compensaciones familiares, tales como los pagos hechos a las familias por cada hijo, independiente de que el miembro de familia reciba o no ingresos; la administración de programas operacionales de acción social, campañas de visitadores sociales, dotación, mantenimiento de guarderías infantiles, hogares para alojamiento de personas desprotegidas y de escasos recursos. Gastos destinados a la Tarifa Social de Energía Eléctrica a favor de usuarios de escasos recursos económicos. También comprende las erogaciones destinadas a las acciones para ejecutar programas de carácter social (Salud, Educación, Medios de Comunicación Terrestre, Medio Ambiente, Promoción y Asistencia Social) de los Gobiernos Departamentales y Municipales. Incluye los gastos destinados al acceso de la tierra rural, regularizando la tenencia de la misma, creando las condiciones propicias para el desarrollo y posibilitar de esta manera el arraigo de las familias. Además, incluye gastos inherentes al financiamiento de la preparación y ejecución de proyectos integrales, capacitación de comunidades y asentamientos rurales, mejoramiento de caminos de accesos internos, reparación de puentes vecinales, obras de artes y calles. Clasificador Presupuestario. Ley Nro. 5.554/16 que aprueba el Presupuesto General de la Nación para el ejercicio 2016.

quinto y sexto se destinan a describir los recursos presupuestarios que si bien no se encuentran en la función Promoción y acción social, tienen impacto en factores que contribuyen a la reducción de riesgos y vulnerabilidades como por ejemplo la inversión en salud, agua potable y agricultura familiar. Estos recursos tienen vínculos muy cercanos con los objetivos de la protección social no contributiva. El capítulo 7 se destina a presentar los recursos que reciben las gobernaciones y municipalidades y que forman parte de la inversión social y se transfieren desde la función Promoción y acción social. Es importante señalar que se incluyó este apartado en particular no solo porque el Ministerio de Hacienda imputa los recursos en la función que contribuye con el financiamiento del pilar no contributivo, sino fundamentalmente porque estas instituciones tienen roles y competencias enmarcadas en una política de protección social que deben ser coordinadas con el nivel central para lograr impacto. Finalmente, el último capítulo presenta algunas conclusiones con la idea de sumar esfuerzos en la construcción de esta importante política.

Cabe aclarar que la selección de los programas analizados no necesariamente responde a los criterios técnicos especificados por la Clasificación funcional del gasto de las Administraciones Públicas (COFOG, por sus siglas en inglés) propuesto por el Sistema de Naciones Unidas o por el propio Clasificador utilizado por el Estado paraguayo formalizado en la ley de presupuesto. Este trabajo se focaliza en la mirada de la protección social en los tres ámbitos señalados: ingreso, salud, agricultura familiar y su relación con las vulnerabilidades y los riesgos que enfrenta la sociedad paraguaya y, en particular, la población rural.

La protección social fue parte de las políticas públicas desde inicios del siglo XX tanto en Europa como en América Latina, pero con importantes transformaciones en su alcance y contenido. El inicio del siglo XXI fue testigo de fuertes debates acerca de los mecanismos para integrar los esfuerzos realizados, potenciar su impacto no sólo en la población trabajadora formal o en las familias en situación de pobreza, sino fundamentalmente para eliminar los factores de vulnerabilidad que obstaculizan el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, a lo largo de todo el ciclo de vida.

La mirada puesta en los DESC tiene como fundamento la definición realizada por la Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas en el año 2000, que señala a la protección social como “un conjunto de políticas y programas gubernamentales y privados con los que las sociedades dan respuestas a diversas contingencias a fin de compensar la falta o reducción sustancial de ingresos provenientes del trabajo, brindar asistencia a las familias con hijos y ofrecer atención médica y vivienda a la población” (Naciones Unidas, 2000: 3).

Para la Comisión, estas medidas incluyen no solo el aseguramiento del trabajo formal, que generalmente tiene escasa cobertura en la población económicamente activa en situación de pobreza, sino también las necesidades de protección y promoción de las personas que por diversas razones pueden enfrentar vulnerabilidades y riesgos a lo largo de su vida.

Desde esta mirada, a la atención de los riesgos de la pérdida de un empleo formal y los derivados de una enfermedad o discapacidad, deben agregarse otros riesgos que las personas no pueden enfrentar por sí solas y, por lo tanto, requieren la acción del Estado. En el caso de la población campesina que no cuenta con mecanismos de aseguramiento como los existentes para el trabajo en relación de dependencia más expandido en el sector urbano, la política de protección social debe contribuir a reducir la vulnerabilidad que generan las inclemencias climáticas y su impacto sobre la generación de ingresos.

Para la Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas, en este mismo sentido, la vivienda constituye un factor de protección para enfrentar las adversidades que se derivan del clima o de otros fenómenos como los sismos. La vulnerabilidad no es generada por los desastres naturales sino por la falta de una vivienda adecuada.

En el marco de los principios establecidos por el enfoque de derecho en las políticas públicas, la Unión Europea (2010) y varios documentos publicados por la CEPAL proponen otro concepto, similar pero con algunos matices (Cecchini, Filgueira, Martínez y Rossel, 2015; Cecchini y Martínez, 2015).

La Unión Europea define a la *protección social* como un conjunto específico de acciones para mitigar la vulnerabilidad de la vida de las personas utilizando tres mecanismos: la seguridad social, la asistencia social y la inclusión social. La seguridad social ofrece protección contra los riesgos y las adversidades que se presentan a lo largo de la vida, ayudando a las personas a superar impactos y acontecimientos adversos y evitando una mayor caída en la pobreza. La asistencia social proporciona pagos en efectivo y en especie, con el fin de apoyar los esfuerzos de las personas por alcanzar unos umbrales mínimos de activos y escapar de la pobreza. La inclusión social mejora la capacidad de los colectivos pobres, vulnerables y excluidos para obtener seguridad y asistencia social, garantizándoles derechos legales y permitiéndoles acceder a los sistemas comunitarios y los mercados de seguros.

Esta definición incluye “una serie de funciones esenciales: ofrecer mecanismos que eviten penurias graves tanto a las personas desfavorecidas como a las no desfavorecidas frente a riesgos importantes; ofrecer medios para ayudar a los pobres en su esfuerzo por escapar de la pobreza; y mejorar el acceso de los grupos marginados a estos medios y mecanismos” (UE, 2010: 1).

De esta manera, los instrumentos de protección social para la seguridad social son, por ejemplo, las pensiones contributivas y los seguros médicos, de desempleo, de invalidez, de accidentes y laborales, entre otros. Los instrumentos de asistencia social son las ayudas para la infancia, los programas de alimentación escolar, los programas de ayuda al empleo, los planes de empleo o de ingresos garantizados, las transferencias en efectivo, la asistencia en casos de emergencia y las pensiones sociales. Las intervenciones para mejorar el acceso a la protección social o de inclusión social son las regulaciones del mercado laboral y del lugar de trabajo, las garantías de acceso basadas en los derechos a los ingresos, trabajo y otras formas de protección social, la discriminación positiva o acuerdos de cobertura universal, las campañas de concientización y los marcos regulatorios o apoyo para la prestación de seguros comunitarios o privados (UE, 2010).



Por otro lado, los documentos publicados por la CEPAL señalan que la protección social tiene por objetivos garantizar un ingreso que permita mantener niveles mínimos de calidad de vida para el desarrollo de las personas; posibilitar el acceso a servicios sociales y de promoción y procurar la universalización del trabajo decente. Para lograrlos deben considerarse tres grandes componentes: la protección social no contributiva (tradicionalmente conocida como asistencia social, que puede incluir tanto medidas universales como focalizadas); la protección social contributiva (o seguridad social), y la regulación de los mercados laborales, que consiste en normativas y estándares orientados a fomentar y proteger el trabajo decente.



Ambas perspectivas –Unión Europea y CEPAL– mantienen una misma línea conceptual pero con algunos matices. La seguridad social, que es el pilar contributivo, basado en la adscripción al mercado laboral es uno de los papeles clásicos e históricos de la política de protección social. Su objetivo es ayudar a las personas a enfrentar el impacto de acontecimientos adversos y que una situación inesperada en el trabajo o en la salud no desencadene un círculo vicioso que conduzca a la pobreza o indigencia. El componente contributivo puede estar acompañado de subsidios o sus beneficios costearse en parte con recursos públicos. Entre los ejemplos más habituales se encuentran las jubilaciones, los planes de seguros médicos y de desempleo, las licencias por invalidez o maternidad.

“La naturaleza contributiva² habitual de los programas de seguridad social refuerza la expectativa *ex ante* de tener derecho a una cobertura contra los riesgos. Esta característica no solo es importante para un entendimiento de la protección social basado en los derechos, sino que también es funcionalmente importante como mecanismo para reducir el sentido de inseguridad, una pieza clave para la vulnerabilidad: los malos efectos pueden llevar a la ruina” (UE, 2010: 37).

La seguridad social no necesariamente llega a toda la población y cubre todas las adversidades que enfrentan las personas a lo largo de su vida. Por lo general, el acceso a un programa contributivo es por la vía del empleo formal y en los países donde esta modalidad de trabajo no es generalizada, una parte importante de la población queda fuera. La exclusión del trabajo formal afecta particularmente a las familias en situación de pobreza y a quienes, no siendo pobres, presentan condiciones altamente vulnerables a serlo.

Por estas razones, el pilar no contributivo o de “asistencia social” adquiere cada vez mayor relevancia y se ha constituido en uno de los mecanismos más importantes de las políticas latinoamericanas en su objetivo de reducir la pobreza y las desigualdades e impulsar la mejoría de las condiciones de vida de la población.

Las familias en situación de pobreza son particularmente vulnerables y sufren de manera pronunciada la exclusión económica y social por sus carencias de activos, capital humano y social. La probabilidad de que ellas puedan superar esa situación y acceder a los servicios que les permitan disfrutar sus derechos económicos, sociales y culturales por sus propios medios es mínima, por lo que esta función de la protección social adquiere particular relevancia para este grupo poblacional, pero también para quienes estén en riesgo de caer en pobreza.

La asistencia social incluye múltiples formas de intervenciones y generalmente es financiada con recursos públicos. Tradicionalmente, el acceso a los beneficios de los programas implementados en esta área estuvo mediado por ciertas condiciones o dirigido a un grupo social particular. Los ejemplos más conocidos en América Latina son los programas de transferencias condicionadas y las pensiones “sociales” o no contributivas para personas adultas mayores. En la mayoría de los casos estos programas cuentan con criterios de focalización. Desde hace unos años, hay países que están discutiendo, en el marco del derecho a un ingreso, otro tipo de transferencias de carácter universal.

Más allá de las transferencias en efectivo, este pilar ha incorporado otro tipo de intervenciones atendiendo a la complejidad y heterogeneidad de necesidades y satisfactores teniendo en cuenta la edad, el sexo, el área de residencia, algunas características particulares como la discapacidad u orfandad. La entrega de paquetes de alimentos y complementos nutricionales para garantizar el derecho a la alimentación y reducir la desnutrición, becas para jóvenes y reducciones en el transporte público, apoyos especiales a discapacitados, los subsidios al consumo de energía eléctrica o los subsidios a la contratación de trabajadores en determinadas situaciones de emergencia pueden incluirse en este pilar.

2 Una gran parte de los sistemas contributivos se alimentan del aporte de tres actores: individuo, gobierno y empresario.

En el tercer pilar es donde se encuentran diferencias entre ambos conceptos. Para la UE, este componente de la protección social incluye todas las acciones necesarias para garantizar que determinados grupos particularmente excluidos o en situación de pobreza cuenten con medidas apropiadas para incorporarse a los beneficios del trabajo decente –entre ellos a la seguridad social contributiva- o de las políticas sociales universales, como las de salud y educación. Como ámbito de acción están mujeres, pueblos indígenas, inmigrantes, grupos estigmatizados, población rural dispersa o muy alejada.

Los documentos publicados por la CEPAL acotan este pilar a las medidas de regulación del mercado laboral como las normativas y la supervisión destinadas a proteger y fomentar el trabajo decente, la eliminación del trabajo infantil y de conductas discriminatorias.

No obstante, los matices encontrados en los dos abordajes de protección social, ambos enfoques ponen en el centro de la discusión el rol de la política pública en la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales y en los mecanismos que permiten a las personas el disfrute de los mismos. Esta política es un componente central de esta garantía porque permite a las personas contar con los instrumentos necesarios para limitar los obstáculos, riesgos y vulnerabilidades que impiden este disfrute.

2.1 Algunos indicadores seleccionados

Los últimos 15 años fueron muy importantes para América Latina en su lucha por aumentar el bienestar de la población. Indicadores sociales tan importantes como las tasas de mortalidad materna e infantil verificaron mejoras en todos los países. El compromiso asumido por los países en la Declaración del Milenio tuvo efectos positivos, aunque todavía queda mucho por avanzar para garantizar el derecho a la vida en la región.

En el caso de mortalidad materna, todos los países, menos Panamá y Venezuela, registraron reducciones, la mitad de ellos –Uruguay, Perú, México, Guatemala, Colombia, El Salvador, Costa Rica y Bolivia– de relativa importancia. Paraguay redujo su tasa de mortalidad pero en menor medida, permaneciendo actualmente en niveles superiores a los que tenían los países vecinos –Argentina, Brasil y Uruguay– en 2001.

Cuadro 1 - Indicadores de salud

| Países | Tasa de mortalidad materna | | Tasa de mortalidad infantil | |
|-------------|----------------------------|------|-----------------------------|------|
| | 2000 | 2015 | 2001 | 2015 |
| AL | 99 | 67 | 25,2 | 15,2 |
| Argentina | 60 | 52 | 17,6 | 11,1 |
| Bolivia | 334 | 206 | 56,2 | 30,6 |
| Brasil | 66 | 44 | 26,1 | 14,6 |
| Chile | 31 | 22 | 8,7 | 7,0 |
| Colombia | 97 | 64 | 20,6 | 13,6 |
| Costa Rica | 38 | 25 | 10,5 | 8,5 |
| Cuba | 43 | 39 | 6,1 | 4,0 |
| Ecuador | 103 | 64 | 27,4 | 8,4 |
| El Salvador | 84 | 54 | 25,5 | 14,4 |
| Guatemala | 178 | 88 | 38,5 | 24,3 |
| Honduras | 133 | 129 | 29,4 | 17,4 |
| México | 77 | 38 | 20,4 | 11,3 |
| Nicaragua | 202 | 150 | 31,2 | 18,8 |
| Panamá | 82 | 94 | 21,4 | 14,6 |
| Paraguay | 158 | 132 | 26,9 | 17,5 |
| Perú | 140 | 68 | 27,6 | 13,1 |
| Uruguay | 31 | 15 | 14,1 | 8,7 |
| Venezuela | 90 | 95 | 17,9 | 12,9 |

Fuente: CEPAL/CEPALSTAT.

La mortalidad infantil no mostró retrocesos en ningún país. Perú, Bolivia, Brasil, México, El Salvador y Honduras fueron los países de mejor desempeño. Paraguay redujo la mortalidad infantil pero en menor grado que los países anteriores. Igual que la tasa de mortalidad materna, el nivel actual de mortalidad infantil de Paraguay ubica al país con tasas similares o superiores a las que tenían países vecinos en 2001.

De 18 países en 2001 Paraguay se encontraba en el 4to. peor lugar en mortalidad materna. Según el último dato disponible de la serie, pasó a ocupar el tercer lugar, empeorando su ubicación relativa, solo por encima de Bolivia y Nicaragua. Una situación similar ocurre con respecto a la mortalidad infantil. En 2001, estaba en el 7mo. peor lugar; actualmente solo 3 países –Bolivia, Guatemala, Nicaragua- están peor que Paraguay.

En este contexto, Honduras, Nicaragua, Bolivia y Paraguay son los 4 países con los peores resultados sanitarios en América Latina medidos por los indicadores anteriores. Bolivia registra importantes avances en el periodo dado los niveles de mortalidad que tenía al inicio.

Cuadro 2 - Indicadores de pobreza de ingreso y de desigualdad del ingreso

| Países | Pobreza | | Indigencia | | Gini | |
|-------------|---------|------|------------|------|------|------|
| | 2001 | 2015 | 2001 | 2015 | 2001 | 2015 |
| Argentina | 7,9 | 1,6 | 4,9 | 01,0 | | |
| Bolivia | 19,7 | 6,9 | 13,4 | 3,8 | 0,6 | |
| Brasil | 11,2 | 4,3 | 5,8 | 2,8 | 0,6 | 0,6 |
| Chile | | 0,8 | | 0,5 | | 0,5 |
| Colombia | 17,4 | 5,3 | 10,5 | 2,5 | | 0,5 |
| Costa Rica | 5,8 | 1,4 | 3,6 | 0,6 | 0,5 | 0,5 |
| Cuba | | | | | | |
| Ecuador | | 4,0 | | 1,7 | 0,5 | 0,5 |
| El Salvador | 10,5 | 3,2 | 5,6 | 0,7 | 0,5 | 0,5 |
| Guatemala | | | | | | |
| Honduras | 14,8 | 15,2 | 8,1 | 7,7 | 0,6 | |
| México | | | | | | |
| Nicaragua | 16,4 | | 8,6 | | 0,6 | |
| Panamá | 13,4 | 2,6 | 8,8 | 0,8 | 0,6 | 0,5 |
| Paraguay | 7,4 | 2,2 | 3,6 | 0,8 | 0,6 | 0,5 |
| Perú | 14,0 | 3,1 | 6,7 | 0,9 | 0,5 | 0,4 |
| Uruguay | 0,8 | 0,4 | 0,2 | 0,1 | | 0,4 |
| Venezuela | 8,8 | | 5,5 | | 0,5 | 0,4 |

Fuente: CEPAL (2015). Anuario estadístico. Panorama social. Santiago de Chile.

Los avances en la política de protección social en casi todos los países de América Latina, junto con una década de crecimiento económico contribuyeron a mejorar los indicadores vinculados al ingreso. El cuadro anterior muestra que la mayoría de los países redujeron la pobreza de ingreso, incluyendo la indigencia. En algunos casos esta disminución fue sustancial, aun en los países que iniciaron el periodo con tasas relativamente bajas, lo que hace más difícil lograr resultados relevantes.

El resultado fue menos auspicioso en el caso de la desigualdad del ingreso, ya que la mayoría de los países redujo poco o la mantuvo, mostrando el carácter estructural de las desigualdades en América Latina, la región del planeta en la que se ubican las mayores brechas económicas.

2.2 La inversión social

Los países latinoamericanos tienen niveles de inversión social por persona sumamente variables. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay son los países que más invierten y que mejores resultados presentan en materia social.

En el periodo 2003-2004, Paraguay junto con Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, eran los países de menos inversión social. Para el último año con disponibilidad de datos, estos mismos países lideran el desafortunado ranking, aunque Paraguay registró un aumento del gasto mucho mayor que el de los otros países.

A pesar de este aumento, Paraguay se alejó aún más del promedio latinoamericano. En 2003-2004 la diferencia entre el gasto total por persona entre Paraguay y el promedio latinoamericano es de US\$ 373,5; mientras que entre 2012-2013 esta brecha se amplía a US\$ 663,4. Nuestro país no aprovechó los años de alto crecimiento económico para mejorar sus resultados sociales.

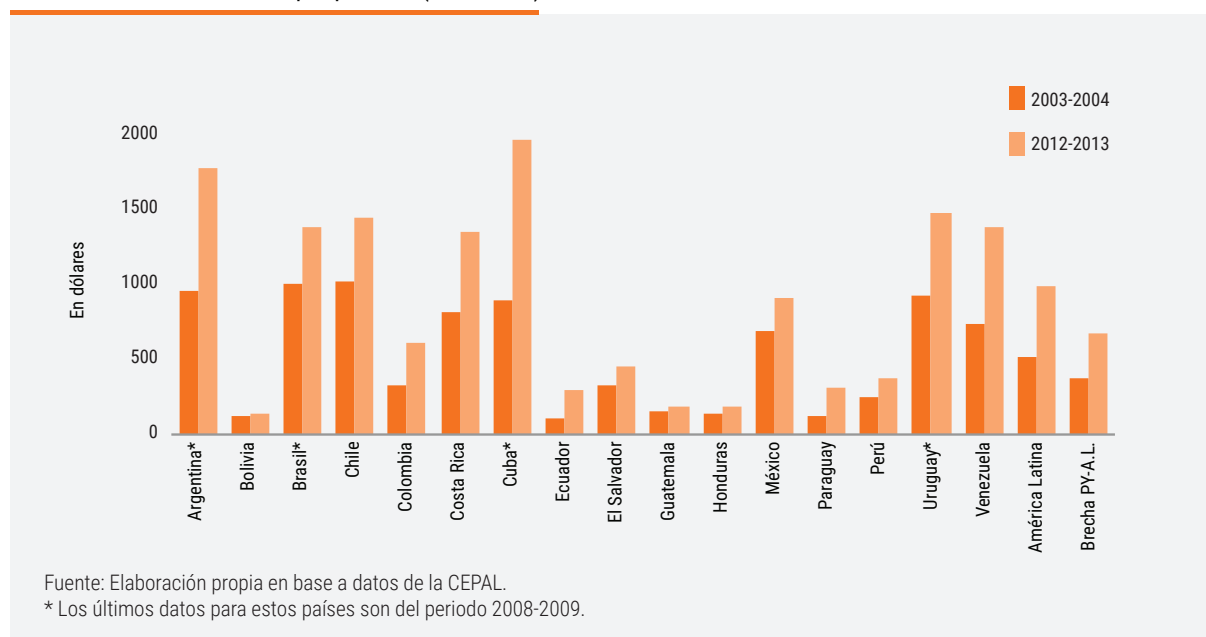
Cuadro 3 - Gasto social total por persona (En dólares)

| Países | 2003-2004 | 2012-2013 | Crecimiento promedio (%) |
|--------------------------------------|-----------|-----------|--------------------------|
| Argentina* | 943,4 | 1.754,1 | 85,9 |
| Bolivia | 129,2 | 144,2 | 11,6 |
| Brasil* | 996,8 | 1.365,3 | 37,0 |
| Chile | 1.002,9 | 1.430,8 | 42,7 |
| Colombia | 326,2 | 599,5 | 43,8 |
| Costa Rica | 806,0 | 1.325,3 | 64,4 |
| Cuba* | 875,3 | 1.936,4 | 121,2 |
| Ecuador | 111,1 | 297,0 | 167,3 |
| El Salvador | 328,1 | 443,5 | 35,2 |
| Guatemala | 160,1 | 179,0 | 11,8 |
| Honduras | 134,3 | 176,4 | 31,3 |
| México | 685,9 | 904,8 | 31,9 |
| Paraguay | 129,1 | 305,4 | 136,6 |
| Perú | 238,3 | 375,5 | 57,6 |
| Uruguay* | 910,1 | 1.462,4 | 60,7 |
| Venezuela | 724,5 | 1.355,9 | 87,2 |
| América Latina | 502,9 | 968,8 | 92,6 |
| Distancia Paraguay del promedio A.L. | 373,5 | 663,4 | |

Fuente: CEPAL (2015) Panorama social. Anexo Estadístico. Santiago de Chile

* Los últimos datos para estos países son del periodo 2008-2009.

Gráfico 1. Gasto social total por persona (En dólares)



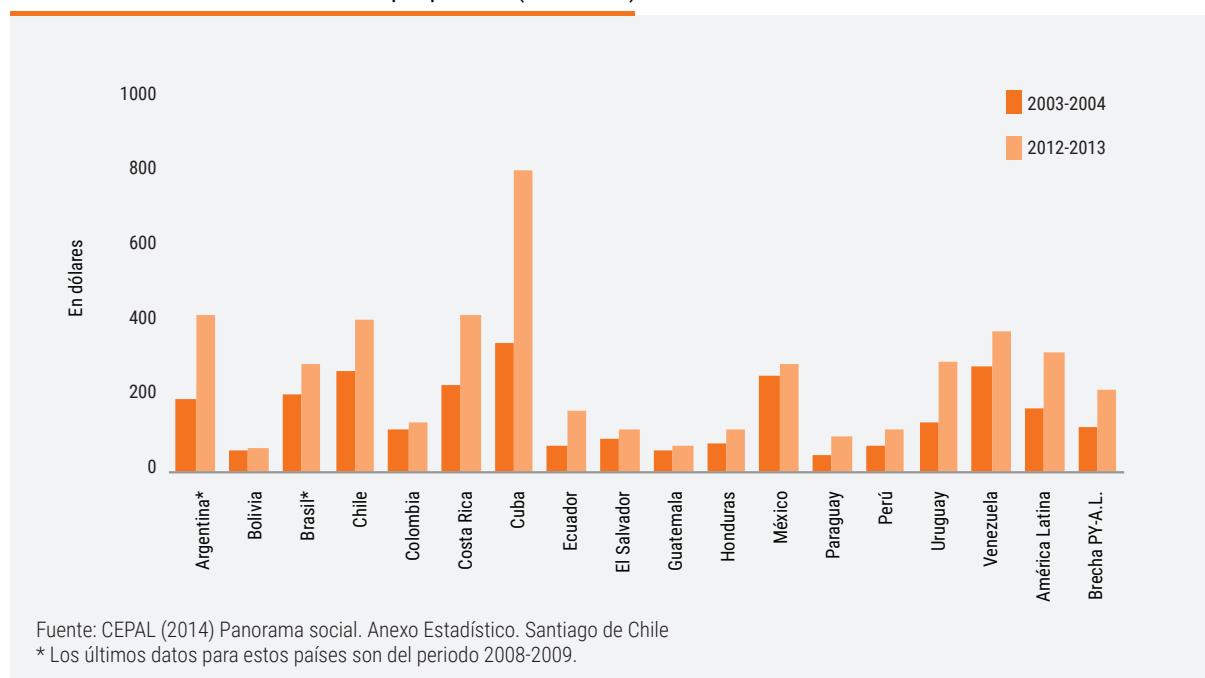
En los ámbitos de salud, educación y seguridad y asistencia social, Paraguay actualmente (2012-2013) invierte alrededor de un tercio del promedio latinoamericano, pero si comparamos con los países con mejores niveles de educación como Costa Rica y Cuba, esta brecha se amplía a un rango de entre el 12% y 24%.

Cuadro 4 - Gasto social en educación por persona (En dólares)

| Países | 2003-2004 | 2012-2013 | Crecimiento promedio (%) |
|--------------------------------------|-----------|-----------|--------------------------|
| Argentina* | 200,2 | 428,0 | 113,8 |
| Bolivia | 62,5 | 65,8 | 5,3 |
| Brasil* | 209,5 | 295,3 | 40,9 |
| Chile | 276,4 | 417,2 | 50,9 |
| Colombia | 115,6 | 137,8 | 19,2 |
| Costa Rica | 239,9 | 425,8 | 77,5 |
| Cuba | 352,9 | 822,2 | 132,9 |
| Ecuador | 70,5 | 169,4 | 140,3 |
| El Salvador | 93,1 | 117,4 | 26,1 |
| Guatemala | 61,5 | 73,7 | 19,8 |
| Honduras | 77,7 | 116,9 | 50,5 |
| México | 262,2 | 294,4 | 12,3 |
| Paraguay | 46,9 | 99,7 | 112,6 |
| Perú | 73,5 | 113,7 | 54,7 |
| Uruguay | 134,8 | 299,7 | 122,3 |
| Venezuela | 285,3 | 382,3 | 34,0 |
| América Latina | 170,9 | 326,0 | 90,8 |
| Distancia Paraguay del promedio A.L. | 124,0 | 226,3 | |

Fuente: CEPAL (2014) Panorama social. Anexo Estadístico. Santiago de Chile
* Los últimos datos para estos países son del periodo 2008-2009.

Gráfico 2 - Gasto social en educación por persona (En dólares)



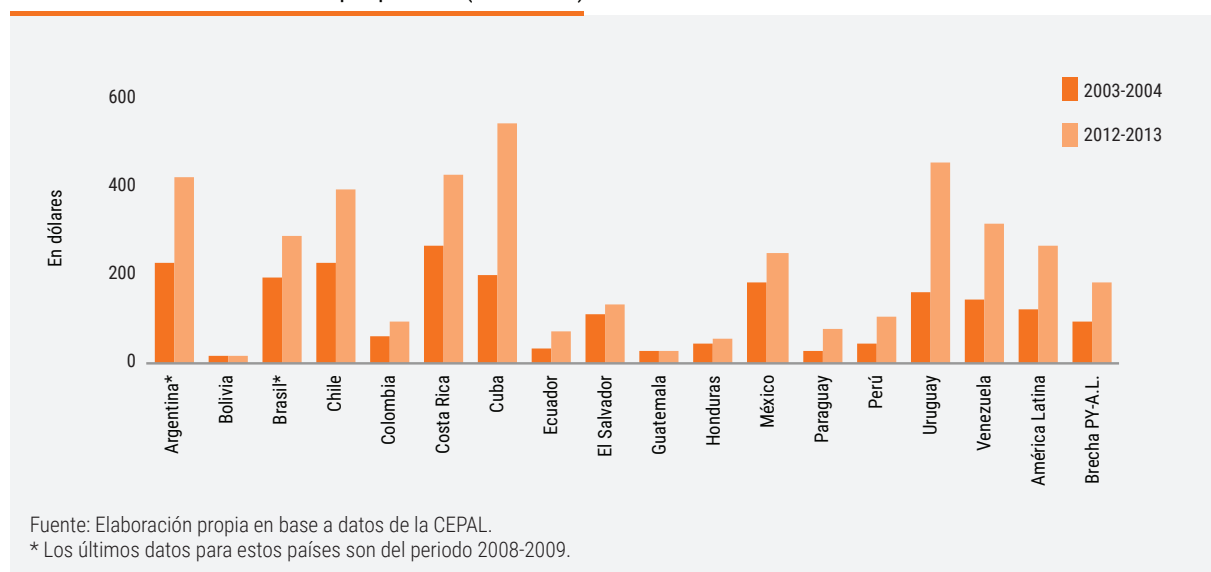
En el ámbito de la salud, la situación es similar al de educación. Paraguay invierte un tercio del promedio latinoamericano, pero con respecto a los países de mejor condición de salud como Cuba, Chile, Costa Rica y Uruguay la distancia se amplía a un rango de entre el 15% y el 20%.

Cuadro 5 - Gasto social en salud por persona (En dólares)

| Países | 2003-2004 | 2012-2013 | Crecimiento promedio (%) |
|--------------------------------------|-----------|-----------|--------------------------|
| Argentina* | 206,4 | 384,5 | 86,3 |
| Bolivia | 15,1 | 16,8 | 11,3 |
| Brasil* | 176,5 | 261,1 | 47,9 |
| Chile | 204,3 | 359,1 | 75,8 |
| Colombia | 53,3 | 88,1 | 65,3 |
| Costa Rica | 241,3 | 389,2 | 61,3 |
| Cuba | 180,2 | 492,7 | 173,4 |
| Ecuador | 29,3 | 65,9 | 124,9 |
| El Salvador | 102,7 | 120,9 | 17,7 |
| Guatemala | 24,1 | 26,0 | 7,9 |
| Honduras | 41,8 | 52,8 | 26,3 |
| México | 166,6 | 228,1 | 36,9 |
| Paraguay | 23,6 | 72,5 | 207,2 |
| Perú | 39,4 | 96,0 | 143,7 |
| Uruguay | 146,5 | 413,2 | 182,1 |
| Venezuela | 130,7 | 288,3 | 120,6 |
| América Latina | 109,3 | 240,7 | 120,2 |
| Distancia Paraguay del promedio A.L. | 85,7 | 168,2 | |

Fuente: CEPAL (2014) Panorama social. Anexo Estadístico. Santiago de Chile
* Los últimos datos para estos países son del periodo 2008-2009.

Gráfico 3 - Gasto social en salud por persona (En dólares)



La menor distancia en la inversión social de Paraguay con el resto de América Latina se observa en el ámbito de la seguridad y asistencia social. El Estado paraguayo invierte alrededor del 63% de lo que invierte en promedio la región. Igual que en los casos anteriores, en la década de estudio si bien Paraguay aumentó en más del doble la inversión, no fue suficiente ni siquiera para mantener la brecha en dólares que lo separaba del promedio.

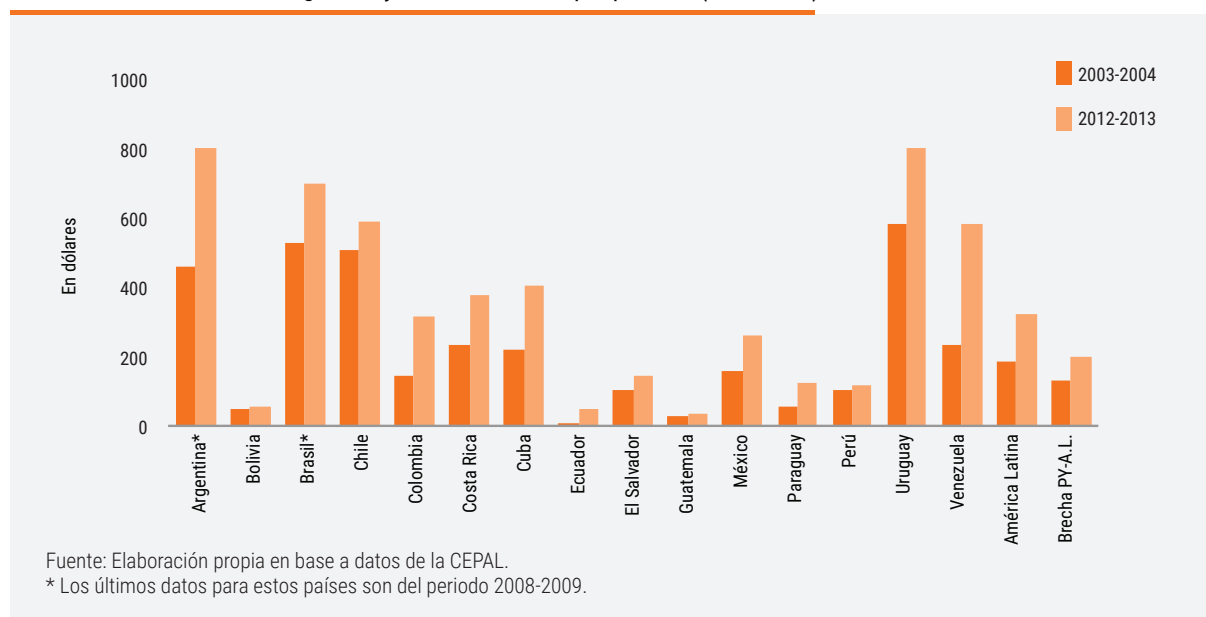
Estos recursos son parte de las políticas de protección social no contributiva que permitieron reducir la pobreza y la indigencia en América Latina. Chile, Costa Rica y Uruguay son los tres países que registran valores mínimos en estos indicadores pero invierten entre 3 y 7 veces más que Paraguay.

Cuadro 6 - Gasto social en seguridad y asistencia social por persona (En dólares)

| Países | 2003-2004 | 2012-2013 | Crecimiento promedio (%) |
|--------------------------------------|-----------|-----------|--------------------------|
| Argentina* | 461,9 | 810,8 | 75,5 |
| Bolivia | 48,7 | 58,3 | 19,7 |
| Brasil* | 531,7 | 707,1 | 33,0 |
| Chile | 515,2 | 592,4 | 15,0 |
| Colombia | 147,0 | 319,1 | 117,1 |
| Costa Rica | 233,0 | 383,4 | 64,6 |
| Cuba | 224,3 | 411,4 | 83,4 |
| Ecuador | 9,9 | 51,4 | 419,2 |
| El Salvador | 101,7 | 144,5 | 42,1 |
| Guatemala | 28,4 | 35,9 | 26,4 |
| Honduras | 4,0 | 9,8 | 145,0 |
| México | 158,3 | 262,2 | 65,6 |
| Paraguay | 53,1 | 124,3 | 134,1 |
| Perú | 107,6 | 116,3 | 8,1 |
| Uruguay | 586,1 | 813,2 | 38,8 |
| Venezuela | 235,5 | 587,2 | 149,3 |
| América Latina | 186,8 | 327,2 | 75,2 |
| Distancia Paraguay del promedio A.L. | 133,7 | 202,9 | |

Fuente: CEPAL (2014) Panorama social. Anexo Estadístico. Santiago de Chile
* Los últimos datos para estos países son del periodo 2008-2009.

Gráfico 4 - Gasto social en seguridad y asistencia social por persona (En dólares)



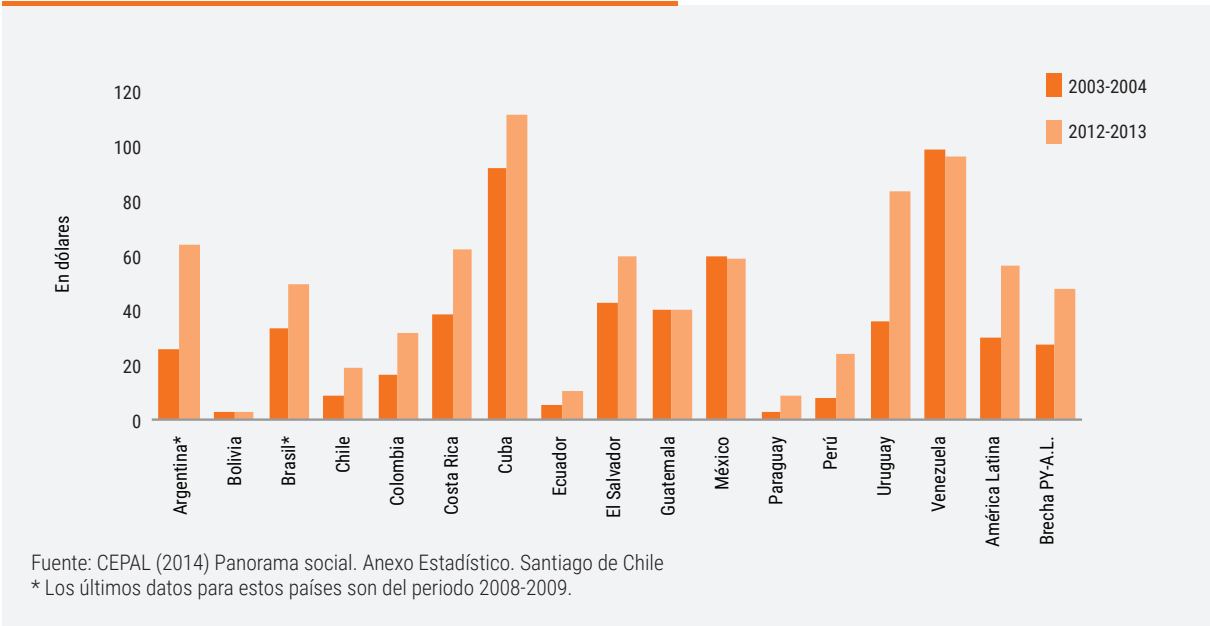
La inversión en vivienda es donde se ubica la mayor brecha. Paraguay invierte apenas el 16% del promedio latinoamericano, aunque registra en el periodo un aumento de más del 200%. Este alto incremento se debe a que al inicio del periodo invertía apenas US\$ 2,7 dólares por persona en vivienda; mientras que en 2012-2013 esta cifra se elevó a US\$ 8,9. Solo Honduras invierte menos que Paraguay.

Cuadro 7 - Gasto social en vivienda y otros por persona (En dólares)

| Países | 2003-2004 | 2012-2013 | Crecimiento promedio (%) |
|--------------------------------------|-----------|-----------|--------------------------|
| Argentina* | 26,2 | 65,3 | 149,2 |
| Bolivia | 2,8 | 3,3 | 17,9 |
| Brasil* | 33,9 | 50,9 | 50,1 |
| Chile | 9,1 | 19,1 | 109,9 |
| Colombia | 16,7 | 32,4 | 94,0 |
| Costa Rica | 39,1 | 63,4 | 62,2 |
| Cuba | 93,7 | 114,1 | 21,8 |
| Ecuador | 5,7 | 10,3 | 80,7 |
| El Salvador | 43,9 | 60,7 | 38,3 |
| Guatemala | 40,8 | 40,9 | 0,3 |
| Honduras | | 2,2 | |
| México | 60,7 | 60,0 | -1,2 |
| Paraguay | 2,7 | 8,9 | 226,6 |
| Perú | 8,2 | 24,8 | 202,4 |
| Uruguay | 36,4 | 85,5 | 134,9 |
| Venezuela | 100,9 | 98,1 | -2,8 |
| América Latina | 30,3 | 57,6 | 90,1 |
| Distancia Paraguay del promedio A.L. | 27,6 | 48,7 | |

Fuente: CEPAL (2014) Panorama social. Anexo Estadístico. Santiago de Chile
* Los últimos datos para estos países son del periodo 2008-2009.

Gráfico 5 - Gasto social en vivienda y otros por persona (En dólares)



3

La inversión social en Paraguay

Al analizar la información presupuestaria disponible en el portal del Ministerio de Hacienda, se confirman las tendencias encontradas en el apartado anterior acerca del paulatino aumento de la inversión social en el Paraguay. Como se puede ver en el Cuadro 8, la relevancia de estos recursos aumentó con respecto al total de la ejecución presupuestaria de la Administración Central (AC), como con respecto del Producto Interno Bruto (PIB).

En este apartado se presenta la información agregada de la inversión social ejecutada entre 2003 y 2014 por las instituciones de la Administración Central, incluyéndose las transferencias que realizan el Ministerio de Hacienda a las gobernaciones y municipalidades y el Ministerio de Educación a la universidades y al INDI, el Ministerio de Agricultura y Ganadería al INDERT, entre las más importantes.

Cuadro 8 - Instituciones que integran el presupuesto de la Administración Central (AC)

| ADMINISTRACIÓN CENTRAL |
|--|
| Poder Legislativo |
| Poder Ejecutivo |
| Poder Judicial |
| Contraloría General de la República |
| Otros organismos del Estado: Defensoría del Pueblo y Comisión Nacional de Prevención de la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes |

La inversión social de la Administración Central muestra un aumento del 196,6% en el lapso estudiado, lo que se tradujo en un incremento de su peso relativo en el total de gasto público y en el PIB y en la inversión social por persona.

Al inicio del periodo estudiado (2003), la inversión social apenas representaba el 36,4% del total de gastos de la Administración Central y el 6,3% del PIB, mientras que al final del periodo (2014), estas proporciones se elevan al 52,6% y 11,2% respectivamente.

El esfuerzo realizado por el país también significó un aumento de la inversión real por persona, pasando de Gs. 467.614 en 2003 a Gs. 1.142.242 en 2014. No obstante, esta cifra sigue muy por debajo de la inversión realizada por los países más desarrollados de la región, tal como se vio en el apartado anterior.

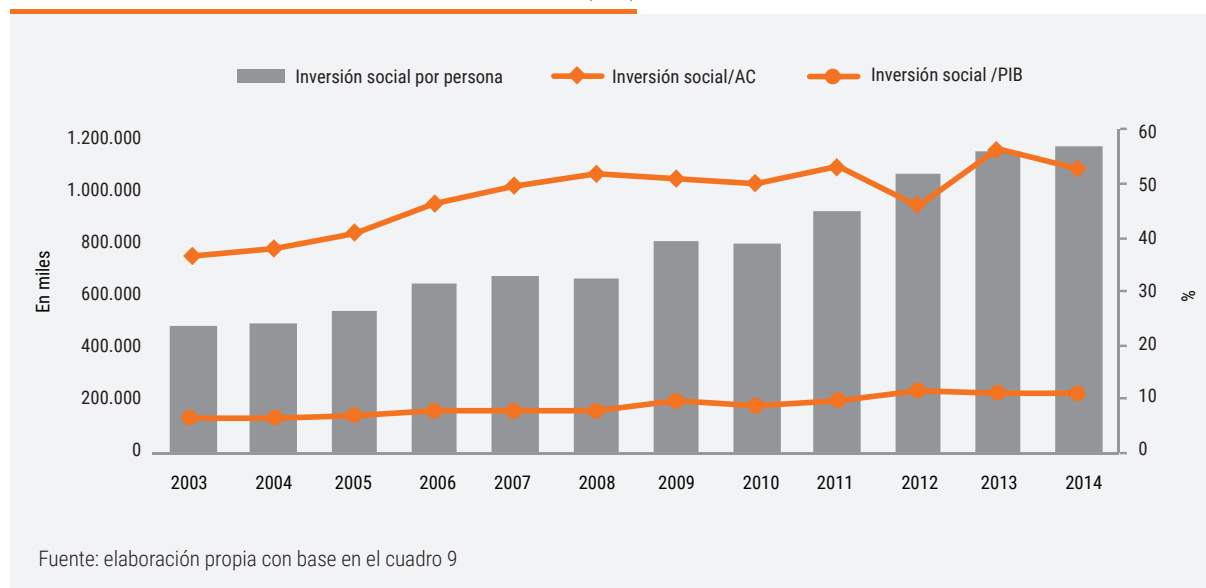
Es importante señalar que el incremento registrado entre 2013 y 2014, se debe fundamentalmente a la inclusión en la función de Servicios sociales, por parte del Ministerio de Hacienda, de las transferencias realizadas a las municipalidades, incluyendo las derivadas del Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo (FONACIDE).

Cuadro 9 - Indicadores seleccionados de inversión social (real)

| Indicadores | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|
| Inversión social/AC | 36,4 | 38,1 | 40,6 | 46,1 | 49,4 | 51,6 | 50,9 | 50,1 | 53,0 | 45,8 | 56,2 | 52,6 |
| Inversión social /PIB | 6,3 | 6,4 | 6,9 | 8,1 | 8,1 | 7,7 | 9,8 | 8,7 | 9,9 | 11,7 | 11,2 | 11,2 |
| Inversión social por persona | 467.614 | 483.628 | 529.653 | 633.472 | 659.632 | 650.156 | 788.070 | 775.720 | 899.795 | 1.036.838 | 1.116.971 | 1.142.242 |

Fuente: elaboración propia con datos presupuestarios del sistema BOOST (Ministerio de Hacienda)

Gráfico 6 - Indicadores seleccionados de inversión social (real)



Los recursos de la inversión social se encuentran clasificados en 8 subcomponentes: salud, promoción y acción social, seguridad social, educación y cultura, ciencia, tecnología y difusión, relaciones laborales, vivienda y servicios comunitarios.

| Función | Principales instituciones responsables en la Administración Central* |
|---------------------------|---|
| Salud | Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social– Ministerio del Interior – Ministerio de Defensa Nacional – Ministerio de Hacienda |
| Promoción y acción social | Presidencia de la Rca. (Secretaría de Acción Social, Secretaría de la Niñez y Adolescencia, otros) – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de la Mujer, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Justicia, Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones |
| Seguridad social | Ministerio de Hacienda, Ministerio de Defensa Nacional |
| Educación y cultura | Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Justicia, Presidencia de la República, Ministerio de Defensa Nacional, Congreso Nacional, Consejo de la Magistratura |

* La Administración Central no incluye a las Universidades que son entes descentralizados, reciben fondos del Tesoro y forman parte de la Inversión Social Total, junto con otras instituciones descentralizadas.

| | |
|-----------------------------------|---|
| Ciencia, tecnología y difusión | Presidencia de la República (CONACYT), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Ministerio de Industria y Comercio |
| Relaciones laborales | Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social |
| Vivienda y servicios comunitarios | Ministerio de Hacienda (transferencia a SENAVITAT) |

| Función | Otras instituciones |
|-----------------------------------|--|
| Salud | Instituto de Previsión Social |
| Promoción y acción social | Gobernaciones, DIBEN, INDI, INDERT, IPS, Cajas de jubilaciones descentralizadas (ANDE, ferroviarios) |
| Seguridad social | IPS, cajas de jubilaciones descentralizadas (ANDE, empleados bancarios, empleados municipales) |
| Educación y cultura | FONDEC, universidades |
| Ciencia, tecnología y difusión | INTN, UNA |
| Relaciones laborales | |
| Vivienda y servicios comunitarios | SENAVITAT |

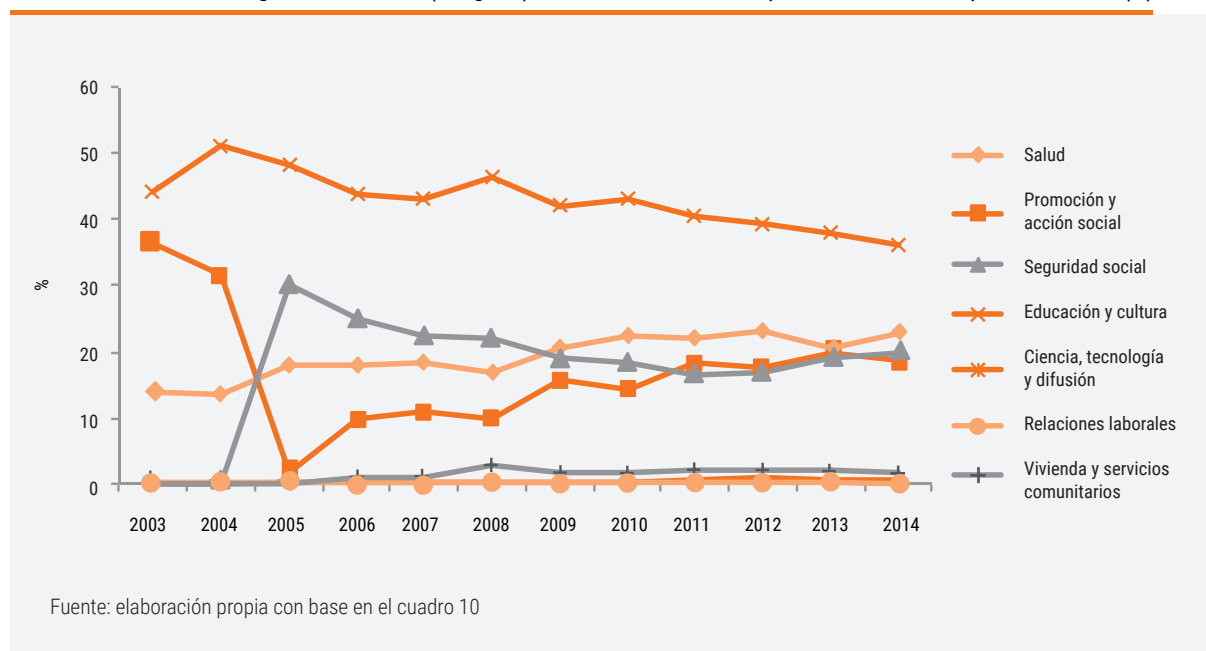
Las funciones de Salud, Promoción y acción social, Seguridad social, Educación y cultura, absorben casi la totalidad de los recursos. En 2014 representaron el 97,7% del total de inversión social, aunque como se puede ver en el Cuadro 10, se han verificado cambios importantes en su evolución. Las inversiones en Educación y cultura y en Seguridad social redujeron sus pesos relativos, dando lugar al aumento de la inversión en Salud y en Promoción social.

Cuadro 10 - Evolución del gasto social real (obligado) en los últimos 10 años por función. Participación relativa (%)

| Función | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 96,1 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Salud | 13,8 | 13,5 | 17,8 | 17,9 | 18,4 | 16,9 | 20,7 | 22,3 | 22,1 | 23,1 | 20,5 | 22,8 |
| Promoción y acción social | 36,5 | 31,5 | 1,7 | 9,7 | 10,9 | 9,9 | 15,9 | 14,1 | 18,2 | 17,5 | 19,8 | 18,8 |
| Seguridad social | 0,0 | 0,0 | 30,1 | 25,0 | 22,5 | 22,2 | 19,0 | 18,4 | 16,5 | 16,8 | 19,1 | 19,9 |
| Educación y cultura | 44,3 | 51,3 | 48,4 | 44,0 | 43,0 | 46,3 | 42,1 | 43,0 | 40,6 | 39,6 | 37,8 | 36,2 |
| Ciencia, tecnología y difusión | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 0,6 | 0,8 | 0,5 | 0,7 |
| Relaciones laborales | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,0 |
| Vivienda y servicios comunitarios | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 1,0 | 2,8 | 1,8 | 1,7 | 1,9 | 2,1 | 2,2 | 1,7 |
| Otros | 5,2 | 3,5 | 1,8 | 2,3 | 0,0 | 1,7 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Fuente: elaboración propia con datos presupuestarios del sistema BOOST (Ministerio de Hacienda)

Gráfico 7 - Evolución del gasto social real (obligado) en los últimos 10 años por finalidad. Participación relativa (%)



El menor peso relativo de algunos componentes no se debió a una reducción del presupuesto sino más bien al aumento más rápido de otros. El Cuadro 11 muestra el aumento real de los recursos entre 2003 y 2014, siendo el de salud el más resaltante por su impacto en valores absolutos. Si bien Ciencia, tecnología y difusión tuvo un incremento sustancial, su presupuesto pesa menos del 1% en el total de la inversión social. Puede verse que en el periodo estudiado, las inversiones en Educación y cultura y en Seguridad social aumentaron 142,6% y 66,1% respectivamente.

Cuadro 11 - Evolución del gasto social real (obligado) en los últimos 10 años por función. Tasa de crecimiento anual (%)

| Función | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2003/2014 |
|-----------------------------------|------|------|-------|-------|------|-------|-------|-------|------|------|-------|-------|-----------|
| Total | | 5,4 | 11,6 | 21,8 | 6,0 | 0,3 | 23,4 | 0,1 | 18,0 | 17,2 | 9,5 | 3,9 | 196,6 |
| Salud | | 2,9 | 46,8 | 22,4 | 9,5 | -8,1 | 51,5 | 7,8 | 16,5 | 22,7 | -2,8 | 15,4 | 387,6 |
| Promoción y acción social | | -9,1 | -94,1 | 611,5 | 18,7 | -8,9 | 98,7 | -11,3 | 52,2 | 12,5 | 24,0 | -1,1 | 52,9 |
| Seguridad social | | | | 1,0 | -4,6 | -0,9 | 5,6 | -3,2 | 5,9 | 19,5 | 24,5 | 8,0 | 66,1 |
| Educación y cultura | | 22,3 | 5,2 | 10,9 | 3,6 | 8,1 | 12,2 | 2,3 | 11,3 | 14,3 | 4,5 | -0,4 | 142,6 |
| Ciencia, tecnología y difusión | | | 485,1 | -24,3 | 67,2 | -13,9 | 105,2 | 83,8 | 94,6 | 52,5 | -31,1 | 45,4 | 7.050,6 |
| Relaciones laborales | | 20,2 | -9,3 | 5,2 | 0,6 | 16,0 | -10,5 | 38,5 | 55,1 | 24,9 | 0,4 | -89,7 | -66,8 |
| Vivienda y servicios comunitarios | | | | | | 177,1 | -21,1 | -4,9 | 34,5 | 26,7 | 14,4 | -20,9 | 306,3 |

Fuente: elaboración propia con datos presupuestarios del sistema BOOST (Ministerio de Hacienda)

La ejecución presupuestaria presenta una alta volatilidad, situación que en parte revela debilidades institucionales para garantizar una correcta implementación de los programas y proyectos financiados con los recursos públicos. La inestabilidad en el financiamiento obstaculiza el impacto de los programas sociales, que requieren una ejecución continua y sistemática para generar resultados sostenibles en el tiempo.

Los siguientes apartados profundizarán el análisis de la inversión social en tres áreas de la protección social: asistencia social, salud y agua potable y agricultura familiar. En cada uno de estos ámbitos se presentan los principales programas presupuestarios y su evolución en el tiempo.

La cobertura de la mayoría de los sistemas de seguridad social basados en un financiamiento contributivo se sustenta en la adscripción a un trabajo formal. Sin embargo, no toda la población accede a este tipo de empleos.

Están quienes deciden dedicarle más años a los estudios y postergar su entrada al mercado laboral de manera plena; a la juventud le es difícil encontrar al inicio de su trayectoria laboral empleos de esta naturaleza. La sociedad asigna a las mujeres la tarea del cuidado y de las labores domésticas, lo cual les exige optar por actividades con horarios flexibles y facilidades para entrar y salir periódicamente del trabajo remunerado, que por lo general no cuenta con el beneficio de la seguridad social, al igual que el trabajo rural. Las personas en situación de pobreza suelen estar sub-representadas en el trabajo formal. Las personas con alguna discapacidad pueden tener mayores dificultades para insertarse en este tipo de empleos.

De esta manera, grandes grupos de personas quedan fuera de la seguridad social, por lo tanto no cuentan con mecanismos que los protejan frente a los riesgos y vulnerabilidades que enfrenta cualquier persona en razón de su edad, sexo, área de residencia o contexto ambiental en el que vive.

Por esta razón, la asistencia y promoción social, como parte de una política de protección social, es imprescindible para proteger el ingreso y el consumo de personas y familias. Especialmente de las que se encuentran en situación de pobreza o que presentan condiciones que las ubican en particular situación de vulnerabilidad.

Parte de los recursos destinados a financiar los programas de asistencia social existentes en el Estado paraguayo, se imputan en la función Promoción y acción social de la finalidad Servicios sociales del Presupuesto General de la Nación. En este apartado analizamos esta función, que como se vio antes, durante los últimos años ha aumentado su peso relativo en el total de inversión social debido a su rápido crecimiento.

4.1 Pobreza, vulnerabilidad y protección social: el debate necesario en Paraguay

Los datos de pobreza en Paraguay y un informe internacional del PNUD muestran la relevancia de discutir con seriedad la política de protección social. La pobreza que venía disminuyendo a una tasa de promedio del 2,8% en el periodo 2006-2013, entre 2013 y 2015 se desaceleró y se redujo en promedio 0,8% anual.

Los datos de la Encuesta de Hogares 2015 dan cuenta de la permanencia en situación de pobreza de más de 1.500.000 personas, de las cuales, casi la mitad no cuenta con los ingresos necesarios para adquirir una canasta de alimentos, con lo cual pasan hambre diariamente.

La niñez (0-14 años) está sobre representada en la pobreza. Del total de personas en situación de pobreza, 630.000 son niños y niñas y de ellos, 300.000 en pobreza extrema/hambre, una situación desde

cualquier punto de vista intolerable en un país donde se supone existe la vigencia de un Estado de derecho y con aspiraciones de desarrollarse. Si a esta situación se agregan otras como el trabajo infantil que afecta a más de 500.000 niños y niñas, no cabe duda que estamos frente a una limitación estructural para cualquier aspiración a largo plazo, a lo que se agrega el desaprovechamiento de la oportunidad que genera el bono demográfico.

Pero la pobreza es solo uno de los problemas que debe enfrentar el Estado paraguayo. Un gran porcentaje de personas que salieron de la misma o que se mantienen por encima, pero muy cerca de la línea de pobreza, presentan condiciones de vida vulnerables, y ante cualquier evento que no puedan controlar, su probabilidad de caer por debajo de la línea es alta. Una enfermedad, la pérdida del empleo, un desastre natural, las inclemencias del tiempo en el campo o la inflación pueden tener un impacto altamente negativo en este sector de la población.

El modelo de crecimiento económico y la incapacidad del Estado para hacer cumplir las normas laborales e implementar políticas de amplio alcance, impidieron que la mayor parte de las personas adultas trabajadoras y de los adultos mayores cuenten con la protección de la seguridad social y los niños, niñas y adolescentes, con mecanismos que garanticen una alimentación adecuada, cuidados y educación de calidad y la erradicación del trabajo infantil y adolescente.

El reciente Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe del PNUD, “Progreso multidimensional: bienestar más allá del ingreso” señala que casi el 40% se encuentra fuera de la pobreza pero vulnerable a caer en ella ante eventos no controlados por las familias. Alrededor de esta misma cifra estima Hardy (2014) en un estudio anterior.

Frente a una situación, en la que el 22% de la población se encuentra en situación de pobreza –la mayoría niños, niñas y adultos mayores– y el 40% en situación de alta vulnerabilidad con un importante riesgo de caer en pobreza, se hace imprescindible una política de protección social.

La estrategia más importante para enfrentar esta compleja problemática es la de protección social. La evidencia empírica internacional, desde mediados del siglo pasado, da cuenta del rol de esta política en el desarrollo de los países europeos y en la reducción de la pobreza y la desigualdad en América Latina.

Paraguay tiene intervenciones importantes, pero deben ser fortalecidas. La seguridad social, como componente contributivo de la protección social es de baja cobertura debido a la evasión empresarial y las restricciones legales y exclusiones de amplios segmentos de población –rural por ejemplo–.

La última encuesta de hogares señala que el 21,1% de la población cuenta con la cobertura en salud del Instituto de Previsión Social, con una mayor participación del sector urbano (27,9%) frente al sector rural (10,7%) (DGEEC, 2015). Menos del 50% de la población asalariada aporta a algún sistema de jubilación. Esta cifra empeora si se considera que el trabajo asalariado ocupa a menos de un cuarto de la población que trabaja (DGEEC, 2014).

Los programas no contributivos como Tekoporã, Abrazo y pensión alimentaria muestran aumentos importantes en la cobertura pero requieren ser ampliados a toda la población que tiene derecho a ser incluida y complementados con intervenciones de calidad desde la política educativa y la de salud. Su impacto no es menor en Paraguay. En 2015 la pobreza hubiera crecido en alrededor de 2 puntos porcentuales –4 puntos más en el caso de pobreza extrema rural– si estos programas no existían, con lo cual se hubiera roto la tendencia positiva de los últimos 9 años.

Paraguay avanzó en la construcción de un piso mínimo de protección social; sin embargo, este avance es incompleto, no solo en sus componentes, sino también en su cobertura. La seguridad social contributiva tiene preeminencia en los quintiles de mayores ingresos; mientras que los programas no contributivos en los quintiles de menores ingresos. Queda pendiente ampliar e integrar ambos sistemas para garantizar la integralidad y universalidad de la política de protección social.

4.2 Una mirada a los recursos dirigidos a protección social no contributiva

Los siguientes apartados presentan una descripción general de la función Promoción y acción social, dando cuenta de los principales problemas que afectan a la inversión en protección social no contributiva.

En este apartado se considera como inversión en protección social no contributiva, a los recursos incorporados en la función de Promoción y acción social que integra el total de la finalidad Servicios Sociales o lo que comúnmente se denomina “gasto social” o “inversión social”. Como se verá, un análisis exhaustivo del presupuesto muestra que en la función Promoción y acción social existen programas que no son necesariamente de protección social no contributiva y que en otras funciones, como por ejemplo en la de Seguridad social se incluyen los recursos destinados a financiar la pensión alimentaria para adultos mayores que es un programa enmarcado en la referida política.

Clasificador presupuestario

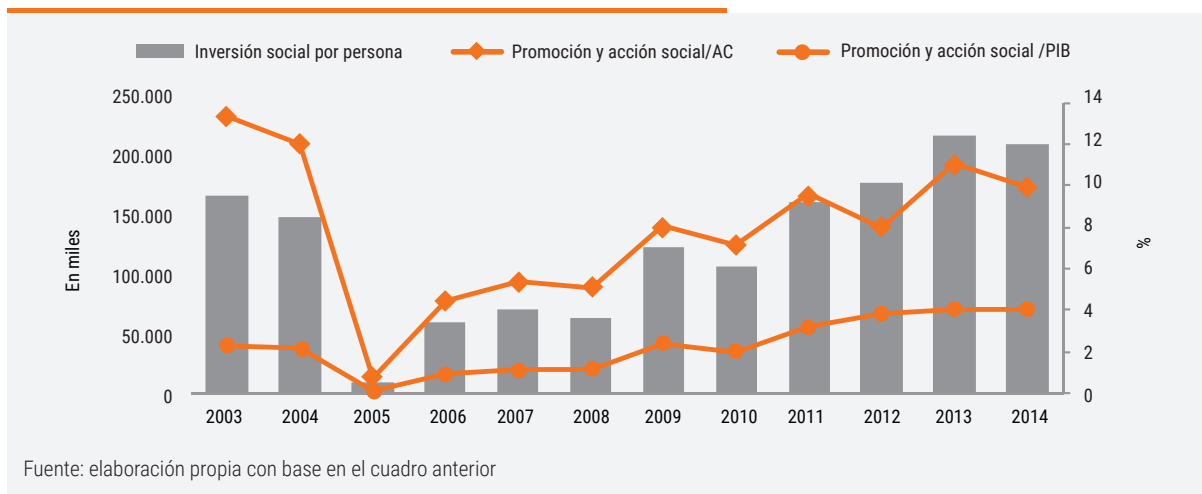
| Gasto total | Servicios sociales |
|-----------------------------------|--|
| Servicios económicos | Salud |
| Servicios sociales | Educación y cultura |
| Servicios de seguridad | Promoción y acción social |
| Servicio de la deuda pública | Seguridad social |
| Servicios de control y regulación | Relaciones laborales |
| | Ciencia, tecnología y difusión |
| | Vivienda, urbanismo y servicios comunitarios |

Cuadro 12 - Evolución de la inversión social en Promoción y acción social

| Indicadores | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------------|---------|---------|-------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Promoción y acción social/AC | 13,3 | 12,0 | 0,7 | 4,5 | 5,4 | 5,1 | 8,1 | 7,1 | 9,6 | 8,0 | 11,1 | 9,9 |
| Promoción y acción social /PIB | 2,3 | 2,2 | 0,1 | 1,0 | 1,2 | 1,2 | 2,4 | 2,0 | 3,2 | 3,8 | 4,1 | 4,1 |
| Inversión por persona | 170.859 | 152.270 | 8.832 | 61.682 | 71.874 | 64.318 | 125.551 | 109.481 | 163.864 | 181.242 | 221.141 | 215.156 |

Fuente: elaboración propia con base en el sistema BOOST (Ministerio de Hacienda)

Gráfico 8 - Evolución de la inversión social en Promoción y acción social



Fuente: elaboración propia con base en el cuadro anterior

Dificultades para el seguimiento de los recursos

Antes de analizar los programas en particular es importante señalar que se encontraron dificultades para realizar el seguimiento de los recursos de la función Promoción y acción social. En primer lugar, los constantes cambios en las asignaciones presupuestarias y en los nombres de los programas exigen al analista organizar la información en una línea de tiempo haciendo muchos supuestos. La confirmación acerca de la consistencia de los datos exige recurrir a la memoria de los funcionarios ya que no se cuenta con documentación pública que explique los cambios realizados.

En segundo lugar, debido a que el clasificador presupuestario no incluye una función exclusiva para protección social no contributiva, la función Promoción y acción social debiera incorporar los programas dirigidos a ésta. Sin embargo, por la diversidad de programas que allí se imputan, esta función debe analizarse con mucho cuidado.

En la referida función se incluyen programas que no contribuyen necesariamente a la protección social (no contributiva) tales como las transferencias a municipalidades, a gobernaciones, al INDERT, y el subsidio a transportistas y, por otro, existen otros programas con ese objetivo que se encuentran imputados en otra función (pensión alimentaria para adultos mayores).

En tercer lugar, pareciera que con el tiempo, esta función terminó incorporando todos los programas difíciles de clasificar, inclusive algunos que no tienen objetivos sociales.

Alta variabilidad de programas y montos invertidos

Entre 2003 y 2014 la ejecución presupuestaria en esta función registra algunos altibajos. Durante los primeros años del periodo (2003-2004) representaba casi un tercio de la inversión social, siendo el segundo componente más importante después del de Educación y cultura. En los dos años siguientes (2005 y 2006) cae su peso relativo derivado de una drástica reducción en los montos ejecutados. En 2007 empieza a recuperar los niveles anteriores y se mantiene creciendo en casi todos los años hasta 2014.

Los cambios que verificó esta función presupuestaria no solo fueron en sus montos totales sino también en su composición. Entre 2003 y 2004, casi la totalidad de los recursos ejecutados se destinaban a financiar pensiones. En 2005 estos recursos probablemente se empezaron a imputar en otra función, la de Seguridad social, ya que desde ese año, la referida función presenta más programas mientras que desaparecen de la función Promoción y acción social.

Ese mismo año se incluyen otros programas como los del Servicio Nacional de Promoción Profesional (SNPP), Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral (SINAFOCAL) y Asistencia a personas con discapacidad. Otros toman relevancia en consonancia con el inicio de la implementación de los primeros programas de protección social no contributiva como Tekoporã y Abrazo, aumentando el peso relativo de los programas presupuestarios que los financian como Protección y promoción social (incluye Tekoporã) y Promoción y protección integral a la niñez y adolescencia (incluye Abrazo).

Cuadro 13 - Evolución de la inversión en Promoción y acción social por programas. Participación relativa (%).

| Programas | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Pensiones y jubilaciones | 99,1 | 98,1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Transferencias a municipalidades | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 35,7 | 32,8 |
| Transferencias a gobiernos departamentales | - | - | - | - | 44,6 | 48,7 | 47,0 | 38,7 | 26,1 | 33,4 | 20,7 | 28,1 |
| Transferencias a las gobernaciones y municipios | - | - | - | 52,6 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Servicio Nacional de Promoción Profesional | - | - | 39,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral | - | - | 5,9 | 1,6 | 0,9 | 1,1 | - | - | - | - | - | - |
| Protección y promoción social (Tekoporã y otro) | - | 0,1 | 2,3 | - | - | - | 11,4 | 15,7 | 7,6 | 8,0 | 6,8 | 9,7 |
| Transferencias al INDERT | - | - | - | 24,4 | 17,1 | 19,0 | 14,4 | 8,9 | 19,3 | 10,1 | 6,3 | 5,5 |
| Indemnizaciones sectores sociales (Transferencias) | - | - | - | - | 6,3 | 13,1 | 4,5 | 7,7 | 9,3 | 6,9 | 2,3 | 4,3 |
| Asistencia en situaciones de emergencia y/o desastres | 0,2 | 1,2 | 10,8 | 6,4 | 7,7 | 5,2 | 5,8 | 3,8 | 2,8 | 2,7 | 3,3 | 2,9 |
| Desarrollo de la agricultura fiar. seguridad alimentaria | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 14,6 | 5,1 | 2,4 |
| Transferencias al INDI | - | - | - | - | 1,9 | 2,6 | 3,7 | 3,1 | 5,0 | 0,8 | 3,0 | 2,3 |
| Productividad e innovación | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 4,5 | 3,1 | 2,1 |
| Desarrollo social | 0,1 | - | - | - | 0,5 | 0,6 | 1,3 | 10,1 | 2,4 | 3,1 | 3,4 | 0,4 |
| Transferencias al FOCEM | - | - | - | - | - | - | - | - | 14,7 | 5,3 | 0,9 | - |
| Apoyo a políticas de desarrollo del sector público (AF) | - | - | - | - | - | - | 3,8 | - | - | - | - | - |
| Asistencia a personas con discapacidad | - | - | 22,5 | 3,6 | 3,4 | 3,9 | 2,0 | 2,6 | 1,9 | 1,5 | 1,8 | 1,8 |
| Promoción y protección integral a la niñez y adolescencia | 0,2 | 0,3 | 6,1 | 1,0 | 1,1 | 0,9 | 2,9 | 2,0 | 2,5 | 2,4 | 1,9 | 1,6 |
| Protección de derechos de las mujeres y trata de personas | 0,3 | - | 6,8 | 0,9 | 0,8 | 0,7 | 0,4 | 0,6 | 0,5 | 0,7 | 0,6 | 0,5 |
| Subsidio de tarifa social - ANDE | - | - | - | 8,5 | 9,9 | - | - | 3,1 | 2,4 | 1,9 | 1,6 | 1,6 |
| Transferencias a la DIBEN | - | - | - | - | - | 2,5 | 1,5 | 2,2 | 1,5 | 1,4 | 1,2 | 1,2 |
| Despacho de la primera dama de la Nación | - | 0,1 | 4,7 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | - | - | 0,0 | 0,0 | - |
| Programa nacional del algodón | - | - | - | - | 5,1 | - | - | - | - | - | - | - |
| Otros | 0,2 | 0,2 | 1,8 | 0,7 | 0,6 | 1,4 | 1,2 | 1,6 | 4,0 | 2,7 | 2,4 | 2,8 |

Fuente: elaboración propia con datos presupuestarios del sistema BOOST (Ministerio de Hacienda)

El incremento del peso de la función Promoción y acción social sobre todo entre 2013 y 2014 se debió a la inclusión de varios programas cuyos recursos anteriormente se imputaban en otras funciones, como los del MAG en Servicios Económicos y las transferencias a las municipalidades. No se cuenta con información que permita argumentar la pertinencia de estos recursos en esta función.

Si estos programas se hubieran mantenido en sus lugares originales, el monto total invertido en esta función se hubiera reducido, dado que varios de sus programas tradicionales como transferencias al INDI y al INDERT, así como el destinado a la SNNA, específicamente al programa Abrazo, se redujeron

en los últimos años. Estas instituciones y programas son fundamentales para la solución de problemas agudos como los relativos al acceso a la tierra, el bienestar de los pueblos indígenas y la reducción del trabajo infantil y adolescente.

Como se señaló en párrafos anteriores, el Ministerio de Hacienda debe considerar la pertinencia de la inclusión de las transferencias a los gobiernos municipales y departamentales en esta función y como parte del “gasto social”, sobre todo en el caso de los primeros ya que no se cuenta con información suficiente para valorar su relevancia social. En el caso de los gobiernos departamentales, la institución rectora del presupuesto debe evaluar el uso de estos recursos a partir de la información proveída por la gestión departamental y considerar su inclusión o no.

El subsidio a los transportistas no corresponde imputar como “gasto social” teniendo en cuenta que el mismo clasificador señala que estos recursos tienen como destino financiero “gastos de inversiones para el mejoramiento del servicio de transporte u otros gastos de infraestructura del parque automotor vinculados a gastos de capital”. Esta definición es compatible con el objetivo de la función Transporte de servicios económicos (Clasificador presupuestario, Hoja 197).

Los principales programas de protección social no contributiva son recientes y tienen bajo peso relativo

Los principales programas de asistencia social –protección social no contributivos– tuvieron origen en 2005 y se expandieron entre 2008 y 2010. Los programas como Tekoporã y Abrazo, comúnmente denominados en América Latina de transferencias monetarias con corresponsabilidades o con condicionalidades (TMC), se iniciaron en la región en los años noventa y tuvieron impulso en la primera mitad del siglo XXI.

La discusión sobre la estrategia de lucha contra la pobreza se inicia unos años atrás y se concreta en la creación de varias instituciones públicas como el Gabinete Social (GS), la Secretaria de Acción Social (SAS), la Dirección del Plan de la Estrategia de Lucha contra la Pobreza, la Desigualdad y la Exclusión Social (DIPLANP) y del Fondo de Equidad Social (FES) entre 2003 y 2004 (García, 2015). En este proceso también se diseñan los dos programas señalados y se inicia su implementación en 2005.

Estos programas se consideran relevantes debido a que la evidencia empírica disponible para América Latina muestra su alta efectividad. Por un lado, las evaluaciones de impacto realizadas en los últimos 10 años dan cuenta de sus efectos no solo en la reducción de la pobreza y desigualdad de ingreso, sino fundamentalmente en la ampliación de las capacidades de niños y niñas con el objetivo de romper con la transmisión intergeneracional de pobreza.

En general, todos los programas evaluados han logrado aumentar el acceso a los servicios de salud y educación de la niñez y adolescencia. La matrícula y la permanencia en la escuela se incrementaron así como el uso de los servicios de salud preventivos, especialmente en materia de vacunación y control de crecimiento (talla y peso) en la primera infancia. Estos objetivos son el primer paso para que los países puedan aspirar a otros de mayor impacto como el estado nutricional y la calidad del aprendizaje (Cecchini y Madariaga, 2011; Fiszbein y Schady, 2009).

En varios países se han encontrado efectos positivos en la reducción del tiempo de trabajo infantil y adolescente, lo cual favorece al aumento del tiempo en la trayectoria educativa y laboral de las personas en el largo plazo (Skoufias y Parker, 2001; Veras Soares, Pérez Ribas e Issamu Hirata; 2008; Ferro y Nicolella, 2007).

Estos resultados positivos fueron de mayor envergadura en determinados grupos de población, beneficiando particularmente a aquellos que presentaban mayores niveles de exclusión, con lo cual las

intervenciones realizadas en el marco de las transferencias monetarias también contribuyeron a reducir las brechas urbano/rurales, masculino/femeninas, pobres/no pobres.

Las evaluaciones de las TMC muestran la potencialidad de esta estrategia para impulsar impactos en otras variables pero con menor nivel de generalización en los países. Algunas de estas señalan que pueden contribuir a mejorar los logros del aprendizaje y el desarrollo cognitivo en la infancia temprana (Fiszbein y Schady, 2009).

De todos modos, las TMC constituyen una medida parcial que no puede reemplazar a políticas públicas de calidad en los ámbitos de salud y educación. Al contrario, su intervención requiere una activa participación estatal en la oferta de servicios públicos de calidad y en la coordinación necesaria para lograr la integralidad de las tres políticas: salud, educación y protección social.

Las evaluaciones de impacto realizadas en Paraguay al programa Tekoporã presentan resultados similares a los encontrados en el resto de América Latina. La primera evaluación de impacto fue realizada al programa piloto en el año 2008 por Fabio Veras Soares, Rafael Pérez Ribas y Guilherme Hirata, del International Poverty Centre – UNDP/IPEA con el apoyo de GTZ y UNFPA.

Según este estudio (Veras Soares, Pérez Ribas y Hirata, 2008) la tasa de asistencia se eleva entre 2 y 4 puntos porcentuales dependiendo del grupo analizado (sexo, edad, nivel de pobreza). Si bien esta cifra parece mínima, hay que considerar que la tasa promedio llegaba casi al 94%.

Aunque el Programa Tekoporã no tiene el objetivo de reducir trabajo infantil, la condicionalidad de permanencia en la escuela y el aporte monetario para cubrir gastos familiares pudieron haber impactado positivamente en la incidencia del trabajo infantil. La evaluación encontró un impacto significativo para el grupo de niños entre 4 y 9 años; en el resto de los grupos, se constata que los niños beneficiarios del programa combinan trabajo y escolaridad, más que abandonar por completo la primera de estas actividades.

Otro hallazgo fue el posible intercambio entre trabajo para el mercado y trabajo familiar, es decir, se mantiene la incidencia de trabajo disminuyendo el trabajo para el mercado y aumentando el realizado al interior del hogar. La hipótesis de los autores es que este cambio pudo haberse debido al aumento de la demanda de mano de obra para la producción de alimentos para autoconsumo, que si bien no es una condicionalidad, el incentivo a la producción de alimentos es parte del esfuerzo que deben realizar los guías familiares.

Esta hipótesis surge de los datos que la evaluación de impacto encontró: el consumo general de las familias participantes aumentó entre 9% y 15%, con una fuerte presencia del auto-consumo así como la diversidad de alimentos consumidos, modificando positivamente la canasta de productos en cuanto a una mayor incorporación de lácteos y frutas frescas. La compra de ropa para niños/as fue el ítem que más aumentó, con un incremento de cerca de tres puntos porcentuales en relación con otros ítems.

La evaluación incluyó el análisis de impacto sobre variables que no son intervenidas de manera directa por el Programa, tales como: mayor producción del hogar, aumento del acceso al crédito, de la tasa de ahorro y en la reducción del endeudamiento por alimentos. La evaluación encontró un aumento en las inversiones hechas por los titulares, lo que podría tener como resultado una mayor capacidad de generación de ingresos. Además aumento en la tasa de ahorro en cerca de 20 puntos porcentuales. Esto representa, para los hogares beneficiarios, un paso positivo en la tasa media de ahorro, del -16% (gastan más de lo que ingresan) al 3%. Otros dos resultados encontrados fueron el aumento en el acceso al crédito, y la reducción en el endeudamiento por las compras de alimentos.

La segunda evaluación de impacto realizada a este Programa (Rossi, 2016) encontró resultados positivos en los niveles de vacunación, controles prenatales y en la mortalidad materna en el ámbito de la salud, mientras que en educación, aumentó la matriculación y se redujo la deserción y el abandono escolar.

Cuadro 14 - Evolución de la inversión social en Tekoporã y Abrazo

| Indicadores | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Programa Tekoporã /PIB | 0,00 | 0,00 | 0,04 | 0,06 | 0,20 | 0,27 | 0,18 | 0,22 | 0,16 | 0,21 |
| Programa Abrazo/PIB | 0,00 | 0,00 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,04 | 0,04 | 0,03 | 0,03 |
| Programa Tekoporã /inversión social | 0,0 | 0,04 | 0,40 | 0,59 | 1,74 | 2,62 | 1,35 | 1,66 | 1,19 | 1,46 |
| Programa Abrazo /inversión social | 0,0 | 0,0 | 0,06 | 0,11 | 0,13 | 0,12 | 0,31 | 0,27 | 0,24 | 0,18 |

Además de estos dos programas, otros cuyos objetivos coinciden con los de protección social son los dirigidos a las personas con discapacidad (MEC y SENADIS), a las personas adultas mayores (Instituto de Bienestar Social – MSPBS), a los niños y niñas institucionalizados/as (Secretaría de la Niñez y Adolescencia), los dirigidos a mitigar las consecuencias de las emergencias climáticas y desastres (Secretaría de Emergencia Nacional) y la tarifa social de ANDE. No obstante, el peso relativo de estos programas no supera el 20% del total de los programas presupuestarios de la función Promoción y acción social.

Adicionalmente al bajo peso relativo de estos programas, la existencia de objetivos explícitos no significa que realmente lleguen a la población meta. La falta de mecanismos de focalización o del uso ineficaz, si los tuvieran, *impide* que los programas tengan cobertura en la población meta más excluida como la de mayor pobreza, la que vive en áreas rurales o las de mayor edad. En general, cuando se cuenta con datos sobre acceso a servicios públicos, se observa claramente la acumulación de desigualdades: ser pobre y del área rural profundiza la exclusión.

Con excepción de Tekoporã y Abrazo, que tienen instrumentos (ficha-hogar e Índice de Calidad de Vida) y bases de datos con información sobre sus titulares de derecho y sus respectivas familias, los demás programas no cuentan con dicha información, por lo que no es posible evaluar con precisión si cumplen sus objetivos y si llegan a la población a la que se dirigen.

Muchos programas de la función no necesariamente contribuyen a la protección social

Más del 80% de los recursos imputados en Promoción y acción social carecen de información que asegure su impacto social. El caso más agudo es el de las transferencias a los gobiernos municipales y departamentales que en algunos años representaron más de la mitad del total invertido en esta función. En el año 2014 estas transferencias representaron el 60,9%. El capítulo 7 se dedica con mayor amplitud a estas transferencias.

Los gobiernos departamentales y municipales tienen recursos que afectan de manera directa a la protección social no contributiva: becas escolares y alimentación escolar. Ambas intervenciones tienen como objetivo reducir los costos financieros y de oportunidad de las familias de mantener a sus hijos e hijas en el sistema escolar y con ello reducir la deserción. No hay que olvidar que en Paraguay existen más de 500.000 niños, niñas y adolescentes trabajando tanto para el mercado como de manera intensiva en el hogar y que esta es una de las razones de inasistencia escolar, según las encuestas de hogares (OIT, DGEEC, 2013; Zavattiero, Serafini, 2016).

Las becas constituyen medios para financiar el gasto de bolsillo en el que deben incurrir los padres de familia para mantener a sus hijos/as en el sistema educativo y cubrir parte de los costos de oportunidad del trabajo infantil y adolescente. La alimentación escolar, además de cumplir el mismo objetivo, contribuye a mejorar la calidad de la alimentación recibida y con esto el aprendizaje.

A diferencia de la alimentación escolar, las becas no están normadas ni coordinadas con las políticas públicas a nivel nacional, por lo que es difícil conocer quiénes se benefician y cuáles son sus resultados.

Transferencias del Ministerio de Hacienda al INDERT es otro de los programas importantes en el periodo, que verifica una reducción en su peso relativo y en sus valores absolutos, durante los últimos años. En 2006, la transferencia de Gs. 90.314 millones representó el 24,4% del total de la función; mientras que en 2014 estas cifras se redujeron a Gs. 81.901 millones y 5,5% respectivamente.

Las transferencias al INDI tuvieron un incremento importante entre 2007 y 2011, pasando su ejecución de Gs. 8.258 millones en 2007 a Gs. 53.532 millones, es decir 6 veces más. Esto significó más que duplicar su peso relativo pasando del 1,9% (2007) al 5,0% (2011). En 2014, la ejecución llegó a Gs. 34.309 millones³.

El subsidio que el Estado otorga a los transportistas para la renovación de su parque automotor, se incluyó por primera vez en 2012, ese año y 2013 se denominó Administración de subsidios y servicios, para, en 2014, pasar a llamarse Productividad e innovación. En total, el monto nominal otorgado en los tres años fue de Gs. 245.849.840.224⁴.

Dada la situación de exclusión social y económica de los pueblos indígenas, una reducción de los recursos indica un retroceso y sobre todo puede estar significando un retroceso en el principio de progresividad y no regresión de la garantía de los derechos económicos sociales y culturales. La situación se agrava si se considera las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, todavía incumplidas por Paraguay.

El programa denominado Transferencias para indemnizaciones y otros sectores sociales destinado a las víctimas de la dictadura, ex obreros de ACEPAR y jubilados bancarios es otro de los programas importantes. En 2008 llegó a representar el 13,1% del total, mientras que el menor peso relativo registrado fue en el año 2013 con el 2,3%.

Los programas dirigidos a la agricultura serán analizados en el apartado relativo a agricultura familiar.

3 Estas cifras son deflactadas. Las cifras nominales son en millones de Gs.: INDI (2007: 11.536; 2011: 94.014 ; 2014: 67.269); (INDERT (2006: 114.937; 2014: 160.582)

4 En términos nominales es Gs. 245.849 millones

El derecho a la salud está establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en numerosos instrumentos internacionales, así como en nuestra constitución de 1992. Para ello debe garantizarse la cobertura universal de salud a través de políticas que aborden los determinantes sociales de la salud, fomenten el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar y eliminen las barreras al acceso a los servicios de salud, ya sean geográficas, culturales o financieras.

La cobertura universal de salud significa que todas las personas y las comunidades tienen acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras.

La falta de cobertura apropiada y de universalidad al acceso tiene un considerable costo social, con efectos catastróficos sobre los grupos poblacionales en mayor situación de vulnerabilidad. La evidencia indica que la mala salud, en esquemas de cobertura insuficiente, no solo implica mayores gastos sino también pérdida de ingresos lo que genera un círculo vicioso de enfermedad y pobreza en esas familias.

La política de protección social en salud tiene como objetivo “lograr la cobertura universal de la protección social en salud definida como el acceso efectivo a una asistencia médica accesible de calidad adecuada y la protección financiera en caso de enfermedad” (OIT, 2007: 15). De la misma manera, la OPS señala que esta política constituye “la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo” (Hernández y Rico, 2011: 16).

Desde esta perspectiva, la protección social en salud es un derecho exigible por la ciudadanía y obliga al Estado a garantizar su cumplimiento sustentado en tres condiciones: a) la eliminación de las barreras económicas, sociales, geográficas, culturales y de la estructura del sistema de salud y las relacionadas con la clase social, género y etnia; b) la solidaridad en el financiamiento y la seguridad financiera de los hogares y c) la atención con dignidad y el respeto por la diversidad, calidad y calidez (OIT/OPS, 2005).

La ausencia de una o más de estas dimensiones determina alguna forma de exclusión en salud, entendida como “la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan” (OPS/OMS, 2003: 6).

El financiamiento solidario significa que todos los mecanismos existentes en la sociedad (seguridad social obligatoria, sistemas universales financiados con recursos fiscales, microseguros y prestaciones contributivas solidarias, etc.) deben unificarse para que las personas contribuyan según su capacidad y reciban servicios según su necesidad.

En este trabajo se analizan los recursos ejecutados por el gobierno central como parte de la función Servicios Sociales en salud, más conocido como gasto social en salud. La principal entidad ejecutora es el

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), pero también tienen recursos las gobernaciones y otras instituciones públicas.

Paraguay no cuenta con estudios recientes provenientes de cuentas nacionales, lo que permitiría establecer con exactitud el nivel de cumplimiento del Estado paraguayo del objetivo de eliminación de las barreras económicas y su rol en la reducción de la exclusión en salud.

La salud de las personas no depende solo de su inclusión en el sistema de salud de manera oportuna y eficaz. Una parte importante de las dolencias tienen determinantes sociales y uno de ellos es el acceso a agua potable que se combina además con fuertes desigualdades por área de residencia y nivel socioeconómico en Paraguay, tal como se verá en apartados siguientes.

El sector salud se financia a través de impuestos, cooperación externa, donaciones, aportes a la seguridad social (empleadores y empleados), pago de primas a las empresas de medicina prepaga y pago directo de hogares por servicios de salud.

Los recursos dirigidos a financiar los servicios de salud, presentados a continuación, se refieren a la Administración Central, con lo cual las principales instituciones involucradas son el MSPBS, la sanidad policial y la sanidad militar. Esto significa que las principales fuentes de financiamiento, al analizar la ejecución presupuestaria, son los impuestos, algunos créditos con que cuenta el MSPBS y el pago de diversos tipos de aranceles cobrados en relación al rol de rectoría del Ministerio (habilitación de instituciones de salud privadas, certificaciones, etc.).

Adicionalmente a los recursos por el MSPBS, sanidad militar y sanidad policial, la Administración Central destina fondos para financiar servicios de salud a los trabajadores/as del sector público bajo la forma de un complemento salarial en algunas instituciones públicas y otras cuentan con seguros privados (Ministerio de Hacienda, Parlamento) también financiados con recursos del Tesoro.

El Instituto de Previsión Social, la segunda institución prestadora de servicios de salud más importante del país no se incluye en este documento. Esta institución financia sus prestaciones con el aporte de trabajadores/as, empleadores/as y recursos del Tesoro. El aseguramiento es una garantía de acceso a los servicios de salud, porque se reducen los costos de enfrentar una enfermedad; sin embargo, en Paraguay apenas el 20,3% de la población cuenta con seguro médico en IPS.

Las demás instituciones que prestan servicios de salud y no son parte de este estudio son las gobernaciones, municipios y la Universidad Nacional de Asunción a través del Hospital de Clínicas y del Hospital Materno Infantil. Todas estas financian su gestión principalmente con recursos del Tesoro (transferencias del Ministerio de Hacienda) y de manera secundaria con copagos (aranceles, aseguramiento).

Bajo financiamiento a la salud

Paraguay ha venido aumentando su gasto total (público y privado) en salud en la última década. En comparación con América Latina, tiene uno de los gastos en salud con respecto al PIB más altos de la región. Sin embargo, una proporción importante de este gasto es privado (61,5%), sólo Guatemala presenta una proporción mayor (Gaete, 2015: 19).

Esta estructura de financiamiento se observa desde tiempo atrás. El documento Cuentas satélite de salud 2007 del MSPBS (2010) encuentra la misma tendencia para el periodo 2005-2009. El Cuadro 15 muestra el alto peso del financiamiento privado en salud con respecto al PIB.

Cuadro 15 - Gasto total (público y privado) en salud

| Gasto | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------------------|------|------|------|------|------|
| Gasto total/PIB | 7,3 | 7,4 | 7,1 | 7,8 | 8,5 |
| Gasto MSPBS/PIB | 1,4 | 1,7 | 1,7 | 1,5 | 2,1 |
| Gasto IPS/PIB | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 2,1 | 2,0 |
| Gasto privado/PIB | 4,9 | 4,7 | 4,4 | 4,2 | 4,5 |

Fuente: MSPBS (2010), Cuentas satélite en salud. Asunción.

Giménez y Barrios (2014:14), con datos de la Encuesta de hogares 2013 señalan que el 80% de las personas que se enfermaron debieron incurrir en pagos. El pago por medicamentos es el que mayor peso tiene en el total, le sigue el de transporte. Por otro lado, la automedicación es una de las principales razones proporcionadas por quienes se enfermaron y no consultaron. Esta razón fue aumentando en los últimos años, lo que debiera ser motivo de preocupación de las autoridades sanitarias.

Esto significa que ante una enfermedad, el acceso a los servicios de salud depende de la capacidad económica de las familias, lo que desde cualquier punto de vista constituye una clara violación al derecho a la salud.

El siguiente cuadro muestra que el gasto de bolsillo en salud afecta más a los quintiles de menores ingresos. En el quintil de menor ingreso, en el que se encuentra la población en situación de pobreza, el 10% de su ingreso trimestral se destinó a financiar el gasto en salud. A pesar de que el quintil más rico gasta casi 4 veces más en salud, esta cifra representa el 3,7% de sus ingresos.

Cuadro 16 - Incidencia del gasto de bolsillo en los ingresos familiares

| Tipo de Gasto / Ingreso | Total | 20% más Pobre | 20% siguiente | 20% siguiente | 20% siguiente | 20% más rico |
|--|------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Gs. pago promedio en salud (últimos 90 días) | 601.173 | 345.173 | 469.729 | 420.537 | 603.184 | 1.181.317 |
| Promedio de ingresos trimestrales (Gs) | 14.679.000 | 3.324.000 | 6.210.000 | 9.474.000 | 13.215.000 | 32.340.000 |
| Gasto de bolsillo /Ingreso (%) | 4,1 | 10,4 | 7,6 | 4,4 | 4,6 | 3,7 |

Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de hogares

Los altos niveles de desprotección en salud obligan a las personas, ante una enfermedad, a recurrir a préstamos. La Encuesta de Inclusión Financiera realizada en Paraguay en 2013 (Banco Mundial, 2014) encontró que la salud es la razón más comúnmente reportada para el préstamo.

El 10% de los adultos, o el 38% de los prestatarios, reportó haber tomado un préstamo para propósitos médicos o de salud en los últimos 12 meses. Llama la atención que los que tienen seguro médico o de vida son más propensos a reportar estos préstamos (Banco Mundial, 2014: 25). Esta situación debiera preocupar a las autoridades, teniendo en cuenta la baja proporción de adultos que toma préstamos para producir.

Como se verá más adelante, la inequidad del sistema de salud no solo se verifica en el mayor peso relativo del gasto de bolsillo en la población de menores ingresos, sino también en la cobertura del Instituto de Previsión Social.

Poca inversión pública en atención primaria

Como se vio en apartados anteriores, el aumento en la inversión en salud fue uno de los más altos, contribuyendo al incremento en el acceso al sistema de salud y a una menor exclusión económica. No obstante, los indicadores de salud muestran lentos avances, así como la persistencia de altos niveles de gasto de bolsillo y de una importante proporción de personas sin acceso a la salud.

Uno de los factores que limita los mejores resultados es la debilidad de la atención primaria. La atención primaria es la puerta de entrada al sistema de salud y la principal estrategia para lograr la protección social en salud. Esta estrategia es promovida por su alto impacto en la prevención de las enfermedades y la muerte, en la promoción de la salud y por el uso más eficiente y equitativo de los recursos.

Cuadro 17 - Ejecución presupuestaria de los principales programas de salud. Participación relativa (%)

| Programas | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Total asistencia a la salud | 84,7 | 90,8 | 85,0 | 85,7 | 87,7 | 89,3 | 83,1 | 96,3 | 96,7 | 95,1 | 95,3 | 96,2 |
| Administración general | 0,0 | 0,0 | 5,3 | 5,5 | 3,2 | 6,0 | 7,0 | 9,9 | 7,8 | 6,7 | 6,3 | 6,7 |
| Atención primaria en salud (redes integrales de salud) | 0,0 | 47,3 | 22,2 | 26,3 | 29,4 | 31,2 | 24,5 | 29,9 | 27,0 | 29,8 | 33,8 | 26,6 |
| Asistencia médica general | 33,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Centro Médico Nacional (Hospital Nacional) | 12,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Atención básica complementaria (hospitales) | 0,0 | 0,0 | 4,5 | 8,5 | 10,0 | 11,0 | 8,7 | 9,2 | 9,6 | 11,5 | 13,8 | 11,9 |
| Coordinación descent. y desarrollo de la política sanitaria | 0,0 | 0,0 | 1,3 | 1,3 | 1,1 | 1,1 | 0,9 | 2,5 | 3,2 | 3,0 | 2,4 | 3,0 |
| Asist. médica especializada y fort. a las prestaciones de salud | 23,4 | 21,8 | 14,7 | 19,8 | 20,6 | 22,3 | 17,0 | 16,1 | 16,3 | 17,2 | 18,2 | 15,3 |
| Fortalecimiento a las prestaciones de salud | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,2 | 2,7 | 3,7 | 12,4 | 0,0 | 0,6 | 0,8 | 0,6 | 0,7 |
| Asistencia nacional en emergencias médicas | 6,7 | 6,1 | 3,8 | 3,7 | 5,6 | 4,4 | 4,1 | 4,1 | 5,6 | 5,3 | 5,6 | 4,5 |
| Vigilancia de la salud (PAI y otros) | 6,4 | 14,1 | 11,2 | 11,0 | 10,0 | 8,0 | 7,6 | 7,8 | 7,4 | 8,3 | 5,1 | 4,9 |
| Inversiones en servicios de salud | 0,0 | 0,0 | 21,0 | 6,3 | 4,1 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,1 | 4,2 |
| Programas de apoyo (varios programas) | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 15,0 | 17,3 | 10,8 | 5,9 | 13,6 |
| Instituto de Bienestar Social | 1,8 | 1,5 | 1,0 | 1,1 | 1,0 | 1,1 | 0,8 | 0,9 | 0,8 | 0,7 | 0,7 | 0,6 |
| Dirección nacional estratégica de recursos humanos en salud | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,6 | 0,8 | 0,7 | 0,6 | 4,1 |
| Dirección nacional de vigilancia sanitaria | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,2 |
| Total agua y saneamiento | 2,9 | 2,5 | 1,7 | 11,3 | 8,1 | 6,2 | 5,0 | 2,1 | 2,8 | 4,6 | 4,2 | 1,9 |
| Abastecimiento de agua y saneamiento ambiental | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 9,4 | 6,1 | 3,6 | 1,9 | 1,0 | 1,3 | 2,1 | 2,0 | 0,8 |
| Fort en los serv. agua potable y saneamiento | 2,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,7 | 1,5 | 0,9 | 1,3 | 2,5 | 1,7 | 0,5 |
| Abastecimiento de agua y saneamiento ambiental | 0,0 | 2,5 | 1,7 | 1,9 | 1,8 | 1,9 | 1,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Abastecimiento y saneamiento ambiental | 0,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Transferencia a ESSAP | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,3 | 0,0 | 0,5 | 0,6 |
| Otros | 12,4 | 6,7 | 13,3 | 2,9 | 4,3 | 4,5 | 11,9 | 1,7 | 0,5 | 0,4 | 0,5 | 1,8 |

Fuente: elaboración propia con datos presupuestarios del sistema BOOST (Ministerio de Hacienda)

La efectiva implementación de esta estrategia permitirá lograr los objetivos de los programas dirigidos a la población en situación de pobreza, tales como Tekoporã, Abrazo y la pensión alimentaria para adultos mayores. Una adecuada oferta de servicios de salud es condición indispensable para romper con el círculo vicioso de la pobreza, reducir la exclusión y mejorar la calidad de vida.

En Paraguay, la implementación de la atención primaria bajo los esquemas actuales de equipos de salud, inició en 2008 con la instalación de los primeros equipos de salud de la familia. Durante los años siguientes se expandieron pero no se logró conformar la red de atención primaria ni integrarse a las demás redes, también inconclusas.

Los déficits en la materia se traducen en los lentos avances en indicadores de salud y pueden ser confirmados analizando la estructura del presupuesto, en la que se observa un bajo peso relativo de los principales programas que apoyan esta estrategia. Los principales recursos vinculados con la atención primaria se encuentran en los programas de Asistencia médica general (2003) y desde 2004 en el denominado Atención primaria en salud, así como en Fortalecimiento de las prestaciones en salud.

Los dos primeros programas incluyen la ejecución presupuestaria de las regiones sanitarias y de las Unidades de Salud de la Familia cuya implementación se inició en 2008 con el objetivo de reforzar la estrategia de atención primaria. Estos programas representaron entre el 22,2% (2005) y el 47,3% (2003) del total, revelando la inestabilidad del financiamiento de la estrategia.

El enfoque hospital o centro curativo del financiamiento a la salud, se observa claramente en el peso presupuestario que tienen los programas Atención básica complementaria, Asistencia médica especializada y Asistencia nacional en emergencias.

Cuadro 18 - Ejecución presupuestaria de los principales programas de salud de atención primaria y atención hospitalaria. Participación relativa (%)

| Programas | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total atención primaria | 33,2 | 47,3 | 22,2 | 28,5 | 32,1 | 34,9 | 36,9 | 29,9 | 27,6 | 30,6 | 34,4 | 27,3 |
| Atención primaria en salud (redes integrales de salud) | 33,2 | 47,3 | 22,2 | 26,3 | 29,4 | 31,2 | 24,5 | 29,9 | 27,0 | 29,8 | 33,8 | 26,6 |
| Fortalecimiento a las prestaciones de salud | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,2 | 2,7 | 3,7 | 12,4 | 0,0 | 0,6 | 0,8 | 0,6 | 0,7 |
| Total Atención en hospitales | 30,1 | 27,9 | 23,0 | 32,0 | 36,2 | 37,7 | 29,8 | 29,4 | 31,5 | 34,0 | 37,6 | 31,7 |
| Atención básica complementaria (hospitales) | 0,0 | 0,0 | 4,5 | 8,5 | 10,0 | 11,0 | 8,7 | 9,2 | 9,6 | 11,5 | 13,8 | 11,9 |
| Asist. médica especializada y fort. a las prestaciones de salud | 23,4 | 21,8 | 14,7 | 19,8 | 20,6 | 22,3 | 17,0 | 16,1 | 16,3 | 17,2 | 18,2 | 15,3 |
| Asistencia nacional en emergencias médicas | 6,7 | 6,1 | 3,8 | 3,7 | 5,6 | 4,4 | 4,1 | 4,1 | 5,6 | 5,3 | 5,6 | 4,5 |
| Otros | 36,7 | 24,8 | 54,8 | 39,5 | 31,7 | 27,4 | 33,3 | 40,7 | 40,9 | 35,4 | 28,0 | 41,0 |

Fuente: elaboración propia con datos presupuestarios del sistema BOOST (Ministerio de Hacienda)

Cuadro 19 - Descripción de los principales programas presupuestarios de la función salud en el MSPBS

| Programas | Descripción |
|---|---|
| Atención primaria en salud | Regiones sanitarias (dispensarios, puestos de salud, centros de salud), programa APS (unidades de salud de la familia) |
| Fortalecimiento a las prestaciones de salud | Salud reproductiva y sexual y kit de parto, Salud bucodental, Prevención de la fibrosis quística y del retardo mental, Prevención, detección precoz y tratamiento del cáncer de cuello uterino y mama, otros programas de salud preventivos |
| Atención básica complementaria | Hospitales de Lambaré, Fernando de la Mora, Mariano R. Alonso, San Lorenzo, Limpio, Capiatá, Luque, Ñemby, Itá, Villeta, Villa Elisa, Itauguá, Santa Rosa del Aguaray, del Indígena, San Jorge |
| Asistencia médica especializada y fortalecimiento a las prestaciones de salud | Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM), Instituto de Medicina Tropical, Instituto Nacional del Cáncer, Centro Nacional del Quemado, Hospital General Pediátrico, Hospital Nacional, hospitales materno infantiles Cruz Roja Paraguaya, Barrio San Pablo, Santísima Trinidad, hospital psiquiátrico, Centro Nacional de Control de Adicciones, Instituto Nacional de Nefrología, Programa de salud ocular, Instituto Nacional de Ablación y Trasplante, Programa Nacional de Sangre, Centro Nacional de Servicios de Sangre, Banco de leche humana |
| Asistencia nacional en emergencias médicas | Hospital del Centro de Emergencias Médicas, Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias |

Se requieren mayores esfuerzos para mejorar el acceso a agua potable y saneamiento

Paraguay cumplió con la meta de cobertura de agua potable relativa a los Objetivos de Desarrollo del Milenio a nivel nacional, no así en la población rural, indígena o en situación de pobreza, lo que exige un mayor esfuerzo público para garantizar la universalización de la cobertura.

En materia de saneamiento, los indicadores empeoran así como las brechas entre el campo y la ciudad, los quintiles de ingreso y la población indígena. Las mejoras requieren soluciones más complejas y costosas que las de agua potable. La disposición final de las excretas continúa siendo un problema trascendental a nivel nacional porque se constituye en un grave factor de riesgo para la higiene y la salud humana. Existe muy bajo grado de tratamiento final de efluentes, lo que acarrea una agresión continua al ambiente planteando la indispensable incorporación de mayores esfuerzos para obtener una gestión ambiental aceptable.

Como señalara Ramírez (2015), los programas de agua y saneamiento tienen bajo peso relativo con respecto al total de la inversión en salud. En 2014 llegaron a su nivel más bajo, representando apenas el 1,9% de la inversión total en salud; mientras que 2006 y 2008 fueron los años de mayor importancia con una participación porcentual del 11,3% y 6,2%.

Además de los recursos incluidos en Servicios sociales (o gasto social) el MOPC también cuenta con fondos tanto para agua potable como para saneamiento ambiental.

La mayor parte de los programas dirigidos al sector están financiados con créditos (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo) o donaciones externas (Fondos Estructurales del MERCOSUR-FOCEM y AECID).

La equidad de la inversión social: salud, agua potable y saneamiento, agricultura familiar

El presente apartado busca establecer algunas hipótesis con respecto a la equidad de la inversión pública en los tres sectores analizados: salud, agua potable y agricultura familiar, a partir de la información proveída por las encuestas de hogares. Estos instrumentos recogen datos sobre el acceso de los hogares y de la población a servicios, permitiendo en algunos casos conocer si la institución oferente es pública o privada.

Como se señaló en el primer apartado, Paraguay ha avanzado en la última década en algunos indicadores incluyendo los de salud. Estos logros tienen que ver con la expansión de la oferta de servicios, lo cual se vio reflejado en el aumento del gasto público, como también fue observado en este documento.

Los siguientes cuadros muestran que desde el año 2000 se verifica un aumento de la proporción de personas que habiéndose enfermado o accidentado, consultaron. Al inicio del periodo, poco menos de la mitad de estas personas asistió a una consulta, mientras que en 2015 esta proporción se eleva al 81,4%. No obstante resulta preocupante que todavía casi el 20% de la población se encuentre excluida del sistema de salud.

Cuadro 20 - Personas que se enfermaron y consultaron

| Área de residencia | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2015 |
|--------------------|---------|------|------|------|
| Brecha | 23,2 | 19,7 | 10,1 | 3,2 |
| Total | 48,6 | 59,3 | 71,9 | 81,4 |
| Urbana | 60,1 | 67,7 | 76,1 | 82,7 |
| Rural | 36,9 | 48,0 | 66,0 | 79,5 |

| Nivel socioeconómico | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2015 |
|---------------------------|---------|------|------|------|
| Brecha (Q5 - Q1) | 37,6 | 30,1 | 8,7 | 3,5 |
| Total | 48,6 | 59,3 | 71,9 | 81,4 |
| Quintil 1 (20% más pobre) | 31,7 | 44,8 | 65,6 | 78,7 |
| Quintil 2 | 41,2 | 57,5 | 73,0 | 81,8 |
| Quintil 3 | 50,4 | 58,5 | 72,6 | 80,4 |
| Quintil 4 | 56,5 | 63,8 | 74,9 | 84,5 |
| Quintil 5 (20% más rico) | 69,3 | 74,9 | 74,3 | 82,2 |

| Sexo | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2015 |
|--------|---------|------|------|------|
| Brecha | 7,2 | 6,4 | 9,0 | 4,7 |
| Total | 48,6 | 59,3 | 71,9 | 81,4 |
| Mujer | 52,1 | 62,3 | 76,3 | 83,6 |
| Hombre | 44,9 | 55,9 | 67,3 | 78,9 |

Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de hogares

Los datos muestran que además esta evolución positiva fue más rápida en el sector rural y entre los quintiles de menores niveles de ingreso, por lo cual las brechas se redujeron. En la encuesta 2000/01, la exclusión del sistema de salud en el sector rural y en el quintil más pobre se acercaba a dos tercios de la población, mientras que en 2015 se reduce a un cuarto de la población. La brecha entre hombres y mujeres es menor respecto a otras brechas (área de residencia o nivel económico); y se redujo en beneficio de los hombres.

El quinquenio 2005-2010 es el que presenta un mayor aumento de la cobertura y la mayor reducción de brechas urbano/rurales y por nivel socioeconómico. En ese mismo periodo se registró un fuerte aumento de las consultas por parte de las mujeres, mientras que las consultas realizadas por hombres crecieron pero menos, por lo que la brecha por sexo aumentó. En el siguiente periodo retoma la tendencia histórica.

El desafío para futuras investigaciones cuyo objetivo sea contribuir a la efectividad de las políticas públicas, es profundizar en los factores que pudieron haber influido en el aumento de la cobertura y la

reducción de las brechas. En este periodo se sucedieron dos gobiernos distintos –Nicanor Duarte Frutos y Fernando Lugo–. Durante el primero se observa un aumento de la inversión social en salud, mientras que en el segundo se declaró la gratuidad de las consultas y se fortaleció la atención primaria con la implementación de las unidades de salud de la familia. Ambas estrategias pudieron haber reducido algunas de las razones de exclusión, como las económicas y geográficas, en el área rural y entre las poblaciones de menores ingresos.

Cuadro 21 - Personas que se enfermaron y consultaron según tipo de establecimiento

| Establecimiento | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2015 |
|---------------------------------|---------|------|-------|-------|
| Total | 100,0 | s.d. | 100,0 | 100,0 |
| USF, puestos y centros de salud | 47,5 | s.d. | 52,0 | 46,7 |
| Hospitales | 52,5 | s.d. | 48,0 | 53,3 |

Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de hogares

El cuadro anterior muestra la relevancia de la atención primaria no solo para reducir la exclusión a través del fortalecimiento de los servicios en los territorios en los que habita la población, sino también para mejorar la eficiencia ya que se sabe que la prevención y la atención temprana –roles fundamentales de la atención primaria– son menos costosas y más efectivas. En los años 2000/01 y 2015, prevalece la atención en los hospitales, mientras que en el año 2010 tienen mayor peso las Unidades de Salud de la Familia - USF y los puestos y centros de salud.

La consulta está claramente segmentada. Los establecimiento de atención primaria (USF, dispensarios, puestos de salud y centros de salud) son más utilizados por las personas del sector rural y de los quintiles de menores ingresos. Frente a esta situación, el énfasis de la política de salud puesta en los hospitales ubicados en las áreas urbanas, sin el acompañamiento de una política de protección social, contribuye al rezago de las mejoras en las condiciones de salud de la población rural y en situación de pobreza, porque se mantienen las razones de exclusión como la necesidad de contar con dinero para financiar los medicamentos, análisis laboratoriales, traslado hasta el hospital, entre otros gastos.

Cuadro 22 - Personas que se enfermaron y consultaron en establecimientos de atención primaria*

| Área de residencia | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2015 |
|---------------------------|---------|------|------|------|
| Urbana | 40,5 | s.d. | 40,1 | 35,7 |
| Rural | 60,4 | s.d. | 70,6 | 61,3 |
| Sexo | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2015 |
| Hombre | 46,6 | s.d. | 50,2 | 49,3 |
| Mujer | 48,3 | s.d. | 53,4 | 44,6 |
| Nivel socioeconómico | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2015 |
| Quintil 1 (20% más pobre) | 74,1 | s.d. | 73,9 | 67,8 |
| Quintil 2 | 59,0 | s.d. | 56,0 | 50,5 |
| Quintil 3 | 46,3 | s.d. | 49,6 | 42,7 |
| Quintil 4 | 39,3 | s.d. | 40,0 | 34,3 |
| Quintil 5 (20% más rico) | 26,2 | s.d. | 26,3 | 21,0 |

Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de hogares

*Unidades de salud de la familia, puestos de salud, centros de salud, dispensarios (IPS)

Cuadro 23 - Personas que se enfermaron y consultaron en hospitales

| | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2015 |
|---------------------------|---------|------|------|------|
| Total | 22,8 | s.d. | 33,0 | 41,9 |
| Urbana | 59,5 | s.d. | 59,9 | 64,3 |
| Rural | 39,6 | s.d. | 29,4 | 38,7 |
| Sexo | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2015 |
| Hombre | 53,4 | s.d. | 49,8 | 50,7 |
| Mujer | 51,7 | s.d. | 46,6 | 55,4 |
| Nivel socioeconómico | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2015 |
| Quintil 1 (20% más pobre) | 25,9 | s.d. | 26,1 | 32,2 |
| Quintil 2 | 41,0 | s.d. | 44,0 | 49,5 |
| Quintil 3 | 53,7 | s.d. | 50,4 | 57,3 |
| Quintil 4 | 60,7 | s.d. | 60,0 | 65,7 |
| Quintil 5 (20% más rico) | 73,8 | s.d. | 73,7 | 79,0 |

Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de hogares

El acceso a la seguridad social forma parte de la protección social contributiva. Si bien este trabajo se focaliza en protección social no contributiva, es importante señalar que al no existir en Paraguay un sistema nacional de salud funcionando, ni una política de protección social que integre ambos pilares, la asignación final de los recursos presenta problemas serios. El marco legal actual obliga a la conformación del sistema nacional de salud y le da la competencia al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de coordinar el mismo.

Por un lado, los esfuerzos realizados para enfrentar las vulnerabilidades en salud terminan siendo ineficaces en el propósito de mejorar la calidad de vida. Por otro lado, son insuficientes, contribuyendo a la ineficiencia del financiamiento a nivel nacional. Finalmente, se termina configurando una oferta pública inequitativa.

A continuación se presentan algunos datos que ayudan a complementar el debate de la protección social no contributiva con los desafíos de la protección social contributiva (seguridad social). El Instituto de Previsión Social (IPS) es la principal entidad en el país con responsabilidad en el ámbito.

Dados los principales requisitos para el acceso a los beneficios de la seguridad social, centrado históricamente en el trabajo formal, la cobertura general ha sido relativamente baja, en consonancia con la estructura del empleo en Paraguay, en la que una amplia mayoría trabaja por cuenta propia o en contextos de informalidad. Obsérvese que en 2014, apenas el 20,3% de la población cuenta con la cobertura de IPS, con una fuerte desigualdad entre las áreas de residencia (urbana/rural) y el nivel de ingreso.

La cobertura en el área urbana duplica a la cobertura en el área rural. Si se analiza la brecha entre el quintil más rico y el quintil más pobre, se puede ver que la cobertura se concentra en los quintiles de mayores ingresos.

La cobertura en el quintil más rico quintuplica a la del quintil más pobre. En el periodo estudiado, se mantienen las brechas entre el área urbana y rural a excepción del año 2010 en que aumenta por el incremento de la cobertura en el área urbana. En el año 2014, la brecha vuelve a disminuir por el incremento en el sector rural.

Cuadro 24 - Personas que cuentan con IPS según área de residencia

| Área de residencia | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2014 |
|--------------------|---------|------|------|------|
| Brecha | 11,9 | 11,4 | 17,8 | 12,8 |
| Total | 10,9 | 12,3 | 16,4 | 20,3 |
| Urbana | 16,4 | 17,1 | 23,7 | 25,4 |
| Rural | 4,5 | 5,7 | 5,9 | 12,6 |

Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de hogares

La brecha entre los quintiles aumenta de manera importante en los últimos años debido a que la cobertura de IPS creció mucho más rápido en el quintil más rico. Casi un tercio de los quintiles más ricos tienen acceso a los servicios que presta IPS; sin embargo en los dos quintiles de menores ingresos la cobertura solo llega al 4,6% y al 12,8% respectivamente en el 2014.

Con respecto a la cobertura por sexo la brecha es mínima, presentando todos los años una ventaja para las mujeres. Esta evolución está relacionada con la concentración de los servicios en el área urbana, que es donde las mujeres tienen mayores oportunidades de empleo en los servicios, sobre todo de salud y educación, ramas altamente feminizadas.

Cuadro 25 - Personas que cuentan con IPS según nivel socioeconómico

| Nivel socioeconómico | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2014 |
|----------------------|---------|------|------|------|
| Brecha (Q5-Q1) | 18,4 | 21,8 | 29,1 | 27,2 |
| Total | 10,9 | 12,3 | 16,4 | 20,3 |
| Quintil mas pobre | 1,4 | 1,3 | 2,0 | 4,6 |
| Quintil 2 | 4,4 | 5,9 | 9,5 | 12,8 |
| Quintil 3 | 11,1 | 13,3 | 16,0 | 22,2 |
| Quintil 4 | 17,4 | 17,5 | 23,7 | 30,1 |
| Quintil más rico | 19,8 | 23,1 | 31,1 | 31,8 |

Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de hogares

Como se pudo ver en los apartados anteriores, la inversión en agua potable se incrementó de manera importante en los últimos años, lo cual tuvo resultados en una mayor cobertura de agua potable en red. No obstante, casi un tercio de la población rural y de menores ingresos continúa sin este servicio público fundamental para garantizar una salud adecuada. El acceso a agua potable es particularmente relevante para la población infantil, cuyas principales causas de morbilidad se relacionan con la carencia de este bien.

Los datos indican que la expansión de la cobertura se dio más rápido en las áreas rurales y en los quintiles de ingresos más pobres, triplicándose la proporción de personas que cuentan con este servicio en ambos casos, con lo cual las brechas entre niveles de ingreso y áreas de residencia se redujeron en el lapso de 15 años. El quinquenio de mayor ampliación de la cobertura y de reducción de las brechas fue 2005-2010. Obsérvese que el quintil más pobre –71,7% en 2014– tardó 14 años en contar con la misma cobertura que el quintil más rico –71,0% en 2000/01–.

Los hogares con jefatura femenina presentan una mayor cobertura de servicios vinculados a las entidades públicas prestadoras. Este resultado es consistente con otras investigaciones (Serafini, 2015) que muestran una mayor propensión a invertir en la vivienda de los hogares con una mujer como jefa de hogar (autodeclarada).

Cuadro 26 - Cobertura de agua potable en red según área de residencia

| Área de residencia | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2014 |
|--------------------|---------|------|------|------|
| Brecha | 48,6 | 35,0 | 13,4 | 7,0 |
| Total | 40,4 | 43,5 | 62,4 | 69,3 |
| Urbana | 62,8 | 58,2 | 67,9 | 72,1 |
| Rural | 14,2 | 23,2 | 54,5 | 65,1 |

Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de hogares

Cuadro 27 - Cobertura de agua potable en red según nivel socioeconómico

| Nivel socioeconómico | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2014 |
|----------------------|---------|------|------|------|
| Brecha | 44,5 | 28,6 | 13,4 | 6,1 |
| Total | 40,4 | 43,5 | 62,4 | 69,3 |
| Quintil más pobre | 17,5 | 29,4 | 55,0 | 63,9 |
| Quintil 2 | 25,5 | 36,3 | 59,2 | 72,1 |
| Quintil 3 | 43,7 | 40,4 | 63,2 | 69,2 |
| Quintil 4 | 52,6 | 52,8 | 65,5 | 70,9 |
| Quintil más rico | 62,0 | 58,0 | 68,4 | 70,0 |

Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de hogares

Cuadro 28 - Cobertura de agua potable en red, según sexo del jefe de hogar

| Sexo | 2000/01 | 2005 | 2010 | 2014 |
|--------|---------|------|------|------|
| Brecha | 4,8 | 0,7 | -0,6 | 4,4 |
| Total | 42,3 | 45,5 | 63,2 | 69,5 |
| Mujer | 45,8 | 46,0 | 62,7 | 72,5 |
| Hombre | 41,0 | 45,3 | 63,3 | 68,1 |

Fuente: elaboración propia con base en las encuestas de hogares

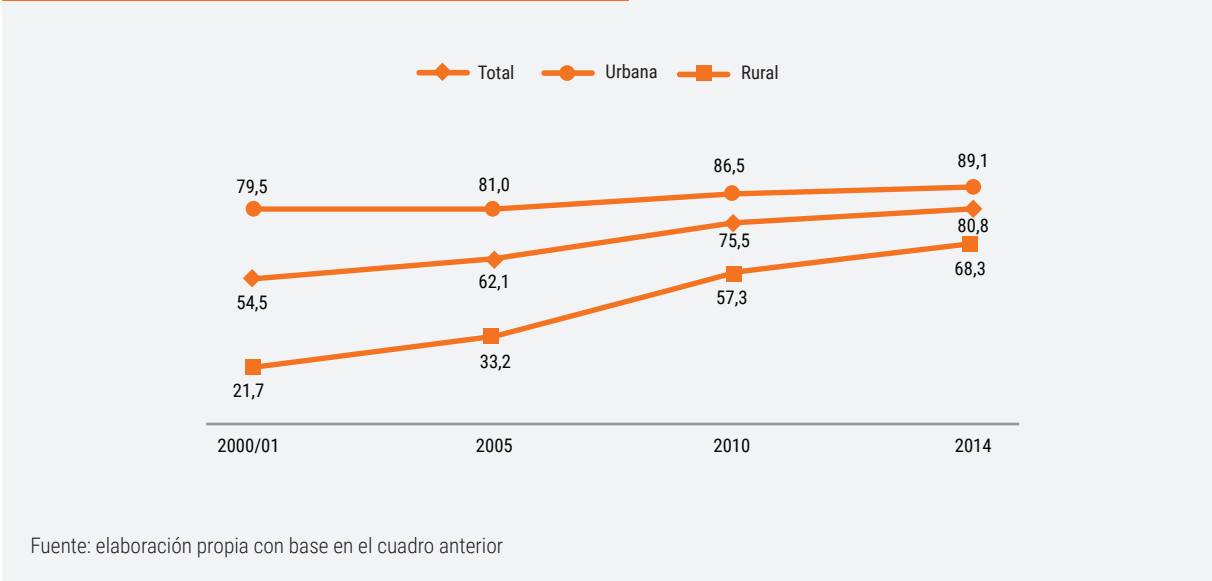
2000/01: ESSAP-SENASA

2005: ESSAP-SENASA

2010: ESSAP-SENASA (Junta de Saneamiento) - Red Comunitaria

2014: ESSAP-SENASA (Junta de Saneamiento) - Red Comunitaria

Gráfico 9 - Evolución de la cobertura de agua potable



La incertidumbre hace que se eviten las oportunidades de subsistir arriesgadas, aunque potencialmente rentables. La existencia de mecanismos de protección para enfrentar las diversas formas de adversidad que se presentan en el sector rural permite aprovechar las oportunidades económicas, lo cual a su vez contribuye a una mayor y mejor inclusión económica.

La protección es todavía más importante en el caso de las familias en situación de pobreza, cuya dotación de activos y de capital social son bajas, con lo cual son todavía más vulnerables a las adversidades climáticas, a la incapacidad o enfermedad de alguno de los proveedores/as principales y a la volatilidad de los mercados y precios.

Ante la falta de mecanismos de mitigación de los riesgos, las familias rurales, pobres y no necesariamente pobres, enfrentan la inseguridad con conductas precavidas y adversas a los riesgos. Con lo cual, a las ya existentes menores oportunidades económicas, se agrega el hecho de generar ingresos con cultivos, técnicas u ocupaciones más seguras pero menos rentables o de bajo rendimiento. La innovación y la inversión se ven limitadas y, por ende, también las posibilidades de generación de ingresos a nivel microeconómico y de crecimiento en el ámbito macroeconómico.

La racionalidad de estas decisiones se suma a que, de por sí, el mercado no tiene interés en ofrecer productos financieros como seguros o créditos a este segmento. De esta manera, a pesar de la necesidad, una amplia proporción de la población rural no cuenta con las condiciones adecuadas para impulsar sus potencialidades económicas, siendo los mecanismos de protección social determinantes en este ámbito, dados los riesgos y situaciones vulnerables que enfrenta.

En general, las políticas agrícolas tienen como objetivo aumentar la productividad a través de mejores técnicas y la incorporación de nuevas tecnologías en las prácticas y los mercados. Las políticas de protección social en la producción agrícola, aún tienen poco desarrollo a pesar de su potencialidad para crear un entorno propicio en el que la agricultura familiar cumpla los objetivos de seguridad y soberanía alimentaria, así como de generación de ingresos. De esta manera, a pesar de los riesgos y situaciones altamente vulnerables, el Estado latinoamericano, salvo algunas excepciones, tiene pocas estrategias dirigidas al sector. Las experiencias positivas de protección social en la agricultura familiar se limitan a las emergencias durante crisis como las sequías.

Las estrategias de protección social específicamente dirigidas a la agricultura, pueden tener impacto directo en las decisiones de las familias en materia de inversión y uso más eficiente de sus activos, lo que redundará en una mayor rentabilidad. La capacidad de resiliencia productiva aumenta luego de crisis agroclimáticas si las fincas cuentan con microseguros. El acceso al crédito puede mejorar sus activos y proteger las inversiones realizadas (UE, 2010).

Por otro lado, la evidencia empírica indica que los programas de asistencia que tienen objetivos de protección social, específicamente las transferencias monetarias, construyen sinergias con las políticas agropecuarias. Cuando los hogares cuentan con la seguridad de un ingreso, su horizonte temporal se

amplía y sus esfuerzos van más allá de la supervivencia. Las transferencias monetarias que se realizan en el marco de programas de asistencia, proporcionan liquidez y previsibilidad, lo que facilita el acceso a productos financieros y a la inversión en insumos y activos.

Por el contrario, la carencia de ingresos seguros se traduce en privaciones de alimentos, reducción de la inversión en salud y educación, con los consecuentes efectos a largo plazo en la productividad del trabajo y la empleabilidad. La inseguridad económica obliga a la familia a diversificar fuentes de ingresos, obligando al trabajo infantil, al uso insostenible de los recursos naturales y al trabajo fuera de la finca, desaprovechando oportunidades económicas (FAO, 2015).

Maldonado et al (2016), a través de evaluaciones de impacto, encontraron diferentes resultados. Si bien el estudio no encontró una regularidad de impactos en las mismas variables, en un país encontró que aumentaron los ingresos, en otros, la productividad de la tierra, en otros, la dotación de activos y en otros, mejoras en las prácticas culturales y en las ambientalmente sostenibles. En varios países se encontraron efectos en el ámbito de la inclusión financiera a partir del uso de diferentes productos: bancarización, créditos y microseguros. Un resultado interesante fue el aumento de la participación en organizaciones de productores.

En el mismo sentido que el estudio anterior, Tirivayi, Knowles y Davis (2013) señalan que la diversidad de combinación de intervenciones entre las dos políticas no permite aun encontrar evidencia contundente sobre el impacto en variables determinadas. Por otro lado, también hay diferencias importantes en el tiempo de implementación, dado que hay países que ya cuentan con 20 años de programas de transferencias monetarias y políticas de fomento a la producción, implementadas de manera conjunta y sistemática, mientras que otros tienen menor tiempo. Estos autores encontraron efectos positivos en la acumulación de activos y en el aumento del uso de insumos y aumento en la producción.

Innecesaria dispersión de programas presupuestarios dirigidos a la Agricultura Familiar

Los fondos dirigidos al sector agropecuario y, particularmente a la agricultura familiar se encuentran tanto en Servicios económicos como en Servicios sociales o “gasto social”. El Cuadro 29 muestra los programas incluidos en lo que comúnmente se denomina “gasto social”, que a su vez se incorpora en la función Promoción y acción social.

No se encontraron documentos que expliquen los criterios diferenciados por los que el Ministerio de Hacienda clasifique como Servicios económicos o Servicios sociales. Como se puede ver, hay Programas que requieren explicación para comprender por qué se consideran inversión social y específicamente de Promoción y acción social, tal como el de Manejo sustentable de recursos naturales en 2011 o Desarrollo de la competitividad agropecuaria 2012-2014, cuyos fondos van destinados a financiar la elaboración de estadísticas o la biblioteca. De hecho, el Clasificador vigente en 2014, en Servicios económicos cuenta con una subfunción específica para ello: “4.15 SERVICIO DE CENSO Y ESTADÍSTICA AGROPECUARIA: Gastos inherentes a la producción de informaciones estadísticas del sector”.

De igual manera, resulta poco claro que las transferencias al INDERT realizadas por el Ministerio de Hacienda, puedan considerarse inversión social dado que la tierra es un activo económico y el objetivo de la distribución de la misma y de la inversión productiva en los asentamientos, debería tener como resultado mejores rendimientos económicos para el campesinado sujeto de reforma agraria.

El Programa Desarrollo de la agricultura familiar y seguridad alimentaria, podría ser considerado como parte de la inversión social y de la función Promoción y acción social, si contribuyera a reducir riesgos inherentes a la agricultura familiar. Si este fuera el caso, otros programas que no son considerados como “gasto social” y están en “gasto económico” como parte del MAG debieran ser trasladados aquí.

Cuadro 29 - Evolución de los programas de agricultura familiar (obligado) de la función Asistencia y Promoción Social. Participación relativa (%)

| Programas | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total con respecto a la función Promoción y acción social | 24,4 | 22,2 | 19,4 | 18,3 | 9,0 | 21,3 | 26,4 | 12,2 | 9,2 |
| Agricultura familiar campesina y desarrollo rural (desarrollo sostenible región Occidental) | | | | | | | 0,4 | | 0,3 |
| Agricultura familiar campesina y desarrollo rural | | | | | | 1,1 | | | |
| Fomento p/ el desarrollo de la competitividad de prod. agrop | | | | | | 0,1 | | | |
| Programa nacional de fomento pecuario | | | | | | 1,0 | | | |
| Apoyo a la lucha contra la pobreza focalizada (microproyectos productivos ALA) | | | 0,3 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | | | |
| Apoyo a políticas de desarrollo del sector público (AF y seguridad alimentaria) | | | | 3,8 | | | | | |
| Manejo sustentable de los recursos naturales –suelo | | | | | | 0,8 | | | |
| Planificación y coordinación de objetivos estratégicos –DGP | | | | | | 0,1 | | | |
| Sistema de censo y estadísticas agropecuarias | | | | | | 0,2 | | | |
| Sistema de comercialización de productos agrícolas | | | | | | 0,4 | | | |
| Biblioteca nacional de agricultura | | | | | | 0,0 | | | |
| Negociaciones agrícolas multilaterales y regionales | | | | | | 0,0 | | | |
| Estud p/el desarrollo rural integral dirig. al pequeño produc. | | | | | | 0,0 | | | |
| Programa nacional de biocombustible | | | | | | 0,0 | | | |
| Género y juventud rural | | | | | | 0,0 | | | |
| Modernización de la gestión institucional (sistema de información) | | | | | | 0,0 | | | |
| Programa nacional del algodón | | 5,1 | | | | | | | |
| Desarrollo de la agricultura fiar. y seguridad alimentaria | | | | | | | 14,6 | 5,1 | 2,4 |
| Extensión agraria | | | | | | | 1,5 | 1,1 | 1,1 |
| Fomento de la prod. de alimentos por la agricultura familiar | | | | | | | 2,3 | 1,5 | 0,8 |
| Desarrollo agrícola de la región oriental – 2KR | | | | | | | 0,3 | 0,1 | 0,1 |
| Apoyo a la agricultura familiar | | | | | | | 4,3 | 2,0 | 0,3 |
| Fortalecimiento del sector agrícola - II etapa | | | | | | | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Género y juventud rural | | | | | | | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Diversificación agrícola | | | | | | | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Agricultura y economía indígena –PAEI | | | | | | | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Extensión agraria “ALA/2011/22871-UE” | | | | | | | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| Fortalecimiento del sector frutihortícola | | | | | | | 5,8 | 0,2 | 0,0 |
| Desarrollo de la competitividad agropecuaria | | | | | | | 1,1 | 0,7 | 0,9 |
| Sistema de censo y estadísticas agropecuarias | | | | | | | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Sistema de comercialización de productos agrícolas | | | | | | | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Biotecnología y bioseguridad | | | | | | | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Biblioteca nacional de agricultura “Dr. Moisés Bertoni” | | | | | | | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Fomento para el desarrollo de la competitividad agropecuaria | | | | | | | 0,6 | 0,3 | 0,6 |
| Transferencia al INDERT | 24,4 | 17,1 | 19,0 | 14,4 | 8,9 | 10,8 | 10,1 | 6,3 | 5,5 |
| Transferencia al INDERT | | | | | | 8,6 | | | |
| Desarrollo de la agroenergía (biocombustibles) | | | | | | | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Desarrollo pecuario y granjero | | | | | | | 0,2 | 0,2 | 0,1 |

Fuente: elaboración propia con datos presupuestarios del sistema BOOST (Ministerio de Hacienda)

Adicionalmente a los recursos incluidos en la finalidad Servicios sociales o “gasto social”, existen otros programas de agricultura familiar en la finalidad Servicios económicos. La mayoría de estos programas son ejecutados por el Ministerio de Agricultura y Ganadería.

Baja cobertura de programas y ausencia de intervenciones relevantes

A pesar de los recursos existentes, la encuesta de hogares revela una baja cobertura de los programas de agricultura familiar en el sector rural. El estudio de Quintín Riquelme (Riquelme, 2016) señala con base en los datos del Censo Agropecuario Nacional (CAN) que existen unas 290.000 fincas dedicadas a la agricultura familiar; sin embargo, una baja proporción de las mismas cuenta con la atención del sector público.

La agricultura familiar es fundamental por su rol como generador de empleo e ingresos y como proveedor de alimentos de la canasta familiar, de insumos para varias cadenas productivas y para garantizar seguridad y soberanía alimentaria, en la generación de empleos. Pero como toda actividad agropecuaria enfrenta riesgos que no son manejables por las familias como, por ejemplo, eventos agroclimáticos.

Analizando los principales programas dirigidos a la agricultura familiar y sus resultados, tanto en términos de productos como de impacto, se podría señalar que tienen problemas graves. Varios estudios (Riquelme, 2013, 2014, 2016; Imas, 2016) dan cuenta de la baja cobertura medida por la cantidad de fincas que reciben asistencia técnica, créditos e insumos y de los escasos resultados evidenciados en el aumento de las importaciones de alimentos (frutas, verduras y hortalizas) y de la escasez de productos nacionales.

Cuadro 30 - Hogares con actividad agropecuaria que recibieron insumos

| Años | Total | | Urbana | | Rural | |
|------|---------|------|---------|-----|---------|------|
| | Hogares | % | Hogares | % | Hogares | % |
| 2005 | 91.835 | 13,6 | (*) | (*) | 87.197 | 19,7 |
| 2006 | 37.604 | 6,0 | (*) | (*) | 36.467 | 8,2 |
| 2007 | 35.294 | 5,8 | (*) | (*) | 33.921 | 8,0 |
| 2008 | 12.997 | 1,8 | (*) | (*) | 12.286 | 2,6 |
| 2009 | 21.437 | 2,7 | (*) | (*) | 16.401 | 3,3 |
| 2010 | 16.855 | 2,8 | (*) | (*) | 15.708 | 3,3 |
| 2011 | 13.644 | 2,6 | (*) | (*) | 12.323 | 3,0 |
| 2012 | 45.953 | 6,0 | (*) | (*) | 44.299 | 8,5 |
| 2013 | 33.994 | 4,7 | (*) | (*) | 32.956 | 6,5 |
| 2014 | 14.147 | 2,0 | (*) | (*) | 13.524 | 2,6 |
| 2015 | 30.797 | 4,8 | (*) | (*) | 29.081 | 6,1 |

(*) Insuficiencia Muestral <30.

Obs: Incluyen todos los programas que proveen insumos a hogares con actividad agropecuaria.

Fuente: Benítez, Gerardo (2016) a partir de encuestas permanentes de hogares.

Este apartado tiene como objetivo proponer algunos temas de debate en torno al rol de las gobernaciones y las municipalidades en una política de protección social no contributiva. Ambas instituciones cuentan con competencias establecidas en varias leyes y actualmente (2014) cuentan con una importante suma de dinero para el ejercicio de estas competencias.

Cuadro 31 - Transferencias realizadas por el Ministerio de Hacienda
En millones de guaraníes corrientes

| Transferencias | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| Total gasto social | 2.654.853 | 3.050.826 | 3.748.047 | 4.844.458 | 5.638.986 | 6.186.586 | 7.787.839 | 8.275.150 | 10.369.226 | 12.727.168 | 13.998.881 | 15.439.091 |
| Total Promoción y acción social | 970.042 | 960.547 | 62.496 | 471.712 | 614.429 | 612.021 | 1.240.714 | 1.167.913 | 1.888.370 | 2.224.742 | 2.771.541 | 2.908.148 |
| A gobernaciones y municipios | - | - | - | 248.299 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| A gobiernos departamentales | - | - | - | - | 274.122 | 298.292 | 583.380 | 452.294 | 492.288 | 742.789 | 573.800 | 818.112 |
| A municipalidades | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 990.122 | 954.325 |

Fuente: elaboración propia con base en el sistema BOOST (Ministerio de Hacienda)

Las transferencias a gobernaciones y municipalidades forman parte actualmente de Servicios sociales o “gasto social”. Desde 2006 se observan recursos de las gobernaciones; las municipalidades pasan a formar parte a partir de 2013, lo cual explica el aumento de la inversión social en los dos últimos años del periodo estudiado (2013-2014). En otras palabras, si la imputación de estos registros se mantenía tal como se venía realizando antes de 2014, la inversión social hubiera disminuido con respecto a 2012.

Cuadro 32 - Transferencias realizadas por el Ministerio de Hacienda
Como porcentajes del total de Inversión social y de la función Promoción y acción social

| Transferencias | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Porcentaje con respecto al total de INVERSIÓN SOCIAL | | | | | | | | | |
| A gobernaciones y municipios | 5,1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| A gobiernos departamentales | - | 4,9 | 4,8 | 7,5 | 5,5 | 4,7 | 5,8 | 4,1 | 5,3 |
| A municipalidades | - | - | - | - | - | - | - | 7,1 | 6,2 |
| Porcentaje con respecto al total de PROMOCIÓN Y ACCIÓN SOCIAL | | | | | | | | | |
| A gobernaciones y municipios | 52,6 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| A gobiernos departamentales | - | 44,6 | 48,7 | 47,0 | 38,7 | 26,1 | 33,4 | 20,7 | 28,1 |
| A municipalidades | - | - | - | - | - | - | - | 35,7 | 32,8 |

Fuente: elaboración propia con base en el cuadro anterior

El Cuadro 33 muestra la relevancia del alto peso relativo de las transferencias a gobernaciones y municipalidades. En 2014, se ubicaron entre los 7 programas más grandes de Servicios sociales o “gastos social”. Si sumamos ambas transferencias, el monto total (Gs. 1.772.437.607.059) constituye el tercer fondo más grande, solo detrás del principal programa educativo del MEC y de los recursos destinados al pago de jubilaciones y pensiones.

Esta situación obliga al sector público y a la ciudadanía a prestar atención al uso de los recursos. Por un lado, el Ministerio de Hacienda tiene las competencias legales necesarias para evaluar el destino y la calidad de las transferencias. Por otro lado, la ciudadanía debe ejercer su rol de contralor social exigiendo información sobre los bienes y servicios generados y movilizándose por sus demandas.

Cuadro 33 - Principales programas de inversión social, 2014

| Programas de gasto social | Monto |
|--|--------------------|
| Total inversión social | 15.439.091.289.340 |
| Consolidación y mejoramiento de la educación Inicial y escolar Básica (MEC). | 2.330.208.737.279 |
| Serv. de gestión y pago del sist. de jubilación y pensión (MH) | 2.294.405.606.122 |
| Transferencias a universidades nacionales (MH a universidades) | 1.240.046.789.107 |
| Transferencias a municipalidades | 954.325.166.137 |
| Atención primaria en salud (redes integrales de salud) (MSPBS) | 933.030.158.114 |
| Resignificación de la oferta de la educación media (MEC) | 859.434.355.921 |
| Transferencias a gobiernos departamentales | 818.112.440.922 |

Fuente: elaboración propia con base en el sistema BOOST del Ministerio de Hacienda

Debido a que todas las transferencias se imputan en Servicios sociales y dentro de esta finalidad a la función de Promoción y acción social, es de suponer que todos estos recursos tienen como objetivo prioritario la protección social. Sin embargo, estos fondos financian toda la burocracia departamental y municipal –incluyendo los poderes legislativos de ambos-, obras de infraestructura, salud y educación, rubros que no tienen impacto directo en los objetivos de esta política y, que además, son parte de otras finalidades y funciones (servicios económicos, administración gubernamental, salud, educación, comunicaciones, transporte).

Desde esta perspectiva, el Ministerio de Hacienda debe considerar la pertinencia de incluir estos recursos como parte de la función Promoción y acción social de la finalidad Servicios sociales o “gasto social”.

7.1 Las transferencias a las gobernaciones

Como se señaló en los apartados anteriores, todas las transferencias realizadas a las gobernaciones se imputan en la función de Promoción y acción social de la finalidad Servicios sociales. Solo una parte de los recursos son efectivamente destinados a los objetivos de esta función, ya que las gobernaciones además destinan recursos a financiar funcionarios públicos que no se dedican a esta función, además de la función legislativa que incluye el pago a concejales/as y el equipo de trabajo del Concejo departamental.

Uno de los roles más importantes de la gobernación en materia de protección social es la implementación del programa de alimentación escolar. Este trabajo presenta una breve exploración al tema como un puntapié inicial para futuras investigaciones de mayor profundidad. Según el marco legal vigente a partir del cual se distribuyen los recursos del FONACIDE, una proporción de los mismos se dirige a estas instituciones para financiar el referido Programa.

Con respecto al resto de las transferencias que el Ministerio de Hacienda realiza a las gobernaciones, su nivel de desagregación no permite rendir cuentas de sus productos, menos aún de los resultados. Se sabe además que una parte importante del presupuesto departamental no es “gasto social”, por lo que no corresponde incorporar la totalidad de las transferencias en Servicios sociales.

Al problema de la falta de información acerca del destino o no de los recursos a la inversión social, Imas (2016) señala que el otro problema se refiere a la equidad en la distribución, porque esta se realiza con base en la afectación o no de las represas-Itaipú y Yacyretá- al territorio departamental. Un reciente estudio realizado señala que “la distribución de los recursos no solo es inequitativa, sino que al mismo tiempo es reproductora de desigualdades territoriales. Entre las gobernaciones y municipalidades no afectadas, que según se ha comprobado reciben en promedio menos recursos por estudiante que los gobiernos afectados, se encuentran los departamentos considerados más pobres del país, es decir, aquellos con mayor incidencia de la pobreza total y la pobreza extrema, como son: Caazapá (47,89% y 33,54% respectivamente), San Pedro (44,89% y 25,17%) y Caaguazú (40,07% y 21,11%) (Imas, 2016: 6-7).

Estos departamentos reciben recursos por cada estudiante en proporción bastante menor al promedio de las gobernaciones afectadas. Los casos paradigmáticos son las gobernaciones de San Pedro y Caaguazú que en 2015 recibieron Gs 25.190 (US\$ 5) y Gs 41.186 (US\$ 8) respectivamente por cada estudiante, cifras que inclusive están por debajo del promedio de las gobernaciones no afectadas. Similar situación ocurre con los recursos destinados a las municipalidades de dichos departamentos. Estas características que se reproducen en todo el periodo de estudio, muestran que los territorios situados entre los más pobres de país recibieron del FONACIDE hasta hoy, la menor cantidad de recursos por cada estudiante, para infraestructura y almuerzo escolar”. (Ídem).

Adicionalmente al problema de inequidad en la distribución de los recursos establecida en el propio marco legal, se observan importantes problemas de gestión al interior de las gobernaciones. En primer lugar se observa una baja cobertura, tanto en porcentaje de niños y niñas como en la cantidad de días de provisión. El programa de complemento escolar (vaso de leche, desayuno escolar) tiene mayor cobertura que el almuerzo escolar; sin embargo no está universalizado ni siquiera en la niñez en situación de pobreza. Tampoco cubre el 100% de los días lectivos.

Los dos departamentos con mayor proporción de población en situación de pobreza –San Pedro y Caazapá– son también los que menos cobertura tienen en la niñez afectada por este problema.

Cuadro 34 - Cobertura de los programas de complemento nutricional y de alimentación escolar por departamento.
Año 2015

| Departamentos | Pobreza | % niños/as en situación de pobreza que recibieron alimentos | Complemento nutricional | | Alimentación escolar | |
|---------------|---------|---|-------------------------|-------------------|----------------------|-------------------|
| | | | Cobertura | Días de provisión | Cobertura | Días de provisión |
| Concepción | 37,6 | 74,0 | | - | | - |
| San Pedro | 44,9 | 63,7 | 87,7 | 136 | 4,1 | 42 |
| Cordillera | 19,9 | 65,2 | 9,0 | 180 | 21,1 | 159 |
| Guairá | 27,8 | 71,9 | 70,8 | 110 | 14,2 | 120 |
| Caaguazú | 40,1 | 69,9 | | - | | - |
| Caazapá | 47,9 | 58,6 | 81,1 | 130 | 21,0 | 123 |
| Itapúa | 21,4 | 79,9 | 67,9 | 183 | 20,2 | 111 |
| Misiones | 24,6 | 62,5 | | - | | - |
| Paraguarí | 27,6 | 70,4 | 75,8 | 120 | 27,7 | 150 |
| Alto Paraná | 15,6 | 77,0 | 67,6 | 180 | 3,7 | 160 |
| Central | 16,3 | 51,6 | 49,0 | 139 | 2,1 | 170 |
| Ñeembucú | 26,2 | 67,8 | - | | - | |
| Amambay | 15,0 | 78,4 | 66,9 | 174 | 44,1 | 150 |
| Canindeyú | 33,2 | 88,2 | 97,1 | 120 | 24,0 | 150 |
| Pte. Hayes | s.d. | s.d. | 83,0 | 176 | 3,9 | 20 |
| Boquerón | s.d. | s.d. | | - | | - |
| Alto Paraguay | s.d. | s.d. | | 20 | | 20 |

Fuente: elaboración propia con base en el Balance Anual de Gestión Pública (BAGP) - Ministerio de Hacienda y en la Encuesta de Hogares 2015

Los departamentos de Boquerón, Ñeembucú, Misiones, Caaguazú y Concepción no presentaron sus informes al Ministerio de Hacienda.

El siguiente cuadro muestra la ejecución presupuestaria en el año 2015 de cada uno de los departamentos que presentaron información al Ministerio de Hacienda. Se observa una alta variabilidad de los costos promedio por día tanto del complemento nutricional como del almuerzo escolar.

La baja cobertura verificada en el cuadro anterior se debe, por una parte a un costo promedio elevado en algunos departamentos. En el departamento Central, cada plato de comida cuesta Gs. 15.812 frente a un promedio nacional de Gs. 9.136. Por otra parte se verifica una ejecución presupuestaria del 87,8% en promedio nacional. Esto significó que en 2015, las gobernaciones dejaron de proveer alrededor de 24.000.000 millones de raciones o lo que es lo mismo unos 130.000 niños y niñas dejaron de recibir el desayuno escolar durante todo el año lectivo. En términos monetarios esto significa una subejecución de poco más de Gs. 47.000.000.000

Cuadro 35 - Ejecución presupuestaria y costo promedio por departamento. Año 2015

| Departamentos | Complemento nutricional (Gs) | Costo promedio por día | Almuerzo escolar (Gs.) | Costo promedio por día | Ejecución/ presupuesto |
|---------------|------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Promedio* | | 1.840 | | 9.136 | 87,8 |
| Concepción | - | | - | | 99,7 |
| San Pedro | 11.317.774.655 | 1.187 | 1.611.149.400 | 11.760 | 84,7 |
| Cordillera | 8.173.943.336 | 1.291 | 16.147.792.756 | 9.438 | 76,3 |
| Guairá | 7.799.995.831 | 2.738 | 4.882.774.000 | 7.826 | 88,5 |
| Caaguazú | - | | - | | 99,2 |
| Caazapá | 10.810.343.783 | 3.229 | 6.983.650.118 | 8.510 | 82,9 |
| Itapúa | 24.133.251.800 | 1.831 | 15.453.039.666 | 6.485 | 91,1 |
| Misiones | - | | - | | 82,9 |
| Paraguarí | 5.892.207.769 | 1.558 | 14.739.946.812 | 8.545 | 98,8 |
| Alto Paraná | 25.641.776.640 | 1.365 | 6.495.010.680 | 7.107 | 90,1 |
| Central | 38.337.430.780 | 1.517 | 21.373.000.000 | 15.812 | 86,5 |
| Ñeembucú | 2.717.118.700 | | 9.485.451.360 | | 71,0 |
| Amambay | 3.701.943.140 | 1.488 | 7.183.556.700 | 5.081 | 83,1 |
| Canindeyú | 7.495.500.000 | 1.542 | 10.758.000.000 | 7.172 | 97,9 |
| Pte. Hayes | 8.410.645.500 | 2.493 | 228.820.580 | 12.755 | 80,9 |
| Boquerón | - | | - | | 68,1 |
| Alto Paraguay | 2.408.562.924 | 26.118 | 4.327.812.000 | 72.130 | 91,0 |

Fuente: elaboración propia con base en el Balance Anual de Gestión Pública (BAGP) y el sistema BOOST- Ministerio de Hacienda.

*Se eliminó del promedio el departamento de Alto Paraguay, ya que se considera que puede haber un error en la rendición.

7.2 Las transferencias a las municipalidades

Los gobiernos locales en Paraguay son un actor fundamental para el desarrollo y la igualdad de género teniendo en cuenta el rol que la Constitución, la Ley Orgánica Municipal y otras normativas les confieren. Las municipalidades tienen competencias en materia de regulación del territorio, salud, agua potable, saneamiento y recolección de basura, educación, cultura, deportes, ambiente, infraestructura y protección social.

Para el cabal cumplimiento de estas funciones también cuentan con recursos de dos grandes fuentes: los tributos que las municipalidades deben recaudar y los fondos que el Ministerio de Hacienda les transfiere.

La Ley Orgánica Municipal Nro. 3.966/2010, entre otras muchas funciones, otorga al gobierno municipal el papel de implementar en su territorio programas integrales de “desarrollo humano y social” (Art. 12). En materia de desarrollo humano debe prestar especial atención a la mujer, la niñez y la adolescencia, la tercera edad, la población con discapacidad y los sectores vulnerables, planificando, ejecutando, gestionando y articulando programas y proyectos propios o coordinados con el gobierno central. En este marco son prioritarios los programas de lucha contra la pobreza y de promoción de la equidad de género (Imas, 2016).

Esta normativa incluye también la generación de infraestructura social, necesaria para distribuir con mayor equidad las responsabilidades de cuidado dado que en la comunidad viven niños, niñas, personas adultas mayores y enfermas que requieren atención especializada y de calidad.

Las municipalidades cuentan con funciones en el ámbito del desarrollo productivo por medio de la prestación de servicios de asistencia técnica, de la promoción de las micro y pequeñas empresas y de emprendimientos, y de la implementación de programas de empleo en coordinación con el gobierno central. Este debería ser un ámbito de trabajo prioritario de las municipalidades para garantizar el acceso a un ingreso y disminuir la migración forzada por razones económicas.

Varios de los programas del gobierno central de Promoción y acción social son coordinados con las municipalidades. Imas (2016) hace referencia a algunas de éstas:

Para la validación de las listas de potenciales beneficiarios a nivel territorial, el programa de Transferencias Monetarias con Corresponsabilidad –Tekoporã–, conforma a nivel local la Mesa de Participación Ciudadana (MPC), integrada por las autoridades municipales. Las MPC constituyen así una estructura operativa importante del programa donde además se gestiona la prestación de servicios públicos, tales como: caminos, agua, saneamiento básico y otros, en los territorios de pobreza donde llega Tekoporã.

Algunos programas de atención a la niñez y de lucha contra las peores formas de trabajo infantil son coordinados con las municipalidades. Las oficinas de la Consejería por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CODENI), son creadas en el ámbito del gobierno municipal, debiendo prestar servicio permanente y gratuito de protección, promoción y defensa de los derechos del niño y del adolescente. El programa Abrazo coordina con las municipalidades el funcionamiento de los Centros abiertos, de protección y comunitarios. En los municipios donde se llevan adelante experiencias emblemáticas de lucha contra el trabajo infantil, como el vertedero de residuos de Encarnación, las olerías en Tobatí y los cultivos de caña de azúcar en Villeta, son acompañados por el funcionamiento de la “Red local de protección social” liderado por la municipalidad.

La operación del programa para la Pensión Alimentaria de Adultos Mayores en situación de pobreza, se inicia con la inscripción en la municipalidad de los potenciales beneficiarios, cuyas listas son enviadas a nivel central. Todo el proceso hasta la adjudicación de la pensión es coordinado con el gobierno municipal.

La construcción de infraestructura escolar y los servicios de alimentación escolar, son implementados por los gobiernos departamentales y municipales. La priorización de las intervenciones se realiza a través de los procesos de microplanificación de la oferta educativa, que es acordado y validado con la municipalidad por las autoridades educativas locales.

Para la gestión de las políticas de salud locales, los Consejos Locales de Salud cuentan con el apoyo financiero del MSPBS a través de transferencias en efectivo.

El siguiente cuadro muestra los recursos transferidos por el Ministerio de Hacienda a las municipalidades en virtud de diversas leyes que asignan recursos. Este mecanismo de financiamiento ha originado lo que comúnmente se denomina “pereza fiscal” y que se traduce en bajos niveles de recaudación en el territorio, a pesar de que las municipalidades tienen competencia en un impuesto sumamente importante como es el inmobiliario.

Los recursos provenientes de las binacionales son la principal fuente de financiamiento, a la que se agregan otros de menor relevancia relativa.

Cuadro 36 - Transferencias de recursos realizados por el Ministerio de Hacienda a las municipalidades
En millones de guaraníes corrientes

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------|-----------|---------|
| Total | 270.026 | 240.181 | 316.098 | 324.602 | 401.358 | 426.536 | 270.026 | 1.077.049 | 1.024.455 | 899.263 |
| Royalties | 241.037 | 215.090 | 295.943 | 296.147 | 373.619 | 389.998 | 241.037 | 893.650 | 616.682 | 524.899 |
| FONACIDE | | | | | | | | 128.628 | 318.082 | 251.430 |
| Juegos de Azar | 15.680 | 14.767 | 14.342 | 16.133 | 13.614 | 18.333 | 15.680 | 27.257 | 29.321 | 25.875 |
| Menores recursos | 13.309 | 10.324 | 5.813 | 12.322 | 14.125 | 18.205 | 13.309 | 8.912 | 13.616 | 20.232 |
| INC | | | | | | | | 708 | 982 | 906 |
| Capitalidad | | | | | | | | | | 43.999 |
| Otros | | | | | | | | 17.894 | 45.772 | 31.922 |

<http://www.hacienda.gov.py/transferencias>

Los recursos recibidos por las municipalidades representaron el 35,7% en 2013 y el 32,8% en 2014 del total de inversión social destinado a la función Promoción y acción social. A modo de comparación, estas transferencias representaron en 2014 Gs. 954.325.166.137, cifra cercana al total ejecutado por el Programa Atención primaria de la salud del MSPBS, casi el doble de la ejecución presupuestaria de medicamentos, 4 veces más que el Programa Tekoporã, 6 veces más que los fondos dirigidos a la distribución de tierras, entre otros programas.

Cuadro 37 - Principales programas de protección social no contributiva y de salud, 2014
En valores corrientes

| Programas | Ejecución (Gs.) |
|--|-----------------|
| Transferencias a municipalidades | 954.325.166.137 |
| Transferencias a gobiernos departamentales | 818.112.440.922 |
| Atención primaria en salud (redes integrales de salud – USF - regiones sanitarias) | 933.030.158.114 |
| Medicamentos MSPBS (350 Productos e instrum. químicos y medicinales) | 595.127.638.752 |
| Tekoporã | 217.252.518.554 |
| Transferencias al INDERT | 160.582.166.908 |
| Transferencias al INDI | 67.269.332.123 |
| Abrazo | 27.500.944.963 |

Fuente: elaboración propia con base en el sistema BOOST del Ministerio de Hacienda

Paraguay muestra avances en muchos indicadores sociales. No obstante estos avances han sido lentos, por lo cual no fue posible reducir las brechas del desarrollo que tenemos con los países mejor ubicados en ese sentido como Chile, Uruguay, Argentina o Costa Rica. Al contrario, en algunas variables los demás países han ido más rápido con lo cual hemos caído aún más en la escala y nos hemos ubicado entre los últimos países, más cerca de los países centroamericanos que de los del Cono Sur.

Por otro lado, los avances no han sido los mismos para todos. El sector rural y la población ubicada en los quintiles de menores ingresos permanecen rezagados en la mayoría de los indicadores de protección social. Si bien el ritmo de crecimiento en la cobertura fue mayor en el último decenio en estos sectores, sus condiciones iniciales muestran tanta desventaja con respecto al resto que aún hoy, en algunos casos no lograron llegar a los niveles de los grupos más aventajados una década atrás.

La lentitud de los avances se debe principalmente a tres cuestiones:

La primera, al inicio tardío de muchas políticas públicas con respecto al dinamismo que tomó el rol del Estado en el resto de los países latinoamericanos. Ejemplo de esto fueron los esfuerzos realizados después del compromiso asumido en la Declaración del Milenio con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el año 2000.

Una parte importante de los Estados iniciaron acciones luego de la ratificación y rindieron cuentas de sus acciones desde el inicio; sin embargo Paraguay presentó el primer informe oficial en 2011, apenas cuatro años antes del vencimiento del plazo para el cumplimiento de las metas establecidas para cada objetivo.

La segunda razón del rezago de Paraguay en sus indicadores fue la escasa cobertura de la mayoría de las políticas que afectaban a las metas comprometidas en cada objetivo. El bajo nivel de presupuesto destinado a las políticas y programas es una de las formas de verificar este hecho. A pesar del aumento registrado en la inversión social en los años recientes, Paraguay no logró acercarse al promedio latinoamericano, menos aún al promedio de los países que nos rodean como Uruguay o Argentina.

La tercera razón es la inexistencia de políticas que aborden de manera integrada los diferentes problemas y necesidades que afectan a la población paraguaya. Este es el caso particular del tema que trata este documento. Aun hoy, Paraguay no cuenta con una política de protección social. El pilar contributivo tiene sus primeras intervenciones en el año 1909 con la creación del primer fondo de jubilaciones de funcionarios estatales y con la creación de IPS en 1943. El pilar no contributivo cuenta con programas de relativa relevancia desde el año 2000 cuando se inician la implementación de Tekoporã, Abrazo, la tarifa social de ANDE, desayuno escolar, intervenciones actualmente de gran importancia para la población que cuenta con estos beneficios.

Estas acciones no forman parte de una política integrada ni de un sistema de protección social. Hay regímenes vinculados al trabajo formal de jubilaciones pero sin asistencia a la salud, otros se dirigen a determinados grupos poblacionales como la niñez en situación de pobreza o trabajadora o las personas

adultas mayores en situación de pobreza. En este contexto, existen grandes sectores que no cuentan con ningún tipo de protección: jóvenes, población indígena, campesinos/as, trabajadores/as informales de las ciudades, entre otros.

Teniendo en cuenta estas tres razones, no resulta sorprendente los magros resultados sociales que presenta nuestro país en comparación con otros cuya trayectoria y esfuerzo en materia de protección social supera ampliamente los de Paraguay.

Este documento indagó sobre la evolución de la inversión social realizada por el país en protección social no contributiva vinculada a la asistencia y promoción social, a la salud y a la agricultura familiar. En los últimos años se observan avances tanto en la cobertura de los principales programas como en los recursos asignados. Sin embargo, todavía quedan importantes desafíos para lograr una cobertura universal e integral de acuerdo al ciclo de vida, al área de residencia, al sexo y a cualquier otra condición que requiera una mirada particular.

Por un lado, la inexistencia de una política de protección social que estructure un sistema, se traduce en un conjunto de intervenciones fragmentadas que dejan importantes colectivos altamente vulnerables, sin mecanismos que los protejan ante riesgos difíciles de mitigar desde la acción individual o familiar. Tal es el caso de una enfermedad grave o una discapacidad, las adversidades relacionadas con las inclemencias climáticas o el retiro laboral.

Por otro lado, los escasos recursos destinados a la política no permiten cubrir de manera completa ni siquiera a quienes tienen el derecho establecido en un marco jurídico específico a nivel nacional. Los datos de las encuestas de hogares señalan que la pensión alimenticia para personas adultas mayores en situación de pobreza, no cubre a la totalidad de las mismas, ni siquiera a la que se encuentra en pobreza extrema. De la misma manera, el Programa Tekoporã tampoco cubre al total de las familias en extrema pobreza y el Programa Abrazo está lejos de cubrir a la niñez y adolescencia trabajadora.

Finalmente, la persistencia de factores que definen condiciones estructurales de exclusión como la pobreza, limitan las posibilidades del ejercicio de los derechos, aun cuando exista la oferta disponible.

Por lo tanto, una de las primeras acciones que debe realizar el país es el diseño de una política de protección social que incorpore todos los pilares necesarios, las acciones previstas según los riesgos que enfrentan los diferentes grupos poblacionales y que progresivamente se vaya ampliando hacia la universalización.

Una seguridad social (contributiva) limitada en cobertura poblacional y servicios tiene como contrapartida una gran proporción de la población que requiere mecanismos no contributivos, por lo que una adecuada coordinación e integración de ambos pilares es una condición ineludible para la eficiencia, eficacia, calidad, equidad y sostenibilidad de un sistema de protección social.

La cobertura universal exige no solo mirar el presupuesto por el lado del gasto, sino también desde los ingresos. No será posible transitar hacia una sociedad protegida en su conjunto si no se cubre a toda la población y ello requiere el aumento de recursos genuinos. La solidaridad como base del contrato social que sustenta la construcción del desarrollo del país nos obliga a sustentar el financiamiento de la política pública en la justicia tributaria. La equidad no solo es un principio que debe regir el gasto público sino también los ingresos tributarios.

El rol del Estado no se reduce solo al estamento central. La normativa vigente otorga a las gobernaciones y municipalidades competencias y recursos para la ejecución de acciones que se enmarcan dentro de una política y un sistema de protección social, por lo cual estas instituciones deben ser incorporadas al esfuerzo de coordinación e integración.

Un análisis de mayor profundidad sobre la inversión social en Paraguay exige mayor y mejor calidad de la información. Si bien en los últimos años ha mejorado el acceso a la información presupuestaria, la auditoría social ciudadana requiere mayor transparencia y mejores mecanismos de rendición de cuenta.

Como se ha visto en los apartados anteriores, los cambios realizados al presupuesto año tras año hacen difícil el seguimiento de los programas presupuestarios. Tampoco es fácil construir series de tiempo con las metas físicas de los programas. No se han encontrado reportes anuales consolidados y sistemáticos con referencias a productos y servicios entregados por cada uno de los programas presupuestarios: número de familias titulares de Tekoporã, Abrazo, hogares que se benefician con el acceso a agua potable y saneamiento, fincas que reciben el apoyo de los programas de agricultura familiar, niños, niñas y adolescentes que reciben desayuno y almuerzo escolar, población atendida en los servicios de salud y educación.

Los programas cuentan con esta información de registros administrativos pero no está fácilmente accesible al público, ni en las instituciones respectivas, ni en el Ministerio de Hacienda, como parte de la información complementaria a los datos presupuestarios que debiera proveer el Estado. Las encuestas de hogares cuentan con información al respecto, pero dado que son encuestas sobre la base de muestras no reflejan con exactitud la cobertura de los programas.

El mayor vacío de información se encuentra en los recursos destinados a las municipalidades. En este caso solo es posible conocer el monto transferido por el Ministerio de Hacienda. No se conoce el destino de los mismos de manera desagregada por programas, objeto del gasto, funciones o por cualquier otra clasificación.

El Ministerio de Hacienda debe considerar la pertinencia de incluir estos recursos como parte de Servicios sociales o “gasto social” teniendo en cuenta el desconocimiento que existe acerca del uso de los fondos en objetivos sociales. Similar consideración es necesario realizar a los fondos transferidos a las gobernaciones. Si bien la información con que se cuenta es mayor, no es suficiente para asegurar que todos estos recursos constituyan “gasto social”.

Varios son los desafíos para lograr mejores resultados en el uso de los recursos dirigidos a los gobiernos locales. En primer lugar, mejorar la capacidad de seguimiento tanto por parte de la ciudadanía como del sector público de la ejecución de los fondos y el conocimiento de los resultados logrados. Las municipalidades no están incluidas en ninguno de los mecanismos con que cuenta el Ministerio de Hacienda para rendir cuenta de estos fondos, por lo que no es posible conocer el destino de los mismos. Es en este sentido que no corresponde incorporar estas transferencias en Servicios sociales o “gasto social”.

En segundo lugar, la creación de mecanismos que vinculen los intereses y necesidades locales con los objetivos de las estrategias nacionales implementadas desde el nivel central y que paralelamente se constituyan en incentivos para el logro de resultados. Las transferencias deben ser entregadas por el Ministerio de Hacienda independientemente de que las municipalidades cuenten con planes de desarrollo, objetivos claros y resultados positivos para la ciudadanía.

En tercer lugar, la asignación de recursos debe estar vinculada, al igual que en el caso de las gobernaciones, a las necesidades del desarrollo y las demandas ciudadanas, superando el criterio de afectación o no a alguna de las represas.

Más allá del análisis de la evolución y cobertura de los programas sociales, en futuros trabajos es necesario profundizar en el estudio de la eficiencia, equidad y calidad de la inversión. Los datos disponibles permiten construir hipótesis al respecto que deben ser verificadas para mejorar no solo la efectividad de la inversión social sino también la legitimidad social de la misma.

Los procesos de monitoreo y evaluación permiten generar la información necesaria para redireccionar la gestión pública en el sentido que exigen las mejoras. Estos procesos no solo vienen del interior del sector público, también pueden ser impulsados por la ciudadanía, pero ello requiere acceso a información pública pertinente y de manera sistemática.

Una buena percepción ciudadana sobre el uso de los recursos públicos es determinante fundamental de la confianza en el Estado y en las políticas públicas, lo cual a su vez constituye el cimiento de la gobernabilidad.

Paraguay necesita avanzar hacia mejores condiciones de vida de sus habitantes. Ello requiere un esfuerzo tributario, lo que solo será posible a partir de un amplio consenso social en el que se garantice que el sacrificio que realiza la población financiando las políticas públicas con sus impuestos se traduzca en beneficios para todos y todas.

Bibliografía

- Cecchini, Simone; Fernando Filgueira; Rodrigo Martínez; Cecilia Rossel (2015). Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización. Santiago de Chile: CEPAL.
- Cecchini, Simone y Aldo Madariaga (2011). La trayectoria de los programas de transferencias con corresponsabilidad (PTC) en América Latina y el Caribe. CEPAL. Santiago de Chile
- Cecchini, Simone; Rodrigo Martínez (2011). Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos. Santiago de Chile: CEPAL.
- DGEEC (2015). Principales Indicadores de empleo. EPH 2014. Fernando de la Mora.
- DGEEC (2014). Principales Indicadores de empleo. EPH 2013. Fernando de la Mora.
- FAO (2015). El estado mundial de la agricultura y la alimentación La protección social y la agricultura: romper el ciclo de la pobreza rural. Roma.
- Ferro, A. y Nicollela, A. (2007) “The impact of conditional cash transfer programs on household work decisions in Brazil.” Documento presentado a la Conferencia de 2007 del Institute for the Study of Labor, [en línea]:<http://www.iza.org/conference_files/worldb2007/ferro_a3468.pdf
- Fiszbein, Ariel y Norbert Schady (2009) Transferencias monetarias condicionadas. Reducción de la pobreza actual y futura. Banco Mundial. Washington.
- Hardy, Clarissa (2014). Estratificación Social en América Latina. Retos de Cohesión Social. LOM. Santiago de Chile.
- Hernández Bello, Amparo y Carmen Rico de Sotelo (2011). Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Gaete, Rubén (2015). Financiamiento de la Cobertura Universal de Salud en el Paraguay. OPS/OMS. Asunción.
- García, María del Carmen (2015). Protección social no contributiva en Paraguay: un balance a 10 años de su implementación. Instituto para el Desarrollo. Asunción.
- Giménez, Edgar y Elizabeth Barrios (2014). ¿Cuánto se paga para utilizar servicios de salud en Paraguay? Una aproximación a las brechas para la cobertura universal de salud. Instituto Desarrollo. Asunción.
- Guillén, Stella (2010). El gasto social en Paraguay: una mirada detallada al periodo 2002/2010. CADEP. Asunción.
- Imas, Víctor (2016) Estudio del Programa de Fomento para la producción de alimentos (PPA). Documento de análisis: Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG). DECIDAMOS. Asunción.
- Imas, Víctor (2016). Equidad, gestión y participación en la implementación del Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo (FONACIDE) por los gobiernos locales. Instituto para el Desarrollo. Asunción.
- Imas, Victor (2016). El rol de los gobiernos locales en la política de protección social. DECIDAMOS. Asunción.
- Maldonado, Jorge Higinio, Rocío del Pilar Moreno-Sánchez, John Alexander Gómez, Viviana León Jurado (comp.) (2016). Protección, producción, promoción: explorando sinergias entre protección social y fomento productivo rural en América Latina. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Economía, CEDE, Ediciones Uniandes.

- MSPBS (2010). Cuentas satélite en salud 2007. OPS/OMS.
- Naciones Unidas (2000). El mejoramiento de la protección social y la reducción de la vulnerabilidad en el actual proceso de mundialización. Informe del Secretario General (E/CN/ 5/2001/2). Comisión de Desarrollo Social. 39| periodo de sesiones.
- OIT (2007). Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica. Temas de protección social. Documento de discusión, 19. Recuperado de http://www.ilo.org/public/spanish/protection/secsoc/downloads/healthpolicy_sp.pdf
- OIT/OPS (2005). Iniciativa conjunta de la OIT y la OPS sobre la extensión de la protección social en salud. Washington.
- OIT; DGEEC (2013). Encuesta Nacional de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes 2011: Magnitud y características del trabajo infantil y adolescente en el Paraguay. Organización Internacional del Trabajo, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) del Paraguay, Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC). – Asunción.
- OPS/OMS (2003). Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Washington.
- PNUD (2016) Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe del Progreso multidimensional: bienestar más allá del ingreso”. Nueva York.
- Ramírez, Julio (2015). PARAGUAY: Inversión en Protección Social 2013-2014. CADEP – PARAGUAY DEBATE – UE. Asunción.
- Riquelme, Quintín y Vera, Elsy (2013). La otra cara de la soja. El impacto del agronegocio en la agricultura campesina y en la producción de alimentos. Asunción: Oxfam Paraguay.
- Riquelme, Quintín (2016). Agricultura familiar campesina en el Paraguay. Notas preliminares para su caracterización y propuestas de desarrollo rural. CADEP.
- Riquelme, Quintín (2014) Agricultura campesina y desarrollo sustentable. Déficit y carencias de una política públicaintegral. Paraguay debate. Asunción.
- Riquelme, Quintín (2015) Agricultura campesina y desarrollo sustentable. Déficit y carencias de una política pública integral. CADEP. Asunción.
- Rossi, Martin (2016). Evaluación de impacto del programa Tekoporã. Documento de trabajo. Ministerio de Hacienda. Asunción.
- Serafini, Verónica (2015). Pobreza, oportunidades económicas desiguales y género. Hipótesis para la discusión. Onu mujeres-PNUD. Asunción.
- Serafini, Verónica y Victor Imas (2015).- Igualdad de género y principales brechas en Paraguay, ONU Mujeres, PNUD, Ministerio de la Mujer 2015: <http://www2.unwomen.org/~media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/igualdad%20de%20ge%CC%81nero%20y%20principales%20brechas%20en%20paraguay.pdf?v=1&d=20150721T161955>.
- Serafini, Verónica (2015). Evaluación de proceso de Tekoporã. Documento de trabajo. Ministerio de Hacienda. Asunción.
- Skoufias, E. y Parker, S.W. (2001), Conditional Cash Transfers and their Impact on Child Work and Schooling: Evidence from the PROGRESA Program in Mexico, Discussion Paper, No. 123, Washington D.C: International Food Policy Research Institute (IFPRI).
- Tirivayi, Nyasha, Marco Knowles and Benjamin Davis (2013). The interaction between social protection and agriculture. A review of evidence. Roma: FAO.

- UE (2010). Informe Europeo sobre el Desarrollo. La protección social para el desarrollo inclusivo: una nueva perspectiva en la cooperación de la UE con África, Centro de Estudios avanzados Robert Schuman, Instituto Universitario Europeo, San Domenico di Fiesole. Ginebra.
- Veras Soares, Fabio, Rafael Pérez Ribas y Guilherme Hirata. (2008). Informe final de la evaluación de impacto del programa piloto Tekoporã. SAS, UNFPA, GTZ. Asunción.
- Veras Soares, Fabio, Rafael Pérez Ribas y Guilherme Hirata (2008), "Achievements and Shortfalls of Conditional Cash Transfers: Impact Evaluation of Paraguay's Tekoporã Programme" IPC evaluation note (3), Brasilia, International Poverty Center (IPC), marzo.
- Zavattiero, Claudina; Verónica Serafini (2016). Paraguay Joven. Informe sobre juventud. UNFPA. Asunción.

Este estudio presenta una descripción de las principales acciones públicas de protección social no contributiva relacionadas con el derecho a un ingreso y a la salud, así como los vínculos de esta política con la agricultura familiar. El documento parte del marco conceptual de Protección social propuesto por la Unión Europea (UE) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para analizar la información presupuestaria. El estudio se centra en los recursos ejecutados en la función Promoción y Acción Social e incorpora otros programas presupuestarios que si bien no se encuentran en la función referida, tienen impacto en factores que contribuyen a la reducción de riesgos y vulnerabilidades como por ejemplo la inversión en salud, agua potable y agricultura familiar. Estos recursos tienen vínculos muy cercanos con los objetivos de la protección social no contributiva. Los principales hallazgos se enmarcan en el análisis de los recursos utilizados, así como de problemas en los criterios de asignación de los recursos a la función promoción y Acción Social. El Estado –sector público y ciudadanía– debe discutir no solo una política de protección social sino también como calcular el esfuerzo fiscal que está realizando el país.

