

¿Qué **RE**forma?  
pensando  
el Estado  
pospandemia

**CA  
DEP** Centro de Análisis y Difusión  
de la Economía Paraguaya

# FINANCIAMIENTO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Verónica Serafini Geoghegan

El financiamiento a la salud y a la protección social en Paraguay enfrenta importantes desafíos teniendo en cuenta el contexto sociodemográfico y las restricciones fiscales. Por un lado, si bien el país todavía cuenta con un bono demográfico y de género, el rezago en las condiciones de salud y de protección a los riesgos y vulnerabilidades, el proceso de envejecimiento y la transición epidemiológica exigen mayor esfuerzo a la política sanitaria y a la de protección social.

Por otro lado, la baja presión tributaria que se traduce en baja inversión social en ambas políticas, el uso ineficiente de recursos públicos y la limitada cobertura de la seguridad social contributiva, ponen límites a la oportunidad de ampliar las coberturas, reducir brechas y mejorar la calidad de las prestaciones y servicios.

Este documento busca contribuir al debate sobre las posibles opciones con que cuenta el país para cumplir con las exigencias que impone la garantía plena de estos dos derechos, desde la política fiscal.

El documento inicia con una breve exposición del contexto macro social, económico y demográfico, ya que de éste se derivan las necesidades financieras y sobre todo permite dimensionar el desafío a futuro dados los cambios que está enfrentando el país.



# Cambios demográficos, rezagos sociales

## Paraguay en transición demográfica y epidemiológica

A pesar de que se considera a Paraguay como un país relativamente joven en América Latina, su proceso de envejecimiento se está acelerando rápidamente a la par de un aumento de la esperanza de vida y una reducción de la tasa de fecundidad, lo que conlleva grandes desafíos en materia de salud, cuidado y protección social.

En el año 2000 la población de 65 años o más representaba el 4,9% y se espera que esta proporción aumente al 7,7% en el año 2025. En valores absolutos esto significa pasar de alrededor de 258.000 personas mayores a 595.000. En sentido contrario, la proporción de la población infantil y juvenil irá disminuyendo.

La población en edad de trabajar tenderá a aumentar, tanto en términos relativos como absolutos, pasando de unos 3,0 millones en el año 2000 a 5,0 millones en el año 2025 (DGEEC, 2015: 41-42). La esperanza de vida pasará de 70,1 a 72,9 años (DGEEC, 2015: 64).

Estos cambios tienen importantes implicancias para el desarrollo y para las políticas públicas, de manera que ninguno de estos grupos poblacionales sea relegado en sus condiciones de vida. Por un lado, el aumento de la población trabajadora y, por ende, de las personas posibles de incorporarse a los mecanismos previsionales para contribuir a la sostenibilidad del sistema solidario, abre la oportunidad de fortalecer el pilar contributivo de la protección social. Por otro lado, la transición demográfica implica cambios en la demanda de servicios públicos, por ejemplo, reduciendo la misma en los niveles inferiores de educación y generando la necesidad de aumentar la oferta en los estadios superiores de educación como la media, técnica o universitaria.

En materia de salud, la dinámica demográfica junto con cambios en factores de riesgo y en las prácticas médicas dan lugar a cambios en los patrones de enfermedad y en las causas de muerte, lo cual también exige transformaciones en la política sanitaria.

La evolución anterior está dando lugar a modificaciones en los patrones de enfermedad y en las causas de muerte, pasando de una mortalidad infantil elevada y epidemias infecciosas a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades mentales.

El análisis de las causas de mortalidad en todas las edades muestra a Paraguay como un país en transición epidemiológica, ya que coexisten muertes por enfermedades pertenecientes al grupo de las causas infecciosas y parasitarias y otras pertenecientes al grupo de las crónico-degenerativas. A los desafíos en materia de política sanitaria que impone este perfil se agrega el peso importante que tienen las causas externas (homicidios y accidentes).

## Persisten rezagos en las condiciones de salud y protección social

Una de las primeras razones que dieron lugar a la protección social son los riesgos relacionados con las enfermedades, por lo que la oferta de servicios de salud constituye un pilar fundamental de las políticas y sistemas de protección social.

En los últimos años se ha observado un retroceso en el acceso a salud, medida por la consulta en caso de enfermedad o accidente. Después de varios años de haber aumentado llegando las consultas al 81,3% en 2016, en los siguientes años se reduce hasta llegar al 70,9% en 2018, nivel menor al registrado una década atrás.

Desde 2009, el acceso a salud, por parte de la población, en el área urbana cayó del 76,8% al 74,7%, mientras que en el área rural se dio un incremento de 65,4% al 71,0%. Estas tendencias hicieron que la brecha urbana/rural se redujera en más de 10 puntos porcentuales, a menos de 4 puntos (DGEEC, 2019).

En 2019 se observa que del total de la población que se enfermó o accidentó, el 73,2% consultó. Los porcentajes analizados muestran que alrededor de un cuarto de la población no consulta. Las mujeres tuvieron una mayor cobertura en relación a los hombres. La proporción de quienes consultan aumenta en función a sus niveles de ingreso: el quintil más pobre consultó en un 70,1%, mientras que el valor más alto se observa en el quintil más rico, con un 77,4% de acceso a la consulta. El menor nivel de consulta se observa en el quintil de menores ingresos y en el área rural (67,9%), empeorando en el caso de los hombres (65,7%) (Tabla 1).

El subsistema de jubilaciones se inició en 1909 con el primer fondo dirigido a proteger a funcionarios públicos y en 1943 se creó IPS ( Instituto de Previsión Social). Durante los siguientes años continuaron implementándose otros mecanismos, todos dirigidos a la población ocupada en relación de dependencia, razón por la cual gran parte de los trabajadores e inactivos –especialmente mujeres y jóvenes– quedaron fuera. Luego del año 2000 se crearon los programas sociales, como *Tekoporã* y el programa de pensión alimentaria para personas mayores, ambos dirigidos a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad extrema (quintiles 1 y 2).

La Tabla 1 muestra el bajo porcentaje de la población que cuenta con algún programa que le permita asegurar su subsistencia. En el caso de la niñez en situación de pobreza, *Tekoporã*, en el de los/as trabajadores si aportan a un mecanismo de jubilación y en el de las personas mayores si cuentan con ingresos por jubilación o pensión.

**Tabla 1.**  
**Indicadores de salud y protección social, por área de residencia, sexo y nivel socioeconómico (%), 2019.**

	Población con acceso a salud*	Proporción de población cubierta por ingresos de protección social**
<b>Total país</b>	<b>73,2</b>	<b>25,5</b>
<b>Área de residencia</b>		
Urbana	74,7	21,6
Rural	71,0	31,9
<b>Sexo</b>		
Hombre	71,0	27,0
Mujer	75,2	24,0
<b>Quintiles de ingreso<sup>2/</sup></b>		
20% más pobre	70,1	29,7
20% siguiente	73,4	24,0
20% siguiente	72,3	20,5
20% siguiente	73,9	22,1
20% más rico	77,4	31,2

\* Población enferma o accidentada que consultó.

\*\* Proporción de la población que aporta a una caja de jubilación, o percibe ingresos mensuales por jubilación o pensión, o por medio de los programas sociales *Tekoporã* y *Adultos Mayores*.

Fuente: elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares 2019 y <https://ods.dgeec.gov.py/objetivo1/#una-id> Recuperado en septiembre de 2019.



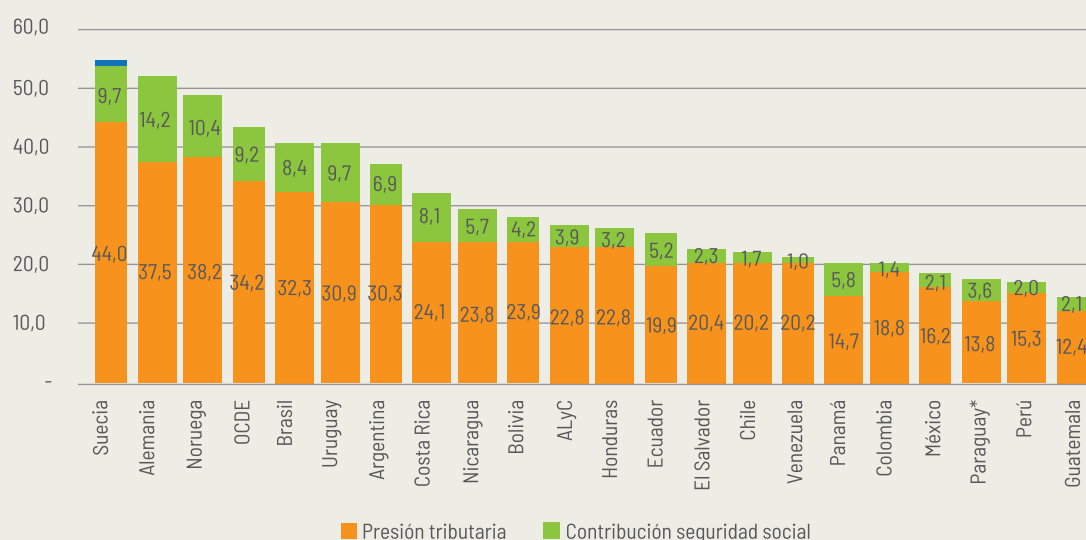
# Factores estructurales limitan el financiamiento de la salud y la protección social y la reducción de las desigualdades

## Baja presión tributaria y cobertura de la seguridad social

El financiamiento a la salud y a la protección social, así como el resto de las políticas públicas tiene como principal obstáculo en Paraguay a la limitada capacidad recaudatoria del Estado. Los impuestos son la fuente genuina de recursos para cualquier país. Paraguay presenta una de las presiones tributarias más bajas de la región, solo Guatemala se encuentra en peor situación.

La otra fuente de financiamiento importante son las contribuciones a la seguridad social. En este caso, Paraguay se ubica en mejor posición relativa ya que en este indicador 8 países se sitúan por debajo del nuestro. No obstante, el promedio nacional (3,6%) permanece por debajo del promedio latinoamericano (3,9%) y muy lejos de Uruguay (9,7%) el país de la región con mayor contribución social.

Gráfico 1.  
Presión tributaria y contribución a la seguridad social (%PIB) en países seleccionados, 2018



Fuente: OCDE (<https://www.oecd.org/tax/tax-policy/base-de-datos-global-de-estadisticas-tributarias.htm>). Recuperado en abril 2020.

El bajo nivel de contribuciones sociales es el resultado de tres factores: el alto nivel de informalidad laboral, la evasión de la seguridad social y un marco normativo y financiero ineficaz para aumentar la cobertura.

Históricamente la cobertura de la seguridad social –Instituto de Previsión Social y regímenes públicos– se focalizó en el trabajo en relación de dependencia. La población asalariada en Paraguay –pública y privada– nunca ha superado a la mitad de la población ocupada y, dentro de esta, hay una proporción importante que no cotiza a ningún régimen, ya sea por evasión empresarial, porque están en ocupaciones de baja productividad con salarios menores al mínimo o en micro y pequeñas empresas sin capacidad para aportar el mínimo legal o porque el marco normativo les excluye como a los funcionarios públicos hasta hace algunos años.

Por otro lado, los altos niveles de fragmentación y segmentación contribuyen a reducir la eficiencia del sistema en su conjunto, ya que hay regímenes que incluyen salud y jubilación, otros solo salud y otros solo jubilación. La mayoría de ellos tienen requisitos de acceso y prestaciones diferenciadas, dando lugar a fuertes inequidades y al debilitamiento del pilar solidario.

Si bien en los últimos años se han aprobado leyes que permiten la inclusión al IPS de trabajadores independientes y de funcionarios públicos, aunque en el primer caso, los bajos niveles de ingresos laborales y el alto nivel de aporte obligatorio, hacen inviable la cotización.

## Aumenta el endeudamiento, lo cual pone en riesgo el necesario aumento de la inversión social

Como contrapartida a la falta de recursos provenientes del sistema tributario, el endeudamiento es la estrategia que los últimos dos gobiernos están utilizando para financiar las políticas e, incluso, pagar deudas anteriores.

A corto plazo, el aumento de la deuda obligará a reducir el aumento de la inversión social e incluso a la reducción de los escasos presupuestos bajo el argumento de la necesidad de “austeridad”. De hecho, a pesar de la baja inversión social en sectores clave como la salud, la educación, la niñez trabajadora y las mujeres, el proyecto de presupuesto 2021 ya incluye reducciones en estas áreas.

Los niveles de inversión social en Paraguay son bajos, ubicando nuestro país entre los de menos prioridad fiscal en la región, lejos de las recomenda-

ciones internacionales y de los promedios verificados por los países que se encuentran con un mejor posicionamiento en el desarrollo.

En el caso de la salud, el nivel mínimo para garantizar una provisión de servicios medianamente aceptable es del 6% del PIB (producto interno bruto); sin embargo, Paraguay destinó en 2019 apenas el 2,1%, considerando la Administración Central y el doble (4,2%) al incluir los recursos de la seguridad social (IPS). Ver Tabla 2.

**Tabla 2.**  
**Evolución de la prioridad fiscal de la inversión social por funciones (% del PIB).**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	5,4	5,3	5,7	6,4	6,3	5,8	7,0	6,4	7,3	8,6	8,4	8,6	9,1	8,9	9,0	9,3	10,2
Salud	0,7	0,7	1,0	1,1	1,2	1,0	1,5	1,4	1,6	2,0	1,7	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	2,1
Promoción y acción social	2,0	1,7	0,1	0,6	0,7	0,6	1,1	0,9	1,3	1,5	1,7	1,6	1,9	1,8	2,2	2,2	2,2
Seguridad social	-	-	1,7	1,6	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,5	1,6	1,7	1,9	1,8	1,5	1,6	2,0
Educación y cultura	2,4	2,7	2,7	2,8	2,7	2,7	3,0	2,8	3,0	3,4	3,2	3,1	3,3	3,0	3,0	3,2	3,4
Ciencia, tecnología y difusión		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Relaciones laborales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Vivienda, urbanismo y servicios comunitarios	-	-	-	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	-	0,1	0,1	0,2	0,2
Otros servicios sociales	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0

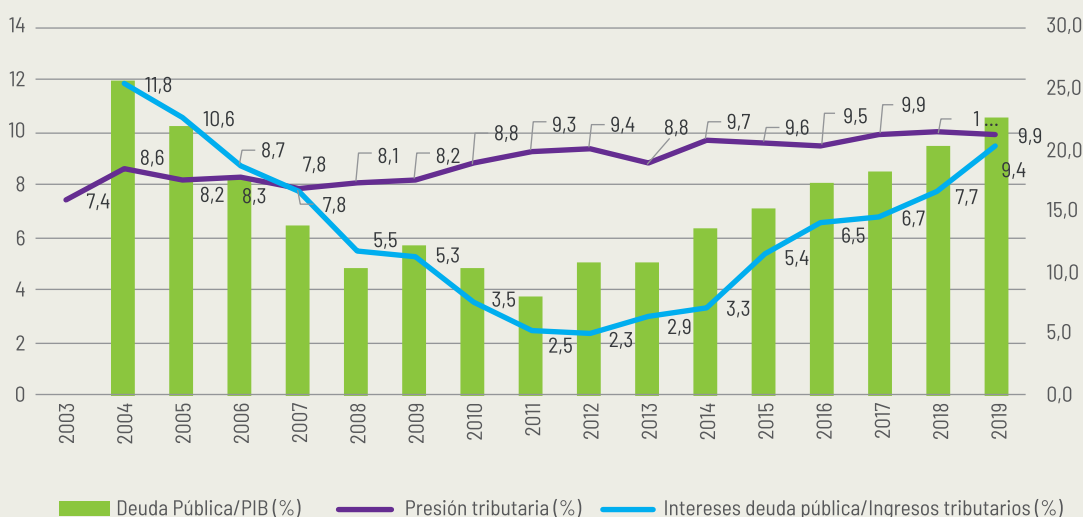
Fuente: SIAF. Sistema BOOST. Recuperado en Junio de 2020.

La llegada de la pandemia del COVID-19 y la nula capacidad estatal para contrarrestar mínimamente sus efectos es una muestra clara del limitado espacio fiscal. El endeudamiento tenderá a empeorar la situación teniendo en cuenta que se requerirán recursos para pagar no solo los intereses y comisiones sino también empezar a amortizar el capital. De hecho, dada la incapacidad del Estado de pagar los compromisos asumidos con las recaudaciones

tributarias, las últimas gestiones de gobierno han debido contratar deuda para pagar deudas anteriores. Esta proporción ha ido aumentando paulatinamente, hasta llegar a más del 65% según el proyecto de presupuesto 2021.

Gráfico 2.

Evolución de la prioridad fiscal de la inversión social, presión tributaria, endeudamiento (% del PIB)



Fuente: elaboración propia con base en datos del Ministerio de Hacienda y del Banco Central del Paraguay.



## El financiamiento al pilar de salud de la protección social

El Estado paraguayo asumió compromisos nacionales e internacionales que lo obligan a garantizar servicios de salud en tres condiciones: a) la eliminación de barreras económicas, sociales, geográficas, culturales; 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.

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, royalties, etc.) deben unificarse para que las personas contribuyan según su capacidad y reciban servicios según su necesidad.

Como ya se observó la primera dificultad que enfrenta en financiamiento de la política sanitaria es la baja prioridad fiscal de la salud y de la cobertura de la seguridad social. En contrapartida, Paraguay es uno de los países de mayor gasto de bolsillo. Básicamente significa que las personas son excluidas de su derecho a la salud por falta de recursos, ya que el acceso a los servicios sanitarios depende de la capacidad de pago individual o familiar.

Si bien Paraguay ha venido aumentando su gasto público en salud en la última década, este gasto permanece bajo y al considerar el gasto privado, este resulta uno de los más altos de la región (Gaete, 2017). Las cuentas satélite de salud reunidas en dos documentos elaborados por el Ministerio de Salud muestran las tendencias en el tiempo en dos periodos 2005-2009 (MSPBS, 2010) y 2012-2016 (MSPBS, 2018). Ver Tabla 3.

**Tabla 3.**  
**Gasto total (público y privado) en salud (% del PIB)**

Gasto	2005	2006	2007	2008	2009	2012	2013	2014	2015	2016
Gasto total/PIB	7,3	7,4	7,1	7,8	8,5	7,6	7,0	7,6	7,8	8,1
Gasto público/PIB	2,4	2,7	2,7	3,6	4,1	4,1	3,5	4,1	4,2	4,2
Gasto MSPBS/PIB	1,4	1,7	1,7	1,5	2,1	2,6	2,3	2,8	2,8	2,6
Gasto IPS/PIB	1,0	1,0	1,0	2,1	2,0	1,4	1,2	1,5	1,5	1,6
Gasto privado/PIB	4,9	4,7	4,4	4,2	4,5	3,5	3,4	3,5	3,6	3,9

Fuente: MSPBS (2010), Cuentas satélite en salud. Asunción. MSPBS (2018). Paraguay. Cuentas de 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. 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 y un determinante de la desigualdad.

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.

El alto peso del gasto de bolsillo en las poblaciones de menores recursos tiene como contrapartida un menor acceso al sistema de salud, lo que a su vez resulta en peores condiciones de vida. Gaete (2017:10) señala que la mortalidad infantil en este grupo poblacional es 26 veces más alta que en la población más rica.

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 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 (Banco Mundial, 2014: 25).

Una enfermedad o la inhabilitación o la muerte de un proveedor conlleva la pérdida de activos o el empobrecimiento. La presencia de personas adultas, enfermas o con discapacidad en una familia con un Estado sin servicios de prevención o rehabilitación y atención especializada no solo constituye un obstáculo para las oportunidades de otros miembros de la familia, especialmente de las mujeres, principales responsables del cuidado, sino en general para la eficiencia económica. Una fuerza laboral sana y con protección financiera frente a la enfermedad es una condición para la acumulación del capital humano necesario para la producción.

En contrapartida al bajo nivel de inversión en la salud pública, el Estado ha desviado recursos hacia el sector privado en seguros –llamados seguros VIP– y tercerizaciones. Una revisión de los contratos encuentra un rápido aumento de los recursos en la última década pasando en 2010 de Gs. 80.000 millones –4,4% del gasto en salud– a Gs. 500.000 millones en 2018 –11,7% del gasto en salud–. En ese periodo, mientras el gasto público en salud aumentó 140%, el monto de los contratos privados de salud se incrementó en más del 500% (Serafini, 2020).

Estos recursos contribuyen a la ineficiencia pública ya que son recursos públicos a “fondo perdido”. Es decir, cada año el Estado tiene que renovar el contrato y volver a pagar por cada funcionario o parlamentario aun cuando no use el seguro.

La situación se agrava si consideramos que la edad de quienes integran el servicio civil es relativamente baja y son personas con un estado de salud bueno en promedio. El sector público le paga al sector privado por atender una población joven y más sana y cuando se jubilan y son más propensos a sufrir enfermedades, estas personas pasan a utilizar los servicios públicos. Durante el periodo de la pandemia, esta población pasará a ser atendida por el sector público.

La población cubierta con los seguros privados, y sus recursos, deberían ir pasando al IPS paulatinamente a medida que se fortalezcan los servicios de esta entidad con una fuerte inversión en infraestructura.

El actual del sistema de salud está, al mismo tiempo, compuesto y fragmentado por un subsistema público financiado con impuestos y en menor medida royalties y compensaciones, un subsistema de seguridad social basado en el aseguramiento, un subsistema privado de prepago y transferencias al sector privado para la atención de funcionarios públicos. Esta fragmentación constituye un obstáculo para la eficiencia del sistema, el aumento de la cobertura y calidad y la reducción de las desigualdades.



## El financiamiento al pilar de ingresos de la protección social

La garantía de un ingreso básico para solventar las necesidades vitales, constituye un derecho actualmente indiscutible sobre todo en la niñez y en las personas mayores. Los principales programas en este sentido en Paraguay son Tekoporã, la pensión alimentaria para personas mayores y las jubilaciones y pensiones.

En este pilar también hay problemas importantes en materia de financiamiento, pues todos tienen baja cobertura. Por un lado, Tekoporã y pensión para adultos mayores, porque fundamentalmente no existe voluntad política de dotarles de mayor presupuesto para que lleguen a la totalidad de las familias en situación de pobreza o alta vulnerabilidad. Por el otro, las jubilaciones y pensiones, debido a la informalidad laboral y el diseño de los mecanismos de acceso a la seguridad social del Instituto de Previsión Social (IPS) se excluyen a amplios grupos poblacionales como la agricultura familiar, el trabajo por cuenta propia o las mujeres que no trabajan para el mercado.

Adicionalmente, en el caso de la caja fiscal –que es el principal mecanismo de acceso a jubilaciones en el sector público– el déficit ha ido creciendo en los últimos años debido al régimen policial y militar. Este déficit se financia con recursos genuinos, es decir con impuestos. Un estudio realizado en 2015 encontró que el 53,5% de los recursos totales de Protección Social se dirigieron a la pensión alimentaria para personas adultas mayores en situación de pobreza (29,1%) con una cobertura reportada en 2015 de unos 150.000 titulares, y a los fondos, para cubrir el déficit de la caja de militares y policías (23,6%), con una cobertura de 16.000 titulares entre policías y militares ([Serafini, 2017](#)).

Esta proporción se mantiene actualmente, indicando el alto peso que tiene el déficit de las cajas fiscales y la necesidad de hacer una fuerte revisión para lograr su sostenibilidad. El proyecto de presupuesto 2021 señala que, del total de transferencias financiadas con impuestos, el 38% es para el déficit de las cajas fiscales, el 34% para la pensión alimentaria, el 10% para Tekoporã y otros programas pequeños como Abrazo y subsidio a pescadores, 9% para alimentación escolar y el 9% restante para otros programas.

La gran cantidad de regímenes jubilatorios públicos y privados con diferentes condiciones de entrada y prestaciones y su diseño sesgado hacia el trabajo formal contribuyen a profundizar las desigualdades económicas. Las personas que cuentan con jubilaciones se encuentran en los quintiles de mayor nivel de ingreso.

Frente a esta situación excluyente, se crearon programas dirigidos a las personas en situación de pobreza o vulnerabilidad –Tekoporã, pensión alimentaria para personas mayores, Abrazo, subsidio a pescadores, entre otros– cuyos montos son sumamente bajos, lo cual no permite generar condiciones para una vida digna.

Esta matriz programática tiene grandes vacíos en los sectores que están por encima de la línea de pobreza (quintil 3 y quintil 4). Esto se notó claramente en la pandemia. Casi la mitad de la población no cuenta con ingresos mínimos suficientes para vivir, tampoco seguridad social, ni está cubierta por los programas contra la pobreza. Este sector tiene un alto riesgo de caer en pobreza ante cualquier shock como la pérdida de empleo o la muerte de uno de los proveedores de la familia, la enfermedad de uno de los integrantes o, en el caso de la agricultura familiar, un evento agroclimático que destruya la cosecha.

Desde la creación del Instituto de Previsión Social (IPS) y los diferentes regímenes públicos, ha ido aumentando paulatinamente la proporción de aportantes al sistema jubilatorio; no obstante, los aportes permanecen bajos y, en el caso de las cajas fiscales, los aportes no son suficientes, por lo que se ha generado un déficit que aumenta de manera persistente.

Paraguay se encuentra atravesando por cambios demográficos, sociales y culturales en el medio de la persistencia de importantes desigualdades. El proceso de envejecimiento y el aumento de las enfermedades crónicas exigen cambios en las políticas sanitarias y de seguridad social. Pero, por otro lado, las mayores credenciales educativas de las mujeres y el bono demográfico ofrecen la oportunidad de ampliar el aporte de las mujeres y la juventud al fortalecimiento de la base contributiva y solidaria del sistema previsional.

Para que confluyan equilibradamente las nuevas necesidades y demandas junto con la ampliación de las oportunidades, se requieren más y mejores políticas públicas. Una trayectoria más rápida hacia la garantía de los derechos a la salud y a la protección social reduciendo las brechas, la sostenibilidad del crecimiento económico y, en definitiva, el desarrollo del país demanda cambios en los mecanismos de financiamiento de las políticas públicas.

La baja e inequitativa presión tributaria y la escasa cobertura de la seguridad social configuran un estrecho espacio fiscal para financiar el aumento de las coberturas de salud, para lograr un piso mínimo de protección social y la reducción de las brechas existentes en ambos ámbitos.

A las restricciones del sistema tributario y de las contribuciones sociales se agregan el aumento del endeudamiento público, lo que está obligando al Ministerio de Hacienda a destinar cada vez más recursos al pago de los compromisos externos y generando políticas de “austeridad” que no solo no contribuyen a los objetivos de los sistemas de salud y protección social, sino que además impiden la reducción de las desigualdades. A continuación, se presentan una serie de recomendaciones dirigidas a aumentar el volumen y la eficiencia del gasto social actual en salud y protección social:

- 1 Aumentar la eficiencia de los gastos en salud a partir de las siguientes acciones:
  - a. Incorporar progresivamente en el IPS a los funcionarios públicos y redireccionar los recursos públicos dirigidos a financiar seguros privados hacia dicha institución.
  - b. Modificar el sistema de contrataciones públicas de manera a eliminar sobrefacturaciones, tráfico de influencia y colusión empresarial.
  - c. Evaluar con estudios de costo-eficiencia anualmente todos los recursos destinados a tercerizaciones de servicios públicos hacia el sector privado.

- 2 Crear un fondo de salud para el financiamiento del sistema universal de salud que garantice la protección financiera, teniendo como pilar fundamental la solidaridad. La juventud, las personas sanas y las que tienen mejores ingresos que contribuyan para solventar los costos de aquellas personas que se espera consuman más servicios y quienes resulten más afectados económicamente por utilizarlos: las personas de mayor edad, los enfermos y los que tienen menos ingresos.
- 3 Elevar la presión tributaria para aumentar el gasto público en salud, para reducir el gasto de bolsillo y aumentar las prestaciones no contributivas como Tekoporã, Abrazo, Pensión Alimentaria para personas mayores. El aumento de la presión tributaria puede llevarse a cabo a través de:
  - La progresividad del impuesto a la renta personal.
  - La implementación de un impuesto al patrimonio o a las grandes riquezas.
  - La reducción de los beneficios tributarios –deducciones y exoneraciones– al impuesto a la renta personal, al capital extranjero y a las grandes empresas.
  - El aumento de las tasas a bienes dañinos para la salud y que tienen costos para la política sanitaria: tabaco, alcohol, comida chatarra, bebidas azucaradas (gaseosas).
  - La reducción de la evasión y elusión de los grandes contribuyentes, incluyendo las empresas multinacionales que utilizan la manipulación de precios de transferencia.
  - El aumento de las recaudaciones del impuesto inmobiliario con un aumento progresivo del valor fiscal de las tierras rurales para lograr su convergencia final al valor del mercado.
- 4 Reforma de la caja fiscal para reducir el déficit y las desigualdades en las contribuciones y prestaciones y garantizar su sostenibilidad financiera en el largo plazo (30-50 años).
- 5 Aumento de la cobertura de jubilaciones (aportantes al IPS) reduciendo la evasión y creando un mecanismo de coparticipación para los colectivos laborales cuyos ingresos son muy bajos, para solventar su incorporación a la seguridad social.

- 6 Crear un mecanismo de transparencia para garantizar la rendición de cuentas desde el sector público y la auditoría ciudadana que permita acceder a información actualizada de:
  - a. Precios y costos de servicios de salud financiados con fondos públicos, tanto de la Administración Central como de entes descentralizados, gobernaciones, municipios y entes binacionales.
  - b. Evaluaciones de costo-eficiencia de los servicios de salud financiados con fondos públicos.
  - c. Uso de la deuda para financiar la función salud.
  - d. Gasto de bolsillo en salud.
  - e. Presupuestos por programas y sus resultados en tiempo real y manteniendo la estructura presupuestaria para garantizar el seguimiento de los mismos.

¿Qué **ER** forma?  
pensando  
el Estado  
pospandemia

**CADEP**  
Centro de Análisis y Difusión  
de la Economía Paraguaya

Apoyan:

**NED** National Endowment  
for Democracy  
*Supporting freedom around the world*

**py** paraguay  
debate

© Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP  
Piribebuy 1058, Asunción - Paraguay  
Teléfonos: 452 520 / 454 140 / 496 813  
Asunción, octubre 2020

[www.cadep.org.py](http://www.cadep.org.py)