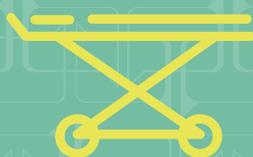
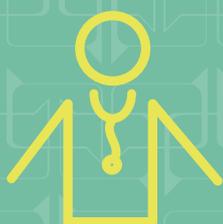


# FINANCIAMIENTO DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN EL PARAGUAY



## **FINANCIAMIENTO DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN EL PARAGUAY**

Autor: Rubén Gaete

- © Proyecto “Paraguay Debate 2.0: innovando en los canales y lenguajes para el debate”, implementado por Paraguay Debate y financiado por la National Endowment for Democracy (NED) y la iniciativa Think Tank (ITT) a través de la Iniciativa Latinoamericana para la Investigación de Políticas Públicas (ILAIPP)
  
- © Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP  
Piribebuy 1058, Asunción - Paraguay  
Teléfonos: 595 21 452 520 / 454 140 / 496 813  
cadep@cadep.org.py

Diseño y diagramación: Juan Heilborn Díaz

Diciembre, 2017

ISBN: 978-99967-889-0-1

El contenido de esta publicación es de responsabilidad exclusiva de Paraguay Debate y las organizaciones que la componen, y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la National Endowment for Democracy (NED) y de la Iniciativa Think Tank

# Introducción

Las próximas elecciones presidenciales a llevarse a cabo en abril de 2018, sumado a un creciente interés en referentes y actores clave, tanto del sector público y privado de salud, como de otros sectores públicos y privados de nuestro país, posibilitan un marco propicio para iniciar un proceso de diálogo social tendiente a la búsqueda de consensos, que permitan delinear un sistema de financiamiento para el logro de la cobertura universal de salud (CUS).

A fin de contribuir al mencionado proceso, se elaboró el presente documento denominado Financiamiento de la Cobertura Universal de Salud en el Paraguay, el cual a partir de un sintético diagnóstico y análisis del financiamiento y gasto del sector salud, propone alternativas y plantea desafíos para el logro de la CUS en nuestro país.

El documento pretende estimular el debate y diálogo, por lo cual, no es un estudio exhaustivo del financiamiento de la salud en Paraguay. Es más un documento que busca centrarse en aspectos analíticos centrales (y no solo descriptivos) para el logro de la CUS desde la perspectiva del financiamiento.

En ese sentido, el presente documento intenta ofrecer una visión macro que promueva una reflexión entre los diferentes actores de la sociedad, sobre las transformaciones necesarias que permitan construir un sistema de salud menos segmentado y más equitativo en el camino a la cobertura universal.

**Rubén Gaete**

Máster en Gobierno y Gerencia Pública, Universidad Americana (Asunción)  
e Investigador del Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (Cird)

# Marco conceptual del financiamiento para la cobertura universal en salud (CUS)

La tendencia hacia la cobertura universal de salud (CUS) se ha extendido a nivel mundial. En términos generales, CUS<sup>1</sup> significa que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, con la calidad adecuada, sin que alguna barrera económica se lo impida o que la capacidad de pago sea una barrera para ello. El concepto de servicios de salud que se necesitan incluye medicamentos e insumos, los procedimientos de diagnósticos requeridos, sistemas de transporte sanitario y demás servicios necesarios.

Actualmente el concepto de CUS ha superado lo sectorial, pasando a formar parte de la agenda global del desarrollo, tal como fue aprobado en setiembre de 2015 durante la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible<sup>2</sup>. En la mencionada cumbre fueron aprobados los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que son 17, siendo el objetivo #3 el que involucra a la CUS, pues una de sus 13 metas expresa literalmente: “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. Y esto es muy relevante, pues ser parte de la agenda global del desarrollo, implica que el logro de la CUS ya no es solo una cuestión del sector salud, sino que su abordaje debe ser multi e intersectorial y debe formar parte de los temas prioritarios de los Gobiernos – nacionales y subnacionales -, involucrando protagónicamente a la comunidad y a la sociedad civil.

Históricamente, el logro de la CUS ha estado asociado a los países desarrollados (como el caso de los sistemas de salud de la mayoría de los países de Europa Occidental), pero en los últimos años, países emergentes han emprendido reformas en sus sistemas de salud que demostraron avances significativos en el camino de la CUS.

1 La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La **cobertura universal** de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. Mientras que el **acceso universal** se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa. (53 CD OPS/OMS, 2014)

2 La Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible 2015 tuvo lugar del 25 al 27 de septiembre en la sede de la ONU en Nueva York, en la cual los Estados miembros de la ONU aprobaron la nueva Agenda Global de Desarrollo Sostenible conformada por 17 Objetivos y 169 metas que deberán ser cumplidos de aquí al 2030.

El camino a la CUS se puede mirar desde 3 dimensiones:

1. Cobertura horizontal (cobertura poblacional): cuanta gente tiene cobertura, o sea que proporción de la población realmente es cubierta por el sistema de salud. El primer desafío es que toda la población tenga acceso a los servicios básicos; su otra cara es la exclusión, la cual se mide por brechas de cobertura.
2. Cobertura vertical (cobertura prestacional): a que servicios se tiene acceso, diferenciando la cobertura formal de la real, de la cobertura efectiva; por ejemplo, se puede tener cobertura universal en PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones), pero no hay cobertura universal en atención odontológica o en algún procedimiento de alta complejidad o en algún procedimiento de diagnóstico, o en algunos tipos de medicamentos.
3. Protección financiera (cobertura financiera): cuanto en realidad se paga como gasto de bolsillo al momento de recibir un servicio de salud, es decir, qué se cubre realmente (no solo formalmente) sin que exista barrera financiera.

La primera dimensión (cobertura horizontal) está asociada a países de bajos y algunos de medianos ingresos, que en su camino a la cobertura universal, primero tratan de incluir a la población excluida, brindando servicios básicos de salud a toda la población (cobertura de la atención primaria); y la segunda dimensión (cobertura vertical) está asociada a países de ingresos medios (y altos), que han logrado cobertura universal de servicios básicos de salud, y emprenden reformas en sus sistemas de salud para ampliar los servicios disponibles más allá de los básicos.<sup>3</sup>

Paraguay tiene todavía una parte de su población excluida de los servicios básicos de salud, o sea, población sin cobertura de servicios de atención primaria de salud a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF); así, se estima que las 801 USFs que existen actualmente cubren solo al 40% del total de población del país.

En ese sentido, probablemente el desafío para nuestro país sea primero ampliar la cobertura de sus servicios básicos de manera que toda la población esté incluida, que sería la dimensión horizontal, y después ampliarlo y abordar la dimensión vertical; o bien el país podría decidir enfrentar los desafíos de ambas dimensiones simultáneamente.

En los países que lograron la CUS, los sistemas de salud son predominantemente de carácter público. Esto es, en todos los países con sistemas de cobertura universal el sistema de salud que garantiza la cobertura universal lo hace a través de un sistema en el cual el gobierno (central y/o regional y/o local) organiza y regula la financiación y la provisión de un conjunto de servicios de salud a los cuales tiene derecho toda la población. Lo puede hacer de manera directa organizando la financiación (vía impuestos) y provisión de los servicios a través de un Sistema Nacional de Servicios de Salud – SNSS también denominado Sistema Único de Salud (modelo Beveridge); o lo puede hacer a través de un Sistema de Aseguramiento Nacional en Salud - Seguridad Social (modelo Bismarck, con financiamiento vía cotizaciones obligatorias).

La presencia simultánea de ambos modelos se suele denominar sistemas mixtos (o híbridos), donde conviven los modelos Beveridge y Bismarck con el sector privado. En América Latina, incluyendo Paraguay, la mayoría de los países tienen sistemas de salud mixtos o híbridos.

3 *Catalyzing Change. The System Reform Cost of Universal Health Coverage.* Rockefeller Foundation. 2010.

En el cuadro 1 se presentan cifras de gasto total en salud como porcentaje del PIB y la proporción de gasto público con respecto al gasto total de 9 países seleccionados con cobertura universal. De estos países, cuatro de ellos tienen sistemas de salud modelo Beveridge (financiado vía impuestos) y cinco de ellos sistemas de salud modelo Bismarck (financiado vía contribuciones obligatorias).

Las cifras muestran que en los países que lograron la CUS, el gasto público en salud es de al menos el 6% del PIB (Producto Interno Bruto). Sin embargo, es preciso mencionar que un gasto público en salud de al menos 6% del PIB es una condición necesaria pero no suficiente para el logro de la cobertura universal.

En cuanto a la composición del gasto total en salud (gasto público + gasto privado), en los países que lograron la cobertura universal, el gasto público representa más del 70% y el privado 30% en promedio, siendo el gasto de bolsillo alrededor del 20% del gasto total en salud.

**CUADRO 1.** GASTO PÚBLICO COMO % DEL PIB Y % DEL GASTO TOTAL EN SALUD SEGÚN MODELO DE SISTEMAS DE SALUD

Países seleccionados con cobertura universal	Gasto Total en Salud como % del PIB (2014)	Sistema Nacional de Servicios de Salud -SNSS (Beveridge)		Sistema de Aseguramiento en Salud - Seguridad Social (Bismarck)	
		Gasto Público en Salud como % del PIB (2014)	Gasto Público como % del Total del Gasto en Salud (2014)	Gasto Público en Salud como % del PIB (2014)	Gasto Público como % del Total del Gasto en Salud (2014)
Alemania	11,3%			8,7%	77,0%
Austria	11,2%			8,7%	77,9%
España	9,0%	6,4%	70,9%		
Francia	11,5%			9,0%	78,2%
Noruega	9,7%	8,4%	87,0%		
Países Bajos (Holanda)	10,9%			8,7%	79,8%
Reino Unido	9,1%	7,6%	83,1%		
Suecia	11,9%	10,0%	84,0%		
Suiza	11,7%			7,7%	66,0%

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos del Banco Mundial (2017).  
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS?view=chart>

Generalmente al referirse al financiamiento de la salud se suele enfatizar el total del gasto en salud. Es decir, la mirada suele ser hacia los recursos financieros con los que dispone el sistema de salud para financiar los servicios brindados. Sin embargo, el financiamiento de la salud, como función de un sistema de salud, tiene un mayor objetivo y más complejas construcciones que simplemente establecer los recursos disponibles.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el principal objetivo de la función de financiamiento en todo sistema de salud es el de brindar protección financiera ante el riesgo asociado con la salud. Este entendimiento del financiamiento de la salud le otorga un campo más amplio que solo garantizar la disponibilidad de fondos. Si bien la recaudación de recursos financieros es la primera subfunción, la mancomunación de estos y la compra de servicios de salud también forman parte de los aspectos clave que se deben definir en todo sistema de salud para el cumplimiento de sus objetivos.<sup>4</sup> Así podemos señalar que el financiamiento de salud comprende 3 subfunciones: (a) recaudación, (b) mancomunación de fondos (*pooling*)<sup>5</sup>, y (c) compra de servicios (mecanismos de pago).

***Este entendimiento del financiamiento de la salud le otorga un campo más amplio que solo garantizar la disponibilidad de fondos. Si bien la recaudación de recursos financieros es la primera subfunción, la mancomunación de estos y la compra de servicios de salud también forman parte de los aspectos clave que se deben definir en todo sistema de salud para el cumplimiento de sus objetivos.***

4 Organización Mundial de la Salud. 2000. Informe sobre la salud en el mundo: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza.

5 La OMS utiliza el término de *mancomunación*, el cual se refiere a la formación de fondos mancomunados en el marco de sistemas de aseguramiento (o de protección financiera en un sentido más amplio).

# Descripción del Sector Salud del Paraguay

## SITUACIÓN DE SALUD

Las condiciones de salud en el Paraguay, si bien ha mejorado en los últimos años, aún presenta grandes desafíos; los indicadores muestran que nuestro país sigue rezagado en comparación con otros países de América Latina. El Paraguay de hoy enfrenta una compleja agenda de salud pública. Sufrimos todavía enfermedades del subdesarrollo y propias de la pobreza, como las asociadas a padecimientos infecciosos y desnutrición, y al mismo tiempo enfrentamos desafíos de los países avanzados, como el cáncer, la obesidad, las cardiopatías y la diabetes. Paralelamente a eso, los accidentes de tránsito son una preocupación creciente y han contribuido a elevar la tasa de muertes por accidentes en todas sus formas, siendo destacable además que el incremento principal se debe a los usuarios y las usuarias de motocicletas. Junto con esta transición epidemiológica, el país sigue enfrentando rezagos en materia de salud materno infantil, expresado en las tasas respectivas.

## ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud está conformado por los subsectores público, de seguridad social y privado, es decir es un sistema de salud mixto o híbrido.

El (a) subsector público<sup>6</sup>, en que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) es el principal proveedor, atiende a la población que no cuenta con ningún tipo de seguro y atiende en su mayoría a la población perteneciente a los tres primeros quintiles; además, es el organismo encargado del ejercicio de la autoridad sanitaria, la ejecución de la política de salud, y la evaluación de la situación de salud y programas de atención sanitaria<sup>7</sup>; (b) el subsector de seguridad social, por medio del Instituto de Previsión Social (IPS) brinda servicios a trabajadores del sector formal y sus familiares, agrupados en tres grupos de afiliados: del régimen general, de regímenes especiales y del no contributivo. Cubre principalmente a la población del tercer, cuarto y quinto quintil de ingreso y ofrece servicios en establecimientos propios, y en menor medida, en establecimientos contratados y/o con convenios; y (c) el subsector privado, está constituido por instituciones con fines de lucro (hospitales, sanatorios, clínicas y consultorios privados) e incluye las empresas de medicina de prepago y sin fines de lucro (universidades privadas con sus hospitales y las ONGs que prestan servicios

6 También se incluye como sector público a la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad de la Policía, así como los Hospitales de las Facultades de Medicina Universidades Públicas, Secretarías de Salud de las Gobernaciones y Municipios. Pero estas en su conjunto representan alrededor del 10 por ciento del financiamiento y gasto en salud del subsector público y de la seguridad social combinados.

7 Artículo 7, Decreto 21376/98 "Por el cual se establece la nueva Organización Funcional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social"

de salud). Este sector es financiado por pagos directos (de bolsillo de los usuarios) y las cotizaciones a los seguros privados. Sirve, principalmente, a la población de clase media y alta de las áreas urbanas (incluye instituciones sin fines de lucro).

El sistema de salud paraguayo es altamente segmentado, con una cobertura asignada (o teórica) por subsectores que de acuerdo con la última EPH (2015) reporta los siguientes valores: el 21,5 % de la población total está cubierta por el IPS, el 8,6% cuenta con otro tipo de seguro (privado) y el 70,88 % restante no cuenta con ningún tipo de seguro, por lo que esta población queda bajo responsabilidad del MSPBS.

La segmentación se refleja también en una gran diferencia del gasto per cápita anual en salud de acuerdo a los subsectores. Así, se estima Gs. 825.479 para el sub sector público (MSPBS)<sup>8</sup> y Gs. 1.636.005 para el subsector seguridad social (IPS)<sup>9</sup>. El sector privado representaría una cifra proporcionalmente muy superior sobre todo considerando que el 54,1% del gasto total en salud es privado<sup>10</sup> y solo el 8,6% de la población cuenta con seguro privado.

La segmentación del sistema de salud también se refleja en su flujo de financiamiento y provisión, tal como lo muestra la figura 1 en la página siguiente.

**CUADRO 2.** % DE POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA, SEGÚN TIPO DE SEGURO MÉDICO

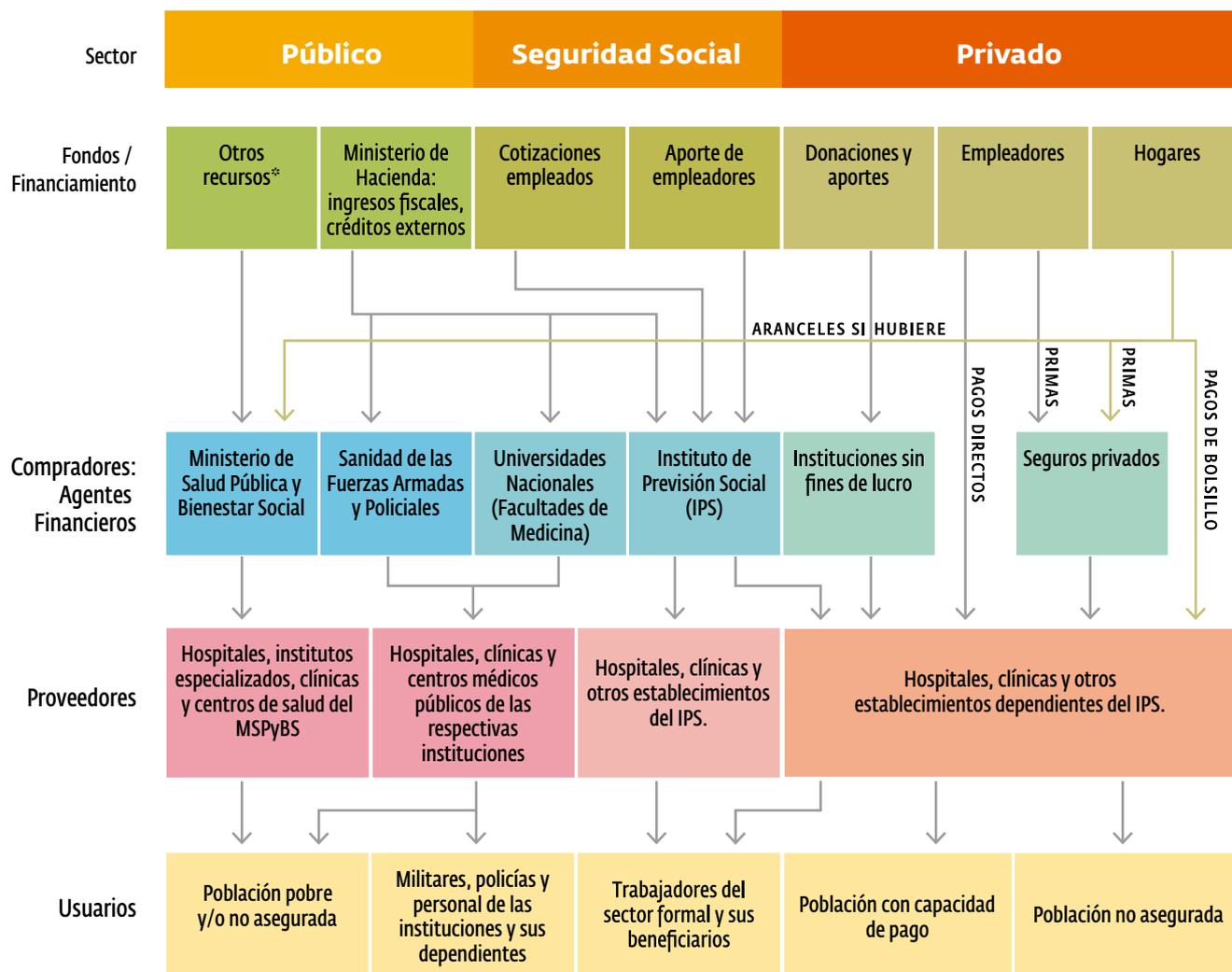
TIPO SEGURO MÉDICO	TOTAL PAÍS	URBANO	RURAL
TOTAL	100%	100%	100%
IPS	21,05%	27,89%	10,70%
OTRO TIPO DE SEGURO	8,06%	11,65%	2,64%
NO TIENE	70,88%	60,46%	86,65%

FUENTE: DGEEC. EPH 2015

8 Estimado en base a una población total de 6.754.408 (EPH 2016), 70,88% de población sin seguro médico y el presupuesto del MSPBS.

9 Datos de Dirección de Planificación del IPS en base a datos de AOP del año 2016.

10 Base de datos de la OMS. (2014). [Http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en](http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en)

**FIGURA 1.** FLUJO DE FINANCIAMIENTO Y PROVISIÓN DE SERVICIOS DEL SISTEMA DE SALUD

Otros Recursos: recursos especiales complementarios provenientes de agencias de cooperación principalmente.

Una de las consecuencias más visibles de la existencia de la segmentación es la magnitud y regresividad del gasto de bolsillo en salud. En Paraguay, el 49,4% del gasto total en salud sale del bolsillo de las personas; para la población que se encuentra en el quintil más pobre de ingresos este gasto representa una elevada proporción del ingreso del hogar, lo que lo acerca a un gasto catastrófico en salud. Esto se asocia a una fuerte contención de la demanda por salud cuya consecuencia se refleja en cifras desproporcionadamente elevadas de mortalidad infantil en este grupo poblacional, siendo 26 veces más que la población más rica (MICS 2016)<sup>11</sup>.

Así mismo, puede señalarse que el sistema es fragmentado, debido a que el subsistema público tiene su propia red de provisión de servicios al igual que la Seguridad Social (IPS), y los proveedores privados, y no existen enlaces funcionales ni operativos efectivos e institucionalizados entre estas distintas redes de atención. Esto conduce a un funcionamiento desarticulado y no sistémico; aunque existen mecanismos de compra de servicios tanto del MSPBS como del IPS al sector privado, así como acuerdos puntuales entre el MSPBS y el IPS. Estos acuerdos tienen lugar, principalmente, en el interior del país para prestación de servicios que estipulan un mecanismo de

11 Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados. MICS Paraguay 2016. STP, MSPBS, DGECC, ERSSAN, UNICEF, BID.

compensación, aunque estos convenios tienen un alcance marginal, y no reflejan una integración real de los subsistemas. La fragmentación operativa genera duplicación de acciones de salud para algunas poblaciones y en algunos territorios geográficos específicos, mientras deja otros grupos de población y espacios territoriales sin atención de salud.

En la práctica, el sistema de salud trabaja en forma descoordinada, segmentada y fragmentada, con diversidad en sus modalidades de financiamiento, regulación, afiliación y provisión, lo que fomenta las desigualdades sociales en salud y falta de continuidad en el cuidado. La segmentación y fragmentación del sistema hace que la planificación y la asignación coherente de recursos, con una definición efectiva de metas nacionales armonizadas en salud, sea un proceso muy complejo o casi imposible de lograr.

## COBERTURA Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

La cobertura y acceso a los servicios de salud aún presenta brechas a pesar de los esfuerzos y avances realizados por el MSPBS en los últimos 10 años. Así, el MSPBS en el año 2008 dio inicio a la instalación de las Unidades de Salud de la Familia (USF). Las mismas son responsables de una determinada comunidad con una población adscrita entre 3.500 a 5000 personas con énfasis en la promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad. La principal característica de esta nueva modalidad de servicio es que mejora el acceso (geográfico, económico y social) de poblaciones excluidas, a través de un equipo de personal de salud compuesto por un médico, personal de enfermería y obstetricia, y agentes comunitarios de salud.

Datos recabados del MSPBS dan cuenta que a noviembre de 2017 existían 801 Unidades de Salud de la Familia (USF). Si se estima un promedio de 3.500 personas por cada USF, se concluye que un total de 2.803.500 personas (40%) cuentan con cobertura de atención primaria de salud, de un total de población país de 6.953.647 personas (100%)<sup>12</sup>. Ello implica que el 60% de la población aún no cuenta con cobertura de la atención primaria a través de las USF.

Por otra parte, de acuerdo con la EPH 2015, persisten los problemas de cobertura en cuanto a servicios de atención curativa, de rehabilitación y urgencias. Así, por ejemplo, en el año 2015, el 31,4% de la población manifestó haber estado enferma o accidentada (2.173.080 personas), de la cual el 18,6% (404.845 personas), no consultó o buscó atención médica<sup>13</sup>. El principal motivo: la automedicación que pudiera estar indicando falta de acceso a los servicios de salud y/o brechas de cobertura, con particular énfasis en los grupos más vulnerables (pobreza extrema o población en situación de riesgo social).

12 DGEEC. Paraguay: Proyección de la Población por Sexo y Edad, según Distrito, 2000-2025. Proyección para el año 2017.

13 Los datos de la EPH 2015 muestran que los motivos de no consulta están relacionados a la automedicación (79,55%).

## Financiamiento y Gasto en Salud

Según datos de la OMS (2015)<sup>14</sup>, el gasto total en salud (suma del gasto público y gasto privado) en Paraguay, subió de 7,1% del PIB en el año 2008 a 9,8% del PIB en el año 2014. En valores nominales se pasó de US\$ 1.307 millones en el año 2008 a US\$ 3.041 millones en el año 2014, lo cual implica que se tuvo un crecimiento de 2,3 veces más. En cuanto a la evolución del gasto per cápita total, en el año 2014 fue US\$464, que representa un aumento significativo con relación al año 2008 que fue de US\$ 216. Pero a pesar de este aumento, el Paraguay sigue rezagado en comparación a los países del Cono Sur, pues el gasto per cápita de nuestro país en ese año, representaba una cifra equivalente al doble de Bolivia, pero muy inferior al de Argentina y Brasil, y tres veces menos que Uruguay.

Analizando el gasto por sectores, se observa que la participación relativa del gasto privado se redujo de 61,6% a 54,1% y el gasto público (gasto del gobierno general en salud –GGGS– que incluye el IPS y el MSPBS)<sup>15</sup> aumentó de 38,4% a 45,9%.

**CUADRO 3.** PARAGUAY: GASTO TOTAL EN SALUD Y POR SECTORES COMO % DEL PIB

INDICADOR	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gasto Total en Salud como % del PIB	7,1	9,1	9,1	9,4	10,3	10,5	9,8
Gasto Público como % del Gasto Total en Salud	38,4	38,3	36,9	40,0	44,5	45,6	45,9
Gasto Privado como % del Gasto Total en Salud	61,6	61,7	63,1	60,0	55,5	54,4	54,1
Gasto de bolsillo como % del Gasto Total en Salud	54,8	55,9	57,7	54,9	50,7	49,9	49,4
Gasto de bolsillo como % del Gasto Privado en Salud	88,9	90,6	91,5	91,4	91,4	91,7	91,3
Gasto Total en Salud per cápita en US\$	216	238	294	376	398	469	464
Gasto Público per cápita en US\$	83	91	109	150	177	214	213

Fuente: Base de datos de la OMS

<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

<sup>14</sup> Los últimos datos disponibles son del año 2014 (base de datos de la OMS 2017)

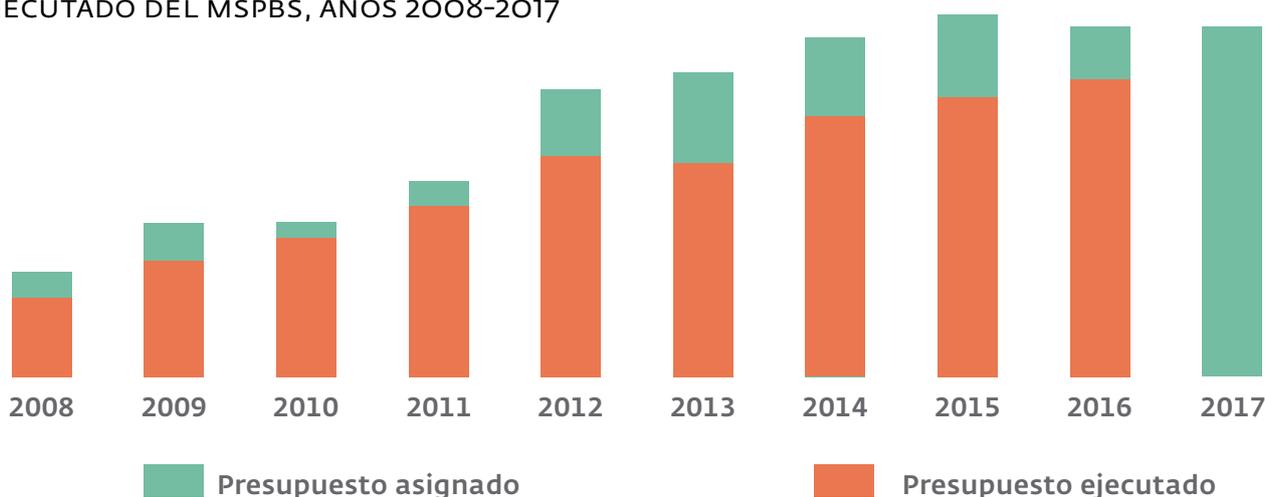
<sup>15</sup> Se utiliza la clasificación de la OMS.

El crecimiento del gasto público se debe en gran parte al incremento importante del presupuesto del MSPBS y en menor medida al crecimiento del gasto en salud del Instituto de Previsión Social (IPS). Los gastos del IPS han tenido un ritmo de crecimiento menor al del MSPBS, en los últimos años. Así, En el 2008 representó el 41% del gasto público en salud, y 24% en 2014.

El presupuesto del MSPBS en el periodo 2008-2017 creció de 1.393 a 4.641 mil millones de guaraníes, con una tasa de crecimiento anual de 18% entre 2008 y 2017. Los mayores incrementos en términos porcentuales se dieron entre los años 2009 y 2012, siendo que en los últimos 4 años el MSPBS prácticamente no ha logrado incrementar su prioridad fiscal, lo cual implicó que el presupuesto haya variado muy poco porcentualmente entre el 2013 y 2017. Se considera el aumento del presupuesto del periodo 2009-2012 un resultado de las prioridades en salud por parte del gobierno de ese entonces, incluyendo la política de expansión de cobertura a través de instalación de Unidades de Salud de la Familia (USF) en esos años.

La capacidad de ejecución presupuestaria del MSPBS medido por el coeficiente PE/PA del periodo 2008-2016 fue del 79,4% en promedio, siendo el 2010 el año en el cual se tuvo la más alta ejecución alcanzando el 89,5% y el nivel más bajo fue en el año 2013 con el 70,3%.

**FIGURA 2.** EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO ASIGNADO Y EJECUTADO DEL MSPBS, AÑOS 2008-2017



Fuente: elaboración propia en base a MH. <https://datos.hacienda.gov.py/>

Si bien el gasto público ha crecido en el período 2008 – 2017, es necesario plantearse si el déficit de cobertura tiene su raíz en los recursos, o en la organización y modalidades gerenciales, o se explican por una combinación de dichos factores. En ese sentido, aunque son necesarios recursos adicionales, también debe fortalecerse la capacidad para hacer un uso racional, institucional, equitativa y socialmente eficiente de los mismos.

En cuanto al gasto privado en salud, si bien ha estado disminuyendo su peso relativo en la composición del gasto total en salud, sigue siendo la principal fuente de financiamiento del sistema de salud, pues representa el 54,1% del gasto total.

Especialmente preocupante es el hecho que en el año 2014, el 91,3% del gasto privado en salud fue gasto de bolsillo realizado por las familias en servicios de salud y medicamentos. El gasto de bolsillo, que es el gasto que realizan las personas al momento de recibir un servicio de salud (punto de entrega del servicio), se da tanto entre los que acuden al sector público como al privado, y es el reflejo de la segmentación del sistema.

El gasto de bolsillo es la forma más inequitativa de financiar la salud, ya que vincula directamente el acceso a servicios de salud a la posibilidad que cada persona tiene para pagar por ellos. De hecho, si el acceso a los servicios de salud es condicionado a un pago, incluso en el caso de ser realmente necesarios, estos serán restringidos a aquellas familias que puedan pagar por ellos, incluso en casos donde la atención de salud es necesaria. Se excluye de ésta a los que no cuentan con recursos para pagar por esta atención o, dicho de otra manera, a los pobres.

En contraposición, si la contribución por el derecho a recibir servicios de salud no se realiza en el momento de requerir o recibir estos servicios, sino en una oportunidad anterior, se elimina esta restricción y se obtienen resultados más equitativos. “La equidad en cuanto a la protección contra el riesgo financiero requiere el nivel más alto posible de separación entre contribuciones y utilización [de servicios de salud]. Esto es particularmente cierto para las intervenciones que tienen un costo elevado en relación con la capacidad de pago de la familia.”<sup>16</sup>

16 Organización Mundial de la Salud. 2000. Informe sobre la salud en el mundo: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza.

# Propuestas de políticas para el corto plazo:

## Medidas y cambios institucionales orientados a mejorar el desempeño e incrementar la eficiencia del sistema de financiamiento del actual sistema de salud paraguayo (Sistema Mixto)

Las propuestas guardan relación con el actual sistema de financiamiento de salud, específicamente en el financiamiento basado en los impuestos, que es el MSPBS, y el basado en la contribución obligatoria (aporte del empleador y el empleado y el Estado) que es el IPS; son los dos esquemas fundamentales de financiamiento público de salud de Paraguay.

### Desarrollar aún más y concretar las estrategias y líneas de acción sobre financiamiento de salud contenidas en la Política Nacional de Salud

El MSPBS ha aprobado una Política Nacional de Salud 2015 – 2030<sup>17</sup> (PNS) que tiene como objetivo avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. La PNS plantea 7 estrategias, y si bien no lo expresa de manera explícita, implícitamente las estrategias abordan uno de los principales obstáculos identificados en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2010<sup>18</sup> para lograr la cobertura universal: el uso ineficiente de los recursos.

Las estrategias de la PNS son:

- 1 Fortalecer la rectoría y gobernanza
- 2 Fortalecimiento de la atención primaria de la salud articulada en redes integradas
- 3 Fortalecimiento de las acciones intersectoriales e interinstitucionales para el abordaje de los determinantes sociales
- 4 Mejorar la eficiencia del sistema de salud, mediante el aumento, la optimización del uso y la debida preservación de los recursos
- 5 Fortalecimiento de la gestión del talento humano en salud
- 6 Desarrollo y fortalecimiento de la salud pública en las fronteras
- 7 Garantizar el acceso, la calidad, la seguridad, la eficacia y el uso racional de los medicamentos. Así como, promover el acceso e innovación a tecnologías sanitarias

17 La Política Nacional de Salud 2015 – 2030 ha sido aprobada por el MSPBS a través de la Resolución S.G. N° 612 del 25 de agosto del 2015.

18 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo. OMS, 2010.

Al respecto, de las 7 estrategias planteadas en el plan, se identifican 6 de ellas que tienen directa relación con la búsqueda del incremento de la eficiencia en el uso de los recursos (estrategias 1, 2, 4, 5, 6 y 7) y 1 de ellas de hecho también (estrategia 6), aunque de manera indirecta. La estrategia 4 es la que entre sus líneas de acción tiene algunos enunciados referentes al mecanismo actual de financiamiento a través del presupuesto, pero no plantea ninguna reforma o innovación del financiamiento.

### **Ampliar las modalidades de interacción entre el MSPBS y el IPS: disminuir la tradicional segmentación entre la seguridad social contributiva y el sistema público no contributivo**

La relación entre el Ministerio de Salud (MSPBS) y la seguridad Social (IPS) no ha sido muy efectiva históricamente. La Seguridad Social ha utilizado (y sigue utilizando) muchas veces la salud pública para descargar los altos riesgos y ciertos gastos onerosos en salud (accidentes, VIH/Sida, etc.) en los servicios públicos sin pagar por esas prestaciones. De esa manera se genera un subsidio cruzado, que en cierta forma se intenta compensar vía algunos acuerdos puntuales. Los mismos se dan principalmente en los servicios del interior del país, estipulando algún tipo de compensación o pago que no refleja el costo de prestación del servicio, así como pago de remuneraciones complementarias a médicos que trabajan en los establecimientos del MSPBS, etc. Si bien existen distintas modalidades de convenios entre el MSPBS y el IPS (intercambio de medicamentos, área interior, recursos humanos entre otros), las mismas son incipientes y se podrían explorar modalidades más amplias de articulación.

Para contribuir a concretar la PNS, y específicamente lo vinculado al financiamiento para la cobertura universal de salud, es claro que hace falta revisar las estrategias y desarrollar aún más las líneas de acción, traduciéndolas en un plan de acción a fin de hacerlas operativas.

En ese sentido, se recomienda ampliar y profundizar los mecanismos de interacción entre el MSPBS y el IPS que puedan contribuir al proceso de reflexión sobre las políticas y una mayor armonización del financiamiento público de salud. Se sugiere institucionalizar un equipo de trabajo de alto nivel entre ambas instituciones, que se constituya en un foro permanente para el intercambio entre representantes del MSPBS y el IPS en distintos niveles. Es importante que se institucionalice de manera real las relaciones entre ambas instituciones, de manera a no depender solamente de las buenas relaciones de las autoridades del momento.

## Aumentar el financiamiento público para la salud en forma de prepago<sup>19</sup> e incrementar la eficiencia del gasto

Por lo expresado anteriormente, dos cosas se hacen evidentes. Por un lado, la necesidad de incrementar los recursos públicos para el sector salud (y de utilizarlos más eficientemente) y por el otro, disminuir el gasto de bolsillo en salud sobre el ingreso familiar. Es importante que se establezca una meta de disminución de gasto de bolsillo de las familias, de acuerdo a lo que el país considera como objetivo. La medición de ello puede hacerse a través de una encuesta de hogares.

El incremento de los recursos públicos para la salud (MSPBS) podría provenir de la creación de nuevos impuestos que sean destinados al sector salud, como a la exportación de la soja, o el aumento de las tasas del impuesto selectivo al consumo de tabaco y alcohol. No obstante, además de evaluar la factibilidad política de la creación de nuevos impuestos, deberá quedar explícito que, de crearse los nuevos impuestos, esos fondos serán adicionales a los ya existentes.

Así mismo, con el fin de aumentar la movilización de recursos, el prepago y, por supuesto, incrementar la cobertura, una estrategia debería concentrarse en elevar el número de cotizantes y afiliados al IPS. Esta extensión de la afiliación debe, ciertamente, ir más allá del incremento anual de nuevos afiliados generado por el crecimiento económico y, por ende, por los nuevos puestos de trabajo; debe abarcar también el combate a la evasión de los trabajadores formales que no están inscriptos. Sin embargo, se debería analizar también la capacidad del IPS de brindar los servicios de salud requeridos para su masa de cotizantes y beneficiarios, y si es factible que en el corto plazo pueda seguir creciendo dada su capacidad resolutive instalada actual.

Con relación al incremento de la eficiencia en la asignación de recursos vía el presupuesto público, se debe superar la visión de corto plazo, donde los presupuestos anuales no toman en cuenta las implicancias de mediano plazo de las decisiones actuales; por ejemplo, los gastos recurrentes futuros asociados a inversiones presentes. Alternativamente se debe reducir la desarmonía en la asignación de recursos; por ejemplo establecimientos de salud donde hay 4 odontólogos, pero una sola silla odontológica y no hay anestésicos; o hay equipos de rayos x, pero no hay radiólogos; o hay equipos de terapia instalados, pero no hay profesionales para su utilización.

19 El prepago implica que no exista aranceles al momento de recibir un servicio de salud. En ese sentido, se considera prepago a los impuestos (en un sistema de salud modelo Beveridge) o al aporte del empleador y el empleado (en un sistema de salud modelo Bismarck).

## Considerar incrementar la autonomía de los Hospitales y Regiones Sanitarias para lograr una utilización más flexible de los recursos y crear condiciones para el desarrollo de la Redes Integradas e Integrales de Salud (RIISS)

Una asignación racional de los recursos a los Hospitales y Regiones Sanitarias debe ir acompañada de una mayor descentralización administrativa que genere una mayor flexibilidad en el uso de los recursos según las necesidades. Específicamente, esto significa que los Hospitales y Regiones Sanitarias tengan la capacidad de ejecutar ciertas partidas del presupuesto previo el análisis correspondiente y la capacidad de realizar cierto movimiento de recursos humanos (ej.: reasignaciones de personal entre establecimientos de salud según niveles de atención, pasando de establecimientos donde hay exceso de cierto tipo de personal a otros donde hay carencias de ese tipo de personal). Este incremento de la autonomía potenciará el desarrollo e implementación de la RIISS<sup>20</sup>, pues la gestión efectiva de las redes requiere cierto espacio de autonomía que les permita mayor dinamismo en el manejo de los recursos requeridos para responder a las necesidades de los servicios de la red.

El logro de la cobertura universal requiere que los servicios se organicen en red, pues posibilita que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades y a través de los diferentes niveles del sistema de salud. Esto incluye un componente horizontal que articule los establecimientos y los servicios al mismo nivel de atención; y un componente vertical que integre los servicios y los correspondientes prestadores de servicios a lo largo de la secuencia de la atención. Ello, a partir de una territorialización con identificación de la población asignada a cada establecimiento de salud.

20 El MSPBS aprobó por Resolución SG N° 730/2015 una guía para la implementación de la RIISS basada en la estrategia de APS.

## Evaluar el desarrollo de mecanismos que combinen las asignaciones presupuestarias con otros instrumentos de pago o transferencias de recursos basados en el desempeño

La asignación de recursos a los Hospitales, Regiones Sanitarias y demás establecimientos de salud de la red del MSPBS basada en presupuestos globales históricos y con una gestión altamente centralizada, podría combinarse con otros mecanismos de pago basados en el desempeño. Existe una experiencia concreta, aunque incipiente en el Departamento de Alto Paraná implementado por el MSPBS con apoyo del BID<sup>21</sup> y el CIRD en el marco del Proyecto Piloto RISS CONE (2015-2016). En dicho proyecto se implementó un modelo de gestión orientada a resultados en el primer y segundo nivel de atención, a través de la suscripción de "Compromisos de Gestión". En este compromiso se establecieron indicadores específicos vinculados a la salud materna e infantil que atacaban las principales causas de mortalidad prevenibles, para transferir recursos por el logro de las metas previamente acordadas. Esta experiencia puede aportar lecciones y experiencias valiosas sobre este tema para utilizar el modelo de gestión para resultados en el sector salud a una escala mayor.

Para beneficiarse de la gestión para resultados, el MSPBS requiere realizar acciones de mejoramiento de su estructura y gestión organizacional, superando el excesivo centralismo existente en la gestión. También necesita un sistema de información más sofisticado que proporcione datos de manera oportuna, así como un sistema de monitoreo y supervisión efectivo.

21 Proyecto Piloto de Red Integrada de Servicios de Salud con énfasis en los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (RISS CONE), que fue una cooperación técnica del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) al MSPBS ejecutada por el Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD).

## Implementar el FONARESS

Para financiar la atención médica de patologías de alta complejidad y alto costo, por medio de la ley N° 4392 del 30 de junio del año 2011 se creó el Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud (FONARESS), con autonomía técnica y funcional, que inicialmente financiaría la atención de 4 patologías y especialidades médicas<sup>22</sup>. El Fondo tiene bien definido las fuentes de financiamiento. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido, todavía no se ha implementado

El MSPBS debería implementar el FONARESS para hacer frente a las enfermedades catastróficas. El FONARESS aumenta la protección financiera del riesgo de la población: las personas con ciertas enfermedades tendrían el derecho “explícito” de estar atendidas con recursos de este fondo, y ayudaría a disminuir el gasto de bolsillo de las familias.

De implementarse el FONARESS debe quedar claro y explícito que esos fondos serán adicionales a los ya existentes y asignados al sistema de salud. Implementado el FONARESS, en una segunda etapa se podría ir ampliándolo, incorporando otras patologías, para que se vaya convirtiendo paulatinamente en un fondo para enfermedades catastróficas.

## Universalizar la Atención Primaria de Salud

La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud basados en la atención primaria alcanzan mejores resultados en salud, son más eficientes, reducen costos y logran una mayor satisfacción del usuario en comparación con los sistemas que tienen una débil orientación a la atención primaria.

Datos recabados en el MSPBS señalan que a noviembre de 2017 existían 801 Unidades de Salud de la Familia (USF), las cuales se estiman dan cobertura al 40% de la población del país. Es decir que aún falta por cubrir el 60% para dar cobertura de atención primaria de salud a toda la población del país<sup>23</sup> a través de las USF.

Si no se aterriza el concepto de cobertura universal a la oferta disponible, no se podrá cumplir con este fin; siendo claro que se requiere un plan de inversión en salud de alcance nacional, pero con un enfoque de red de servicios basados en la atención primaria.

22 (1) Insuficiencia renal, aguda y crónica, (2) trasplantes de órganos y tejidos, (3) cardiopatías, (4) cáncer.

23 Ídem 13

# Opciones para el mediano y largo plazo:

## Alternativas e implicancias de modelos de financiamiento mancomunados de salud para la CUS

Establecer un sistema de financiamiento de salud que brinde cobertura universal de manera equitativa, requerirá superar la segmentación y fragmentación del sistema de salud y plantearnos como sociedad cual es el modelo de sistema que nos conducirá a dicho fin; lo que debe formar parte de un esfuerzo más amplio del país orientado a establecer un sistema de protección social.

Los países que han logrado tener sistemas de salud de cobertura universal lo han hecho transformando sus sistemas mixtos y fragmentados a una de estas dos formas predominantes de organización de sistemas de salud: (a) Sistema Nacional de Servicios de Salud – Sistema Único (financiado por impuestos), y (b) Sistema de Aseguramiento Nacional / Universal de Salud - Seguridad Social – (financiamiento vía cotizaciones obligatorias).

### Implicancias del Seguro Nacional / Universal de Salud – Seguridad Social (Bismarck): régimen contributivo

Un seguro universal de salud es aquel en el cual cada ciudadano está afiliado a un seguro (o seguros) de salud a partir de su condición laboral en un régimen de contribución obligatoria. El derecho y el acceso a los servicios se basan en la afiliación. En el seguro de salud el financiamiento es tri o bipartito, donde aporta el empleado, el empleador y también aporta el Estado nacional vía aportes fiscales para financiar a aquellas personas que no pueden contribuir (por carecer de capacidad de pago) en un régimen no contributivo o subsidiado. La cobertura de servicios o conjunto de beneficios son los establecidos en la carta orgánica

Ambos modelos son opciones para el Paraguay en la perspectiva de ir transitando el camino a la cobertura universal de salud. Optar por cualquiera de ellos necesariamente requerirá un nivel de consenso importante entre los diferentes actores de la sociedad, pues implicará una transformación profunda y sistémica del sistema mixto de salud actual, lo cual indudablemente requerirá cambios en el marco legal vigente.

o disposiciones legales pertinentes. Un país de la región que se puede mencionar como ejemplo de este sistema es Costa Rica.

En este modelo, el gobierno puede subsidiar parcial o totalmente la contribución al seguro, ya sea pagando por cada persona/familia que no está en capacidad de contribuir o mediante la transferencia de un monto global al seguro. En nuestro país el 70,9% de la población no tiene seguro<sup>24</sup>, por lo cual, identificar a las personas o familias sin capacidad de pago (para el subsidio por parte del gobierno) requerirá un cuidadoso proceso de identificación y de mantenimiento de una base de datos actualizada.

En Paraguay existen diversos programas de transferencias condicionadas (Tekoporá) y no condicionadas (Adultos Mayores) que ya han desarrollado mecanismos de identificación de personas que los hacen elegibles para el programa respectivo, lo cual representa un buen punto de partida para desarrollar aún más dichos mecanismos y adaptarlo según los requerimientos del seguro universal de salud.

Por otro lado, si el gobierno no puede pagar o no abona oportunamente los subsidios de las personas sin capacidad de pago, el seguro podría enfrentar una escasez de ingresos y, por ende, dificultades para cubrir sus obligaciones (las prestaciones o servicios de salud). En ese sentido, es preciso mencionar que el Estado paraguayo no ha sido un buen "pagador", pues a pesar de la obligación que tiene de transferir

recursos al IPS, eso no se ha cumplido, manteniendo por mucho tiempo su deuda con el IPS, aunque en tiempos recientes se han iniciado pasos para regularizar esta situación.

En cuanto a su viabilidad, se podría mencionar que dado el alto nivel de informalidad laboral existente en el país, es difícil plantearse que el mercado laboral deba ser la puerta de entrada a un sistema de protección social universal en salud. Los datos estadísticos muestran que la cobertura de la seguridad social contributiva en salud se ha incrementado muy lentamente en los últimos 15-20 años llegando solo al 21,05% al 2015. Es decir, la cobertura de la seguridad social contributiva se expandirá solo si se expande el mercado laboral formal.

### **Implicancias del Sistema Nacional (sistema único, universal u otras acepciones) de Salud (Beveridge): régimen no contributivo**

Un Sistema Nacional (único/universal) de Salud es aquel mediante el cual el sector público (el MSPBS), garantiza la prestación de la asistencia de salud, pudiendo esta prestación ser multisectorial, incluyendo el sector privado y el sector sin fines de lucro, pero con financiamiento público. En la región de las Américas, el sistema de salud de Canadá es un ejemplo de este modelo, mientras que Brasil tiene también un sistema único de salud (Sistema Único de Saúde, SUS).

En este modelo de sistema, el derecho y acceso a la prestación de servicios se fundamenta en la condición de ciudadanía o residencia, es decir, se tiene derecho por el solo hecho de ser ciudadano o residente en un país, independientemente del status laboral o socioeconómico. En cuanto al conjunto de beneficios, es todo lo existente en el sistema y todos tienen derecho al mismo tipo de prestaciones, sin discriminación.

El financiamiento del sistema procede de recursos públicos provenientes de distintos tipos de impuestos e ingresos fiscales. En cuanto a la equidad en salud, en un sentido amplio, implica considerar no solo los beneficiarios de los servicios de salud, sino también quién financia o paga. El problema de equidad se plantea también en relación con los métodos empleados para obtener los recursos para los programas públicos. Los ingresos tributarios del Estado provienen, al final de cuentas, de las personas y las familias por medio de varias formas de tributación, como el impuesto a la renta o el IVA que cada uno de nosotros pagamos al adquirir un bien de cualquier comercio. La principal fuente de ingreso del Estado es el IVA, que es un impuesto al consumo y representa una carga importante para quienes deben gastar gran parte de sus ingresos en bienes gravables. Los impuestos pueden ser

entonces una forma inequitativa de recaudar fondos para financiar la salud, siendo de especial importancia en nuestro país, donde la distribución de los servicios de salud es desigual y con escasa cobertura en el área rural. En Paraguay los impuestos indirectos (impuestos al consumo) alcanzaron el 78,3% de los ingresos totales en el año 2015<sup>25</sup>.

Respecto a su viabilidad, la pregunta crítica sería cómo realizar la transición desde el actual plan obligatorio contributivo del IPS a un sistema totalmente financiado con impuestos. Alejarse del plan contributivo también significa terminar con las contribuciones de los empleadores y empleados, lo que en principio haría disminuir los costos laborales del sector privado o bien eventualmente podría transformarse en incrementos salariales para los empleados.

Otro aspecto es lo vinculado a la viabilidad de política desde la óptica ciudadana respecto a que la parte de salud del IPS se discontinúe y sea absorbido por el MSPBS en un sistema único. En ese sentido, una pregunta vital es si la población tendría más confianza en el IPS o en el MSPBS como institución prestadora de servicios. La población trabajadora del sector formal (que actualmente cotiza en el IPS) podría percibir que su integración a un sistema de salud único (MSPBS) es posiblemente un paso hacia “atrás”, a un sistema de salud que lo percibe como peor y esto podría generar resistencia.

La figura 3 resume, de manera simplificada, los dos modelos o formas predominantes de organización y financiamiento de los sistemas de salud de cobertura universal.

**FIGURA 3**



25 Borda, Dionisio; Caballero, Manuel. Desempeño e Institucionalidad Tributaria en Paraguay. Cadep. 2017.

## Conclusión

El diseño de un sistema de financiamiento de la salud que tenga como objetivo la cobertura universal presenta diferentes opciones en el mediano y largo plazo.

Dentro de las opciones se plantean alternativas como la de un Seguro Nacional / Universal de Salud (obligatorio, Modelo Bismarck), un Sistema Nacional de Servicios de Salud o Sistema Único (Modelo Beveridge), o un Sistema Mixto (híbrido, mixto), como existe hoy, donde convivan los subsistemas actuales (MSPBS, IPS y sector privado), pero con una mayor coordinación entre ellos; además de un claro rol de los actores involucrados (sobre todo el MSPBS en su rol rector y regulador) y con una mayor equidad en el financiamiento de la salud (esto incluye no sólo el gasto privado en salud de los hogares sino también la distribución de los recursos de todo el sector).

Si nuestro país opta por cualquiera de las dos primeras alternativas mencionadas en el párrafo anterior, necesariamente requerirá un nivel de consenso importante entre los diferentes actores de la sociedad, pues implicará una transformación profunda y sistémica del sistema mixto de salud actual, lo cual indefectiblemente demandará cambios en el marco legal vigente.

La definición del modelo de financiamiento (y de prestación de servicios) es de suma importancia, ya que la misma va a permitir delinear los próximos pasos en la reforma y reorganización del sector. De todas maneras, con cualquier alternativa elegida, el sistema de financiamiento de salud en Paraguay deberá enfrentar varios desafíos para lograr que éste sea menos segmentado y más equitativo en su camino a la cobertura universal.

Uno de esos desafíos es aumentar la protección social y con ello su prepago ya que la mitad del gasto total en salud es a través del gasto de bolsillo, que constituye la manera más regresiva de financiar el gasto en salud.

Dado el alto nivel de informalidad laboral existente en el Paraguay (con una cobertura poblacional del IPS de 21,05% en 2016), es necesario plantearnos si debemos buscar la ampliación de la seguridad social contributiva para alcanzar la cobertura universal o debemos buscar la construcción de un sistema universal o único de salud financiado con impuestos generales.

Independientemente del camino que tome el país, el logro de la CUS está supeditado en parte a la disponibilidad adecuada de recursos para financiar los servicios de salud que reciban los habitantes del Paraguay. Resulta claro que se debe incrementar el financiamiento público de la salud de manera eficiente y sustentable, con una articulación e integración con otros programas sociales en un contexto más amplio de protección social. Así, un gasto público destinado a la salud equivalente al menos al 6% del PIB es una condición necesaria "aunque no suficiente" para avanzar hacia la cobertura universal de salud, y así contribuir al logro de una sociedad más justa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Borda, Dionisio; Caballero, Manuel. *Desempeño e Institucionalidad Tributaria en Paraguay*. Cadep. 2017.
- Datos de Dirección de Planificación del IPS en base a datos de AOP del año 2016.
- Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados. MICS Paraguay 2016. STP, MSPBS, DGEEC, ERSSAN, UNICEF, BID.
- Gaete R. (2011). *Hacia un Estado que garantice el derecho a la salud*. Documento de trabajo preparado para la XIII Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud.
- Ministerio de Hacienda. Sistema Boost
- Ministerio de Hacienda. <https://datos.hacienda.gov.py/>
- MSPBS (2015). Política Nacional de Salud 2015 – 2030
- MSPBS (2015). *Guía para la implementación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) basadas en la estrategia de la Atención Primaria en Salud del MSPBS*
- MSPBS. Plan Estratégico Institucional 2013 – 2018
- OECD (2009) Social Health Insurance vs Tax Financed System
- OMS, BM (2014) Monitoreo del Progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global
- OMS (2010). *Informe sobre la salud en el mundo. El Financiamiento de Sistemas de Salud: El camino hacia la cobertura universal*. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza.
- OMS (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Organización Mundial de la Salud; Ginebra, Suiza.
- OPS/OMS (2014). 53<sup>o</sup> Consejo Directivo. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud
- Rockefeller Foundation (2010). *Catalyzing Change. The System Reform Cost of Universal Health Coverage*
- Superintendencia de Salud. Registro de prestadores (2015)
- WHO. Base de datos ([http://apps.who.int/nha/database/Country\\_Profile/Index/en](http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en))
- WB, WHO (2015). Tracking UHC
- WB. Base de datos (<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL/countries>)



Serie Notas de Política realizadas en el marco de la plataforma Paraguay Debate. Los artículos podrán ser citados, siempre que se mencione la fuente.  
DICIEMBRE 2017

 Paraguay Debate  
 @paraguaydebate  
cdep@cdep.org.py  
www.paraguaydebate.org.py  
Tel.: (021) 494140 / (021) 496813

#### ORGANIZACIONES MIEMBROS



#### CON EL APOYO DE

