



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



Organización  
Internacional  
del Trabajo

# PARAGUAY

---

Panorama de la protección social:  
diseño, cobertura y financiamiento





# PARAGUAY

---

Panorama de la protección social:  
diseño, cobertura y financiamiento

Pablo Casalí  
Mario Velásquez

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2016  
Primera edición 2016

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

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

---

Pablo Casalí y Mario Velásquez  
*Paraguay. Panorama de la protección social: diseño, cobertura y financiamiento*  
Santiago, Organización Internacional del Trabajo, 2016

ISBN 978-92-2-331116-2 (impreso)  
ISBN 978-92-2-331117-9 (web pdf)

protección social / seguridad social / política de la seguridad social / vacíos en la cobertura  
financiamiento / Convenio de la OIT / Recomendación de la OIT / Paraguay

Datos de catalogación de la OIT

---

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

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

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

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

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

---

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

# Índice

<b>Prólogo</b>	7
<i>Fabio Bertranou, Director de la Oficina de la OIT para el Cono Sur de América Latina</i>	
<b>Prólogo</b>	11
<i>Guillermo Sosa Flores, Ministro de Trabajo, Empleo y Seguridad Social</i>	
<b>Glosario</b>	15
<b>Resumen ejecutivo</b>	17
<b>I. Introducción</b>	21
<b>II. Elementos del contexto</b>	25
1. Tendencias de la protección social	25
2. La estrategia de la OIT para la extensión de la cobertura de seguridad social	28
3. Aspectos demográficos	37
4. La transición epidemiológica	39
5. El contexto económico	43
6. El mercado laboral	46
<b>III. Evolución y configuración actual de la seguridad social</b>	57
1. Garantía de atención de salud esencial	62
2. Garantía de seguridad de ingresos para niños y adolescentes	79
3. Garantía de ingresos para personas en edad de trabajar	82
4. Garantía de ingresos para adultos mayores	88
<b>IV. Los desafíos para aumentar la cobertura</b>	101
1. La coordinación y el fortalecimiento institucional	101
2. El espacio fiscal	104
<b>V. Conclusiones</b>	111
<b>VI. Bibliografía</b>	115



# Prólogo

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

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

El presente estudio tiene por objeto ofrecer un análisis integral de la protección social en Paraguay teniendo como referencia la legislación nacional, las Normas Internacionales del Trabajo y la experiencia comparada, con énfasis en el diseño, financiamiento y desempeño del sistema de seguridad social. En esta línea de análisis, el Convenio sobre norma mínima de seguridad social (C102, 1952), la Recomendación sobre los pisos nacionales de protección social (R202, 2012) y la Recomendación sobre transición de la economía informal a la formal (R204, 2014), brindan el marco de referencia de las Normas Internacionales del Trabajo para la estructura del estudio. Asimismo, este trabajo puede ser considerado como una aplicación al caso paraguayo del estudio regional sobre *Estrategia de Desarrollo de los Sistemas de Seguridad Social de la OIT* (Bertranou, Casalí y Schwarzer; 2014).

La OIT estableció su estrategia para abordar el desafío de ampliar la cobertura de seguridad social a partir del desarrollo de sistemas integrales (Resolución y

Conclusiones adoptadas en el marco de la Conferencia Internacional del Trabajo del 2011). Además de reafirmar que la seguridad social constituye un derecho humano y a la vez una necesidad económica y social, la CIT señaló también que subsanar las insuficiencias de cobertura constituye el mayor desafío para lograr un crecimiento equitativo, cohesión social y trabajo decente para todos. Para ello se subrayó la necesidad de abordar la extensión de la cobertura sobre la base de una estrategia bidimensional que promueva sistemas integrales de seguridad social. Una dimensión horizontal o cuantitativa que refiere al porcentaje de la población que está protegida por el sistema y la dimensión vertical o cualitativa que remite a los tipos de contingencias cubiertas por el sistema nacional y el nivel de las prestaciones.

Paraguay presenta altos niveles de desprotección, una alta fragmentación del sistema y una falta de coordinación interinstitucional que establezca las bases de un sistema integral de seguridad social. Bajo este contexto, esta publicación busca constituirse en un instrumento para la discusión y la búsqueda de consensos respecto de las políticas que podrían impulsar la ampliación progresiva de la seguridad social en el país. La ampliación de la cobertura de seguridad social es una prioridad para el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, reflejándose en su plan estratégico y en el Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030 que en su estrategia 2.1–Empleo y Seguridad Social– textualmente plantea como objetivo: *universalizar la cobertura de seguridad social*.

En esta búsqueda de la cobertura universal, la nueva institucionalidad laboral desde la creación del Ministerio de Trabajo a partir del 2014 juega un rol importante. El fortalecimiento institucional de su Dirección General de Seguridad Social, sumado a los distintos productos protegidos por la colaboración técnica de la OIT permitió posicionar al MTESS en su rol de rectoría referido a la seguridad social en Paraguay y liderar el desarrollo del conocimiento y mesas de discusión acerca de los lineamientos que podrían impulsar la ampliación de la cobertura de los distintos subsistemas. De esta forma, el libro presenta un análisis integral de la situación actual y visualiza algunos caminos y lineamientos para mejorar temas relativos al diseño, desempeño y financiamiento, proporcionando insumos importantes a los constituyentes de la OIT, es decir, al gobierno nacional, a las organizaciones de empleadores y de trabajadores y a los actores sociales en general, elementos conceptuales, estadísticos y prospectivos en los que apoyarse al momento de dar un debate respecto de las mejores políticas para el país.

El trabajo contribuye para la puesta en práctica de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible impulsada por Naciones Unidas. El programa *Transformar Nuestro Mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* da continuidad al trabajo realizado bajo la Agenda de Desarrollo del Milenio. Se trata de un programa ambicioso que supone avanzar desde los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015), de carácter autónomo, hasta la plataforma amplia de 17 objetivos que constituyen una visión integrada para el desarrollo sostenible. En esta perspectiva,



se articulan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y medioambiental.

La Agenda 2030 es el instrumento con que la comunidad internacional se propone poner fin a la pobreza. El concepto de trabajo decente está presente en esta nueva agenda con un objetivo específico: *promover el crecimiento económico, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos*. Su consideración se constituye en un elemento importante para la reducción de la pobreza y el desarrollo social en Paraguay, contemplado en el eje estratégico 1 del Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030.

Una versión preliminar del presente documento fue presentada en la actividad de formación tripartita organizada por el Centro de Formación de la OIT en Turín y la Oficina de la OIT para el Cono Sur de América Latina: *Estrategias para la extensión de la protección social en Paraguay*, llevada a cabo en Asunción del 23 al 27 de noviembre de 2015. Esta actividad de formación incluyó una sesión especial para compartir las líneas del trabajo, instancia que contó con la participación de funcionarios de gobierno, representantes de organizaciones de trabajadores y de empleadores y la participación de distintas agencias del Sistema de Naciones Unidas.

Este estudio ha sido elaborado por un equipo de trabajo conformado por Pablo Casalf (Especialista en Protección Social de la OIT) y Mario Velásquez (consultor OIT). Los coordinadores del trabajo desean expresar un reconocimiento especial a Mónica Recalde de Giacomi, Directora General de Seguridad Social del MTESS, por sus contribuciones en diversos capítulos y la revisión integral del documento. Además, Mónica Recalde puso a disposición de la OIT un inventario extenso de la literatura disponible acerca de la evolución y configuración actual de la seguridad social en Paraguay y coordinó distintas reuniones institucionales para profundizar algunos análisis del diagnóstico.

El equipo de trabajo se benefició con los comentarios y contribuciones realizados por Ernesto Abdala (OIT, Asunción), Luis Casanova (OIT, Buenos Aires), Gisele Morinigo (MTESS), Víctor Molinas (IPS), Gricelda García (MTESS), Alejandra Garcete (MTESS), Raúl Silvero (MTESS), Paola Franco (MTESS), Guillermo Delgado (MTESS) y Diego Flores (MTESS). Finalmente, un agradecimiento al Ministerio de Hacienda, la Secretaría de Acción Social y el Instituto de Previsión Social quienes proporcionaron información cuantitativa y aclaraciones importantes respecto del funcionamiento de los distintos programas en cada caso.

Santiago, octubre de 2016



# Prólogo

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

**A**cogemos con gran satisfacción el excelente y relevante trabajo promovido por la Oficina de Países de la OIT para el Cono Sur de América Latina que, en colaboración con la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, presentan este estudio acerca del panorama de la protección social en Paraguay. Esta publicación tiene como objetivo principal otorgar una visión amplia de las condiciones de protección social y nos conduce a reflexionar respecto de los desafíos de su desarrollo y las principales formas de extender la cobertura a todos los trabajadores.

En el año 2014, luego de la separación del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social como una institución autónoma del Ministerio de Justicia (Ley 5115/2013) se le asignó a este ministerio ser el ente rector de las políticas sociolaborales, suscribiendo el Acuerdo Tripartito firmado entre el gobierno nacional, el sector empresarial, los representantes sindicales y la OIT, a fin de llevar adelante el Programa Nacional de Trabajo Decente en Paraguay.

Dicho Acuerdo Tripartito constituyó el compromiso de la OIT de efectuar programas de colaboración técnica en las dependencias misionales del Ministerio, y principalmente llevar adelante el plan de fortalecimiento de la rectoría en seguridad social. En tal sentido, el apoyo técnico brindado por la OIT a la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social ha sido fundamental para generar visibilidad y capacidad instalada para impulsar sus propias iniciativas, estudios y análisis de la problemática de la seguridad social no solo desde el aspecto nacional, sino también dentro del contexto regional, liderando de esta forma, como ente rector, los procesos, discusión y generación de propuestas respecto de las políticas vinculadas al área de su competencia.

La seguridad social es un derecho y, por ello, todas las personas como miembros de una sociedad, tienen derecho a la seguridad social (Declaración Universal de los Derechos Humanos). En tal sentido, los sistemas de protección social son mecanismos para proveer seguridad en los ingresos, reducir la pobreza y promover la igualdad, la inclusión social y el trabajo decente. Además, si son ideadas desde una perspectiva integral, originan mayor empleabilidad y productividad y apoyan el desarrollo económico.

Paraguay se caracteriza por poseer un sistema fragmentado de seguridad social, con numerosas debilidades como una baja cobertura, heterogeneidad de parámetros entre las diferentes cajas de jubilaciones y pensiones y un diseño que no abarca la cobertura a todos los trabajadores, pero presenta una estructura demográfica representada por una predominante población joven que le otorga un plus a Paraguay a diferencia de otros países de la región.

Durante los últimos tres años Paraguay ha adoptado varias medidas para reducir las brechas de cobertura y disminuir la informalidad mediante planes de formalización y lucha contra la ilegalidad. Los consensos tripartitos llevados a cabo en las mesas de diálogo social, en el que se han definido importantes medidas entre todos los sectores respecto de la importancia de reforzar las políticas de protección social, constituyeron la institucionalización del diálogo como herramienta para la definición de políticas públicas.

Sin lugar a dudas, Paraguay presenta grandes desafíos para ampliar su cobertura. Reforzar la institucionalidad de las entidades que operan en el sector, así como el liderazgo del órgano rector, constituyen componentes primordiales para obtener un sistema de seguridad social sólido, con diseño y ejecución de políticas y programas integrados.

El gobierno nacional, por medio de las principales instituciones representadas por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y el Ministerio de Hacienda, tienen una hoja de ruta trazada para obtener un modelo acorde a la realidad del país: el diseño de un sistema integrado, sostenible y equitativo de seguridad social mediante políticas enfocadas a disminuir la informalidad, ejercer un control en la evasión y atender a los trabajadores que se encuentran fuera del sistema. Asimismo, la disposición de datos y estudios actuariales y el acceso a más y mejor información permitirá evaluar si el sistema cumplirá con las funciones de prevención de la pobreza en la vejez y el mantenimiento del nivel de vida después de la jubilación.

El primer paso está dado. Colocar el tema de la reforma de pensiones en el centro de la agenda nacional por su impacto potencial en la reducción de la pobreza durante la vejez y la creación de empleo formal para los ciudadanos de bajos ingresos y de las clases medias emergentes, acompañado de la optimización del mercado

laboral como mecanismo eficaz para generar ahorro, son los principales objetivos de un plan sumamente ambicioso pero no imposible a mediano plazo.

En este marco, el presente trabajo tiene por objeto evaluar el desempeño de la protección social en Paraguay, tomando en consideración los lineamientos establecidos por las Normas Internacionales del Trabajo correspondientes a la seguridad social, más precisamente el Convenio 102 (norma mínima) y la Recomendación 202 relativa a los pisos de protección social. El estudio aborda la situación desde diferentes enfoques: la sistematización y el análisis del actual modelo de seguridad social en Paraguay, el funcionamiento del sistema y su financiamiento -que se encuentra vinculado con las diversas fuentes de recursos (ya sean contributivos, como los de impuestos generales)- y la seguridad económica y el acceso a los servicios de salud. El trabajo toma como referencia no solo los aspectos de la legislación nacional sino que también abre la discusión desde el punto de vista de la sostenibilidad del sistema de seguridad social, el mercado de trabajo, los procesos de control y supervisión y la economía en su conjunto.

En líneas más generales, confiamos que esta publicación sirva como elemento conceptual, estadístico y prospectivo, en los que tanto el gobierno nacional como las organizaciones de trabajadores y empleadores puedan apoyarse al momento del debate respecto de las políticas de protección social para las próximas décadas.

Asunción, octubre de 2016



# Glosario

---

AISS	Asociación Internacional de la Seguridad Social
BCP	Banco Central del Paraguay
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CADEP	Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya
CAN	Censo Agropecuario Nacional
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIET	Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo
CIT	Conferencia Internacional del Trabajo
DES	Dirección de Estadísticas en Salud
DGE	Dirección General de Empleo
DGEEC	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos
DIGIES	Dirección General de Información Estratégica en Salud
DNVS	Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
INAN	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
LRF	Ley de Responsabilidad Fiscal
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MJT	Ministerio de Justicia y Trabajo (ex)

MTESS	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
OISS	Organización Iberoamericana de Seguridad Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANI	Programa Alimentario Nutricional Integral
PGN	Presupuesto General de la Nación
PIB	Producto Interno Bruto
PNC	Pensión no Contributiva
PPR	Presupuesto por Resultados
RISS	Red Integrada de Servicios de Salud
SAS	Secretaría de Acción Social
SINAFOCAL	Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral
SNNA	Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia
SNPP	Servicio Nacional de Promoción Profesional
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSIEV	Subsistema de Información de Estadísticas Vitales
TBN	Tasa Bruta de Natalidad
TGF	Tasa Global de Fecundidad
TMG	Tasa de Mortalidad General
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USF	Unidad de Salud Familiar



# Resumen ejecutivo

---

Este libro desarrolla un diagnóstico respecto de la situación actual de la protección social en Paraguay con base en la información analítica actualizada respecto de la cobertura efectiva de la población frente a un conjunto de riesgos que se presentan durante el ciclo de vida. Para ello, la estructura del estudio se ha basado en las disposiciones del Convenio 102 sobre norma mínima en seguridad social y la Recomendación 202 sobre los pisos de protección social, ambos de la Organización Internacional del Trabajo. Estos acuerdos internacionales constituyeron la base para analizar el sistema de la seguridad social, buscando evaluar su desempeño en términos de cobertura, financiamiento y suficiencia de sus prestaciones en seguimiento a sus principales disposiciones.

Estos instrumentos jurídicos sumados a otros que exigen mayores umbrales de protección social, constituyen la base de la estrategia bidimensional de extensión de la cobertura de seguridad social de la OIT. La estrategia se basa en dos dimensiones disímiles pero complementarias: una horizontal y otra vertical. La dimensión horizontal o cobertura cuantitativa hace referencia al porcentaje de la población que está protegida por el sistema y la dimensión vertical o cobertura cualitativa se refiere a los tipos de contingencias cubiertas y al nivel de las prestaciones. A partir de este análisis se busca identificar las brechas de cobertura e identificar los principales desafíos de política pública para progresar en su extensión. El análisis destaca especialmente aquellas cuestiones de carácter institucional como también aquellas relativas al espacio fiscal para garantizar avances progresivos y sostenibles en el tiempo.

Los resultados obtenidos muestran que, no obstante las significativas mejoras logradas en materia de extensión de la cobertura de la protección social en los últimos años, aún persisten importantes brechas en cada una de las áreas analizadas. Así,

por ejemplo, a pesar del aumento de los recursos públicos destinados a asegurar el acceso de la población a servicios esenciales de salud y el incremento de los beneficiarios del seguro social de salud (IPS) y otros programas contributivos de salud, permanecen grandes brechas evidenciadas en la situación de que el acceso efectivo a estos servicios sigue dependiendo crucialmente del gasto de bolsillo de las personas.

En este sentido, resulta imperioso seguir profundizando las políticas iniciadas en 2008 relacionadas con el desarrollo de acciones que aseguren el acceso universal a los servicios esenciales de salud, mediante una efectiva descentralización de los servicios y potenciando las inversiones en infraestructura y equipamiento. Asimismo, desarrollando aquellos componentes de la institucionalidad aún rezagados.

Por otra parte, en materia de protección de niños y adolescentes, la implementación de programas de transferencias condicionadas ha permitido beneficiar a importantes segmentos de la población objetivo y, como en el caso del Programa *Tekoporá*, aumentar en forma sostenida la cobertura de las familias beneficiadas, alcanzando un alto grado de eficacia en el uso de los recursos. Un mayor alcance en esta dimensión puede ser logrado por la vía de institucionalizar esta experiencia como una red de apoyo a la población vulnerable, lo que permitiría ampliar sus efectos hacia mayores segmentos de beneficiarios y coordinar las acciones de otros programas complementarios orientados a un mismo grupo objetivo.

Un esquema como el señalado facilitaría la coordinación interinstitucional que se requiere para diseñar la trayectoria de los beneficiarios hacia la formación profesional y la inserción productiva en los mercados de trabajo, con el propósito de capitalizar los logros ya obtenidos en materia de salud y desarrollo de la niñez y adolescencia en etapas previas a su vida laboral.

La protección frente a los riesgos en la edad laboral activa también presenta brechas importantes. Por una parte, el país no cuenta con un esquema de protección ante el desempleo y los servicios de empleo aún son incipientes y faltos de recursos para asegurar un funcionamiento pleno. Por otra, Paraguay no dispone todavía de un sistema integral de protección contra los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, incluyendo los aspectos preventivos de la seguridad y salud en el trabajo. Los avances en esta materia solo se explican por el programa de riesgos laborales del seguro social, un área en la que se presentan oportunidades para fortalecer su ámbito de aplicación a partir de una revisión integral de su desempeño.

En materia de políticas y programas de formación profesional y capacitación laboral su impacto es limitado. Si bien se cuenta con el SNPP y el SINAFOCAL, la cobertura de beneficiarios solo alcanza al 6% de la fuerza de trabajo, un indicador muy lejos de la experiencia registrada en otros países de la región. Por esta razón, resulta importante promover el fortalecimiento institucional en materia de rectoría,

establecer vínculos permanentes con los sectores productivos y asegurar una cobertura efectiva para los grupos más vulnerables. Fundamentalmente se requiere asegurar la pertinencia y calidad de los servicios proporcionados conjuntamente con la necesaria coordinación con los servicios de empleo. Esto último adquiere especial importancia para disponer de una adecuada protección ante el riesgo de la pérdida de ingresos en la vida activa.

Finalmente, en la protección de los ingresos en la vejez también se han identificado brechas significativas. El componente contributivo, en donde se destaca la importancia del IPS y de la Caja Fiscal, presenta una cobertura de aportantes a la seguridad social del 56,5% de los asalariados y 25,9% de la fuerza de trabajo, la que se reduce a la mitad si se considera la densidad de los aportes previsionales. Además, la cobertura apenas supera el 14% de la población mayor de 65 años. Solo en los últimos años se han registrado avances por medio del programa no contributivo de garantía alimentaria para dicha población. El mismo es financiado con rentas generales, registra un creciente aumento de beneficiarios y la prestación equivale al 25% del salario mínimo.

En este ámbito surge un conjunto de tareas prioritarias. En efecto, el componente contributivo está fragmentado y se precisa de un marco regulatorio que garantice su adecuado funcionamiento tanto en las áreas de la gestión de la recaudación de los aportes como de la determinación de los beneficios, así como en las condiciones de elegibilidad y en la administración regulada de las inversiones de los recursos de los afiliados a las distintas cajas previsionales.

En un marco regulado como el sugerido, no solo se corregirían los severos desequilibrios de algunas instituciones y programas, como la Caja Fiscal, sino que sería posible avanzar en la ampliación del número de cotizantes actualmente excluidos –o de difícil inclusión–, pero siempre promoviendo la sostenibilidad económica financiera del sistema en el largo plazo. Este es un aspecto que ha quedado en evidencia con la ampliación de la cobertura registrada en el IPS en los últimos años. Resulta igualmente impostergable una discusión amplia acerca de la necesidad de introducir un pilar no contributivo que permita ampliar progresivamente la cobertura de los adultos mayores, en coordinación con el pilar contributivo y garantizando una identificación transparente de los beneficiarios, en tanto y en cuanto se siga trabajando por una cobertura universal.

Las brechas identificadas son considerables y requieren de una estrategia coordinada de políticas públicas y de su persistencia en el tiempo. Tales brechas reproducen en gran medida rasgos estructurales del funcionamiento de la economía paraguaya y se expresan fielmente en las características del mercado de trabajo. La concentración productiva de un modelo primario exportador, sometido a permanentes fluctuaciones por el cambio en las condiciones climáticas y por el impacto de las economías vecinas, la heterogeneidad productiva con pocas empresas con alta

productividad y bajo empleo y la mayoritaria presencia de empresas de menor tamaño, junto con la significativa importancia del empleo informal, configuran un contexto que impone severos límites para la ampliación de la cobertura de la protección social en el país.

Así, avances significativos en esta materia requieren de la adopción de un conjunto de políticas destinadas a reducir la informalidad. Ello es ineludible, aunque se trata de una vía compleja y con resultados perceptibles solo en el mediano y largo plazo. Sin embargo, avanzar con respuestas concretas frente a la urgencia de incrementar los niveles de protección en el corto y mediano plazo no solo es de alta prioridad, sino que es necesario y posible.

En efecto, la identificación de las políticas y programas de protección social en las dimensiones analizadas proporciona una perspectiva detallada pero también conjunta de los desafíos a abordar. La naturaleza de las brechas existentes y su cuantificación proporcionan una base indispensable para seleccionar un conjunto de políticas y acciones que permitan avanzar con efectividad en su reducción. Junto con desarrollar las potencialidades asociadas con una mayor coordinación y fortalecimiento de las instituciones existentes en las diversas áreas estudiadas, también se requerirá de mayores recursos para financiar las nuevas demandas de protección.

Desde esta perspectiva, adquiere crucial importancia identificar potenciales vías para generar el espacio fiscal que se requiere para reducir las brechas de protección identificadas, de un modo sostenible en el tiempo, y en el marco que otorga la actual ley de responsabilidad fiscal. Así, más allá de la mayor disponibilidad de recursos que se obtiene de la ampliación de la base tributaria por el mayor crecimiento económico y nuevos avances en la formalización de las actividades productivas, mayores recursos pueden ser obtenidos a partir de un reacomodo de la estructura impositiva, considerando la relativamente baja carga tributaria que exhibe el país respecto de las demás economías de la región. Complementariamente, una mayor eficacia y eficiencia en la administración del gasto público puede ser lograda mediante la corrección de los actuales desequilibrios de la Caja Fiscal y con la implementación gradual y progresiva del Presupuesto por Resultados, así como asegurar un uso eficiente del gasto tributario.

# I. Introducción

---

Esta publicación examina y analiza la evolución de la situación actual de la protección social en Paraguay desde la perspectiva de las Normas Internacionales del Trabajo de la OIT y los principios generalmente aceptados sobre seguridad social. Por su intermedio, pone a disposición de las autoridades gubernamentales, representantes de trabajadores y de empleadores, académicos y la sociedad civil en general, información analítica actualizada respecto de la cobertura efectiva de la población paraguaya frente a un conjunto de riesgos que se presentan durante el ciclo de vida.

El desempeño de la protección social ha ido adquiriendo un mayor protagonismo en las agendas de las políticas públicas, en el entendido de que no solo se constituye en un instrumento clave para compensar las diferentes desigualdades y para proteger a las personas, en su condición de rol asegurador, frente a las contingencias sociales, sino que también constituye el vehículo para promover oportunidades y capacidades para la integración social y el desarrollo productivo.

El marco de análisis utilizado se basa en dos normas internacionales del trabajo fundamentales: la Recomendación sobre los pisos nacionales de protección social, 2012 (R202) y el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (C102), los que proporcionan las dimensiones horizontal y vertical, respectivamente, de la estrategia bidimensional de la OIT de extensión de la cobertura de seguridad social. De este modo, el estudio busca identificar las brechas de cobertura bajo la protección de estas normas internacionales y subrayar los avances y desafíos en la promoción de políticas para caminar progresivamente hacia la cobertura universal.

El nuevo consenso acerca de seguridad social alcanzado en la 89.<sup>a</sup> Conferencia Internacional del Trabajo (CIT), celebrada en 2001, concedió máxima prioridad

a las políticas e iniciativas que puedan llevar la seguridad social a todas aquellas personas no cubiertas o excluidas de los sistemas existentes. Por su parte, en la Resolución adoptada por la CIT de 2008 se destaca que ... *la protección social es un medio importante para reducir la pobreza y la vulnerabilidad, así como para mejorar la salud, la alimentación y la tasa de alfabetización de las poblaciones, y aumenta mucho las oportunidades de lograr un crecimiento sostenible y equitativo, bienestar y una elevada productividad.*

Existe un consenso generalizado al afirmar que independientemente de las políticas e instrumentos utilizados en las últimas décadas para la extensión de la cobertura en el mundo y en América Latina, en particular, todavía existen importantes restricciones en el acceso efectivo a la protección social. En América Latina, el desarrollo de la protección social se ha basado históricamente en los seguros sociales contributivos y obligatorios. De todas formas, aún existen grandes brechas de protección que en mayor o menor medida son canalizadas por medio de políticas no contributivas o asistenciales y con resultados en materia de cobertura bien diversos.

En este sentido, la Recomendación 202 busca priorizar la implementación de políticas que garanticen la seguridad económica a lo largo de todo el ciclo vital y también el acceso a los servicios esenciales de salud. La estrategia de este instrumento internacional busca colaborar en la construcción de sistemas integrales de protección social, incluso en coordinación con las políticas activas de empleo, que tengan como punto de partida la configuración de un piso de protección social en el marco de un sistema que se representa como una escalera, como será abordado más adelante. Este piso da respuesta a las garantías de seguridad del ingreso y acceso a servicios esenciales de salud durante todo el ciclo de vida, base en la que se pudieran desarrollar o fortalecer los seguros sociales tradicionales u otros esquemas de protección social, sean estos obligatorios o voluntarios.

La adopción de la Recomendación 202 no define nuevos derechos sino que, por el contrario, reafirma y contribuye a la materialización del derecho humano a la seguridad social consagrado como tal en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y el Protocolo de San Salvador (1988)<sup>1</sup>, entre otros.

La ejecución del estudio se basó en el análisis de la información cuantitativa disponible, de encuestas y registros administrativos, así como también de la revisión del inventario de documentos analíticos referidos a las distintas dimensiones de la protección social y que fuera sistematizado al inicio del proyecto. Los resultados obtenidos muestran que a pesar de los avances en la ampliación de la cobertura de

---

<sup>1</sup> Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

la protección social en el país, persisten aún importantes brechas en cada una de las garantías consideradas.

Se observará que sobre la base de la naturaleza y magnitud de las distintas brechas, finalmente se plantean algunos lineamientos para dinamizar la ampliación de la cobertura en el país. Se subraya la necesidad de promover un sistema integral de protección social mediante una efectiva coordinación interinstitucional, dando importancia no solamente al fortalecimiento contributivo del sistema sino también a la necesidad de cubrir progresivamente a la totalidad de la población hoy excluida del sistema, mediante, por ejemplo, la política del piso de protección social estudiada en este libro.

En el capítulo que sigue a esta introducción se revisan los elementos del contexto en el que se sitúa el presente análisis, destacando el marco general de las tendencias de la protección social así como también los factores demográficos, de transición epidemiológica y los relativos al contexto económico y del funcionamiento del mercado de trabajo en Paraguay. En el capítulo siguiente se analiza la situación de la protección social en el país a la luz de las cuatro garantías que durante el ciclo de vida promueve la Recomendación 202; seguridad económica y acceso a salud. Finalmente le siguen el capítulo destinado a los lineamientos para promover la ampliación de la cobertura y el capítulo final donde se presentan las principales conclusiones del análisis.





## II. Elementos del contexto

### 1. TENDENCIAS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Ante las limitaciones que mostraban los sistemas de seguro social en la región, en su versión tradicional con financiamiento contributivo y operando en economías caracterizadas con una alta informalidad en el empleo, cobraron especial relevancia en los años ochenta y noventa un conjunto de propuestas y políticas de reformas destinadas a garantizar la eficiencia de los sistemas de protección social y obtener una mayor disciplina fiscal.

El plan de reformas recomendado por las instituciones financieras internacionales para América Latina buscaba elevar la eficiencia en la prestación de servicios mediante su descentralización, privatización y la introducción de mecanismos de mercado, a la vez que se enfatizaba en la necesidad de emplear el criterio de focalizar las prestaciones sociales en la población pobre.

Durante estos años, en distintos países de la región tuvieron lugar las denominadas reformas estructurales que implicaron el retiro del Estado de áreas típicas de intervención –con la consecuente participación de actores extraestatales en la gestión–, la descentralización de las políticas públicas –cuyo objetivo era lograr gestiones autónomas de los gobiernos centrales que adicionalmente ayudaran a reducir la presión del gasto público de este nivel de gobierno– y la desregulación de los mercados (Casalí, Cetrángolo y Goldschmit, 2015).

Una de las áreas privilegiadas de intervención bajo este enfoque fue la de pensiones. En efecto, el Banco Mundial (Banco Mundial, 1994) alentó su privatización y la conformación de un sistema multipilar, esquema que debía considerar un componente constituido por planes de ahorro de carácter obligatorio financiado

íntegramente por los cotizantes y gestionados por empresas privadas. Se esperaba que sistemas de esta naturaleza alentarán el crecimiento económico, el desarrollo de los mercados de capitales y de la inversión y, con ello, el empleo productivo, base indispensable para el propio desarrollo de los esquemas contributivos de seguridad social. Sin embargo, tales políticas sociolaborales no generaron casi nunca los frutos previstos (Fraile, 2009). La flexibilización laboral, la descentralización de la negociación colectiva, la privatización de las pensiones y el peso creciente del mercado en la provisión de bienestar social causaron, a menudo, un aumento de la informalidad y de las desigualdades y una reducción de la protección social, sin que consiguiera estimular el empleo.

Así, no resultó extraño que la privatización de los sistemas de pensiones no lograra ampliar la cobertura de seguridad social como se anticipara, ya que esta medida como el porcentaje de cotizantes activos respecto de la fuerza de trabajo se había reducido en los doce países latinoamericanos que habían comenzado a renovar sus sistemas de pensiones a partir de 1980 (Mesa-Lago, 2004). Esta experiencia mostró, además, que la precariedad e inestabilidad del empleo ponen en peligro la capacidad de los trabajadores para acumular cotizaciones suficientes para tener derecho a una pensión mínima en el momento de la jubilación. En Chile, por ejemplo, se estimó que alrededor de la mitad de la población mayor iba a enfrentar esa crítica circunstancia, lo que llevó a instaurar la Pensión Básica Solidaria en 2008. Esta política, sumado a otros nuevos beneficios, constituyó una corrección significativa de un sistema que se presentaba como referencia para la región.

También se pudo constatar escasos avances en la reducción de la pobreza y en la desigualdad de los ingresos. Según las estimaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la pobreza en América Latina se redujo desde el 48,3% en 1990 al 44% en 2002, pero seguía superando el 40,5% de 1980. La población bajo la línea de la pobreza, en términos absolutos, era superior en 120 millones respecto de 1980 (CEPAL, 2009). A su vez, la desigualdad de ingresos se profundizó en los noventa, situándose muy por encima del promedio internacional.

Frente a las debilidades evidenciadas por los sistemas de protección social conjuntamente con los dudosos beneficios de las reformas impulsadas hasta entonces, comenzaron a imponerse otras ideas vinculadas con un enfoque de derechos. Puntualmente se promovía el fortalecimiento del Estado y su capacidad para intervenir en el desarrollo económico y social, considerando a las personas como ciudadanos titulares de derechos y ya no como simples consumidores o beneficiarios (Cecchini y Martínez, 2011). De igual forma, crece la conciencia de que la protección social debe ser concebida como una respuesta integral frente a los distintos riesgos sociales a lo largo de todo el ciclo vital, en especial en favor de los grupos más vulnerables e independientemente de la existencia de un vínculo laboral (OIT, 2011; Sepúlveda Carmona, 2010).

La adopción de dicho enfoque estratégico supera las deficiencias del que prevaleció en los años ochenta y noventa, que se basaba en redes mínimas de protección social focalizadas en los grupos más vulnerables. Estas iniciativas, caracterizadas por un ánimo mitigador y paliativo, no lograron la protección amplia ni mucho menos integral. En la actualidad se busca constituir esquemas de protección que garanticen la universalidad de acceso a sistemas formales de protección social y lograr de forma progresiva pero sostenida la más amplia cobertura. Ello no obstante que en países que aún no han podido desarrollar sistemas formales e integrales de seguridad social se opte por el desarrollo de un conjunto de prestaciones básicas en función de las especiales características del país, como paso previo para su consecución.

Precisamente esta perspectiva de derechos y la necesidad de promover una cobertura universal frente a las distintas contingencias sociales a lo largo del ciclo vital fue objeto de discusión y posterior adopción de un nuevo instrumento internacional en el ámbito de la Conferencia Internacional del Trabajo (CIT) de la OIT. En efecto, sesenta años después de la adopción del Convenio 102 sobre seguridad social (norma mínima), la CIT aprobó en su 101.<sup>a</sup> Reunión (2012) prácticamente por unanimidad –una sola abstención– la Recomendación 202 (R202) sobre los pisos nacionales de protección social.

La R202 tiene el doble objetivo de orientar a los Países Miembros de la OIT para establecer y mantener, según proceda, pisos de protección social como un elemento fundamental de sus sistemas nacionales de seguridad social y, al mismo tiempo, poner en práctica estos pisos en el marco de estrategias de extensión de la seguridad social que garanticen progresivamente niveles más elevados de protección para el mayor número de personas posible, según las orientaciones del Convenio 102 (Bertranou, Casalí y Schwarzer, 2014). Resulta claro entonces que la iniciativa por los pisos nacionales de protección social no debe interpretarse como la promoción de un nivel mínimo de protección permanente, sino, por el contrario, como la base a partir de la cual se promuevan mejores niveles de protección social en la medida que las circunstancias lo permitan. Esto último en función del Convenio 102 (C102) y los demás instrumentos de seguridad social de la OIT que establecen mayores niveles de protección (Bertranou, Casalí y Schwarzer, 2014, *op. cit.*).

Asimismo, la R202 considera que los pisos de protección social constituyen un conjunto de garantías básicas de seguridad social, definidos a nivel nacional, que fomentan una protección destinada a prevenir o a aliviar la pobreza, y a contrarrestar la vulnerabilidad y la exclusión social. Estas garantías deberían asegurar que, como mínimo, durante el ciclo de vida todas las personas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso (Casalí, Cetrángolo y Goldschmit, 2015; OIT, 2012).

A pesar de los avances recientes en la cobertura de los sistemas de seguridad social en la región como consecuencia de un crecimiento significativo del empleo formal

y de las políticas públicas de extensión de la cobertura adoptadas en los últimos años, una parte importante de su población no tiene acceso a un sistema integral de protección social y se encuentra por debajo de las líneas de pobreza e indigencia.

## 2. LA ESTRATEGIA DE LA OIT PARA LA EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL

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

La Declaración de la OIT sobre la Justicia Social para una Globalización Equitativa (2008) prevé un sistema de discusiones recurrentes por parte de la CIT, basado en los cuatro objetivos estratégicos de la OIT, con el objeto de situar el empleo pleno y productivo y el trabajo decente como elemento central de las políticas económicas y sociales de cada uno de los países. Este instrumento estuvo motivado por el contexto de la globalización, caracterizado por la difusión de nuevas tecnologías, el intercambio de bienes y servicios, el incremento de los flujos de capital y financieros, la internacionalización del mundo de los negocios y de sus procesos y del diálogo, así como de la circulación de personas, especialmente de trabajadoras y trabajadores que modifican profundamente el mundo del trabajo (OIT, 2008).

Por un lado, el proceso de cooperación e integración económica ha permitido que algunos países se beneficien de altas tasas de crecimiento económico y creación de empleo, incorporen a una proporción importante de la población más vulnerable de las zonas rurales en la economía urbana moderna, progresen con relación a sus objetivos de desarrollo y fomenten la innovación en la elaboración de productos. Por otro, la integración económica también ha implicado un desafío importante en lo relativo a la desigualdad de ingresos, los altos niveles de desempleo y pobreza, la vulnerabilidad de las economías ante la crisis externa y el aumento del trabajo no protegido y la economía informal (OIT, 2008).

Esta Declaración de la OIT menciona el reconocimiento de la comunidad internacional respecto del trabajo decente como una respuesta eficaz a los desafíos de la globalización y subraya la necesidad de promover el empleo creando un entorno institucional y económico sostenible, adoptar y ampliar medidas de protección social que sean sostenibles, promover el diálogo social y el tripartismo y,

finalmente, respetar, promover y aplicar los principios y derechos fundamentales en el trabajo, no solo como derechos sino también como condiciones propicias para la plena realización de todos los objetivos estratégicos. Estos cuatro objetivos por medio de los cuales se plasma el Programa de Trabajo Decente, constituyen la base para la aplicación práctica del mandato de la OIT, principalmente por medio de las Normas Internacionales del Trabajo, y para situar el empleo pleno y productivo y el trabajo decente como elemento central de las políticas económicas y sociales.

En el marco de este instrumento respecto de la justicia social para una globalización equitativa, la CIT de 2011 acogió la discusión recurrente en protección social cuyas principales conclusiones se refirieron a las políticas e instituciones, la función y necesidad de la seguridad social, las estrategias de extensión de la seguridad social, el objetivo de garantizar la viabilidad financiera y la financiación de la seguridad social, la gobernanza de la seguridad social, la función de las normas de la OIT y el papel de los gobiernos y de los interlocutores sociales. Además, el párrafo 31 de las conclusiones relativas a la discusión recurrente expresa la necesidad de avanzar en una nueva recomendación de la OIT que complete las normas existentes y ofrezca a los países pautas de orientación flexibles para el establecimiento de pisos nacionales de protección social dentro de los sistemas de seguridad social, adaptados a las circunstancias y niveles de desarrollo de cada país (OIT, 2011).

La Recomendación 202 sobre los pisos nacionales de protección social fue finalmente adoptada en la 101.<sup>a</sup> Reunión de la CIT, en el 2012. El objetivo de esta nueva recomendación es proporcionar orientaciones para la formulación de una estrategia de extensión de la seguridad social en línea con el resto de las políticas sociales, económicas y de empleo de cada uno de los países y contribuir, consecuentemente, para la reducción de la pobreza y la transición de la economía informal a la formal. En este contexto, tanto las conclusiones de la CIT 2011 –discusión recurrente acerca de protección social– como la R202 sobre los pisos nacionales de protección social, presentan la estrategia bidimensional de extensión de la cobertura de seguridad social de la OIT.

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

Las funciones de la seguridad social responden a las necesidades de protección que toda persona tiene a lo largo del ciclo vital. Esto es, durante la *niñez y adolescencia*,

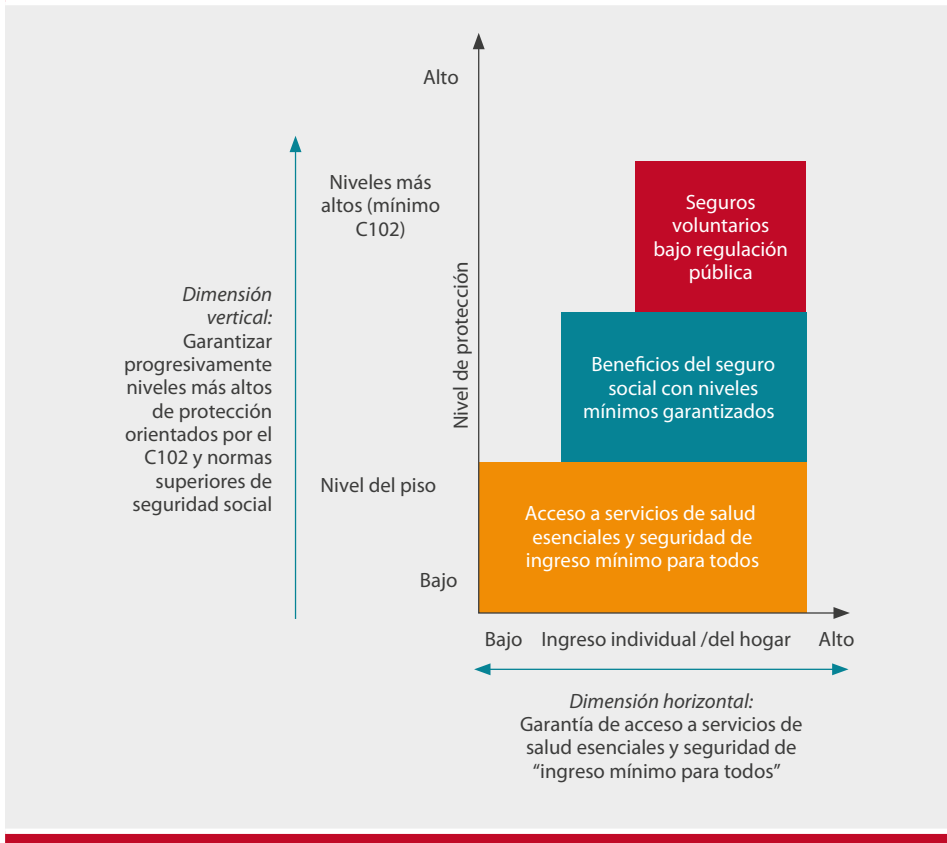
en la etapa de *edades centrales o edad de trabajar* y en la *vejez*, respectivamente. La protección efectiva frente a los distintos riesgos sociales, cubriendo a todos los miembros de una sociedad y durante todo el ciclo vital, constituye el desafío de los sistemas de seguridad social modernos. La estrategia bidimensional de la OIT constituye una referencia importante respecto de la arquitectura y funciones que los sistemas podrían adoptar para garantizar unos mínimos sociales y compensar la falta o sustitución de los ingresos.

La estrategia se compone de dos ejes interrelacionados: a) una dimensión horizontal de la cobertura, que se refiere a la cantidad de personas cubiertas y en la que se destacan dificultades para dar protección a los grupos usualmente definidos como de difícil cobertura, como los trabajadores informales, independientes, rurales, domésticos y trabajadores familiares no remunerados; b) una dimensión vertical de la cobertura, que se refiere a la cantidad de contingencias sociales cubiertas y la suficiencia de las prestaciones definidas en el ámbito de aplicación de cada legislación local. Las disposiciones del Convenio 102 sobre norma mínima de seguridad social constituyen, como mínimo, la referencia a ser alcanzada. Luego, de ser posible, siempre podrá promoverse mejores niveles en términos de cobertura y calidad de las prestaciones bajo la consideración de las normas superiores de seguridad social de la OIT como, por ejemplo, el Convenio 128 sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes (Casalí y Schwarzer, 2010; OIT, 2011 y 2012).

El gráfico 1 presenta la estrategia bidimensional de la OIT en la forma de una *escalera de la seguridad social* e ilustra tres niveles de prestaciones en función a diferentes niveles de garantías. En el centro de la *escalera* se encuentra el seguro social contributivo que cumple con las disposiciones del Convenio 102 (C102) o normas superiores. Estas normas establecen distintas coberturas en función de reglas predefinidas de cotización y elegibilidad para acceder a un nivel mínimo garantizado de prestaciones, respetando la tasa de sustitución de referencia que fija el C102. Además, los beneficiarios del régimen contributivo obligatorio siempre podrán optar por subir en la *escalera de la seguridad social*, financiando niveles más altos de protección por medio de regímenes complementarios voluntarios, privados muchas veces, pero regulados por el Estado. Estos dos pilares configuran la estrategia en la dimensión vertical que permite avanzar hacia niveles superiores de protección, ampliando la cantidad de contingencias cubiertas y escalando también en la calidad de los servicios y suficiencia de las prestaciones.

No obstante ello, una parte importante de la fuerza laboral se encuentra fuera de la seguridad social formal. En algunos casos, la misma legislación de seguridad social excluye algunas categorías de trabajadores de los seguros sociales obligatorios, como por ejemplo los independientes. En otros casos, además, la legislación excluye la cobertura de algunas contingencias sociales como el desempleo o los accidentes del trabajo. Esta situación requiere de políticas que complementen la de los seguros sociales tradicionales, garantizando un nivel mínimo de ingresos y el

**Gráfico 1. Estrategia bidimensional de la OIT para la extensión de la cobertura de la seguridad social y la construcción de sistemas integrales de seguridad social**



*Fuente:* elaboración OIT, Departamento de Protección Social.

acceso a servicios esenciales de salud para todos aquellos actualmente excluidos del sistema. Esta es la dimensión horizontal de la estrategia que tiene por objeto coordinar, bajo la forma de un piso de protección social, todo el espectro de las políticas sociales (Bertranou, Casalf y Schwarzer, 2014).

La Recomendación 202 sobre los pisos nacionales de protección social prevé por lo menos cuatro garantías básicas que deberían ser proporcionadas a todos los residentes y niños. Estas garantías deberían asegurar como mínimo que, durante todo el ciclo vital, todas las personas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso que aseguren, conjuntamente, un acceso efectivo a los bienes y servicios definidos como necesarios a nivel nacional. Las cuatro garantías son las siguientes (R202, párrafos 4 al 6):

- Acceso universal a servicios esenciales de salud, incluida la atención de la maternidad.
- Seguridad básica del ingreso para niños que asegure el acceso a la alimentación, la educación y los cuidados.
- Seguridad básica del ingreso para personas en edad activa que no pueden obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez.
- Seguridad básica del ingreso para las personas en edad de pensionarse.

Existe una multiplicidad de opciones para la implementación de un piso de protección social, pudiendo coexistir regímenes contributivos, universales, asistenciales, mixtos, políticas activas de empleo, programas de garantía de empleo u otros o una combinación de todos los anteriores. El gráfico 2 presenta la *escalera de la seguridad social* pero recurriendo a distintas opciones de políticas para cumplir con las garantías básicas. El gráfico permite observar la importancia del seguro social, instrumento a partir del cual pueden integrarse las distintas políticas para cerrar las brechas de cobertura.

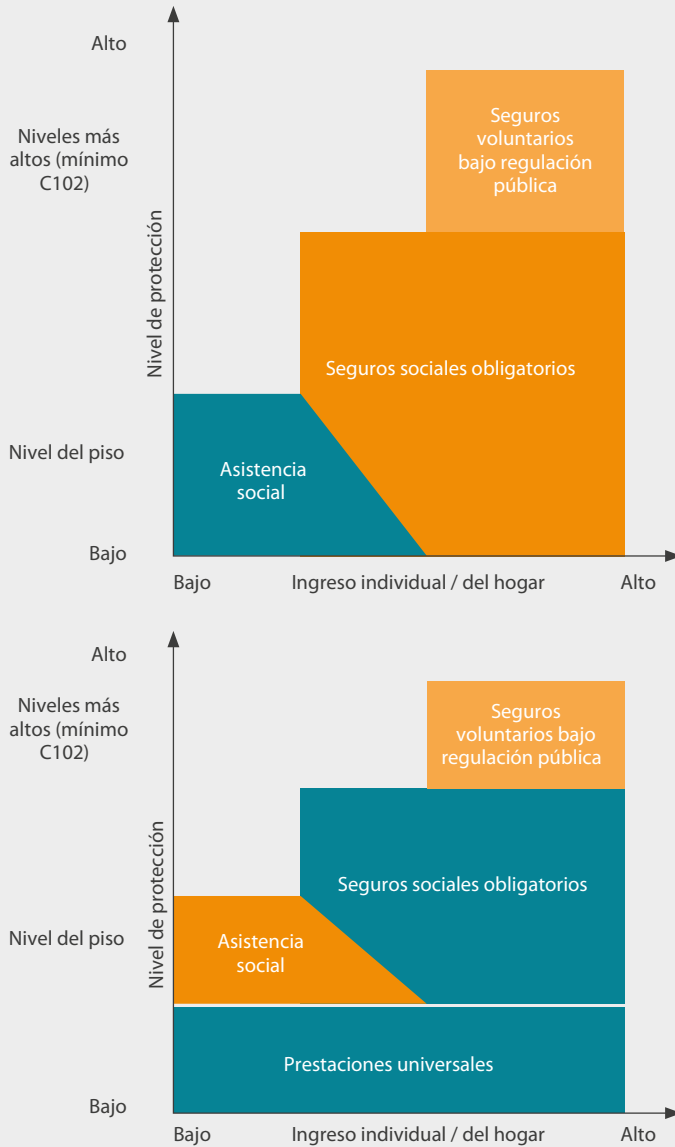
Las garantías básicas de seguridad social deben establecerse por ley. Además, debe especificarse el tipo de cobertura, las condiciones de elegibilidad y el nivel de las prestaciones, conjuntamente con los procedimientos de queja y recurso contra las decisiones administrativas. La definición de las garantías debería tener en cuenta lo siguiente (R202, párrafos 7 y 8):

- Las personas que necesitan atención de salud no deberían enfrentar dificultades ni un riesgo mayor de pobreza debido a las consecuencias financieras del acceso a servicios esenciales de salud.
- La seguridad básica del ingreso debería permitir vivir con dignidad. Los niveles mínimos de ingresos definidos a nivel nacional se podrían corresponder con el valor monetario de un conjunto de bienes y servicios o los umbrales de pobreza o también con los umbrales de ingresos que dan derecho a la asistencia social u otras prestaciones.
- Los niveles de las garantías básicas se deberían revisar periódicamente mediante un mecanismo transparente establecido por la legislación o la práctica nacional.
- En el proceso de definición y revisión de los niveles de las garantías se debería promover la participación de organizaciones representativas de los empleadores y de los trabajadores, así como también la celebración de consultas con otras organizaciones pertinentes y representativas de las personas interesadas.

La iniciativa del piso de protección social no debe considerarse como un mecanismo de sustitución de los regímenes contributivos clásicos sino como alternativa para ampliar la protección a todas las personas no cubiertas por los sistemas tradicionales, por



**Gráfico 2.** Variaciones de la “escalera de la protección social” con distintos instrumentos en la composición del piso de protección social

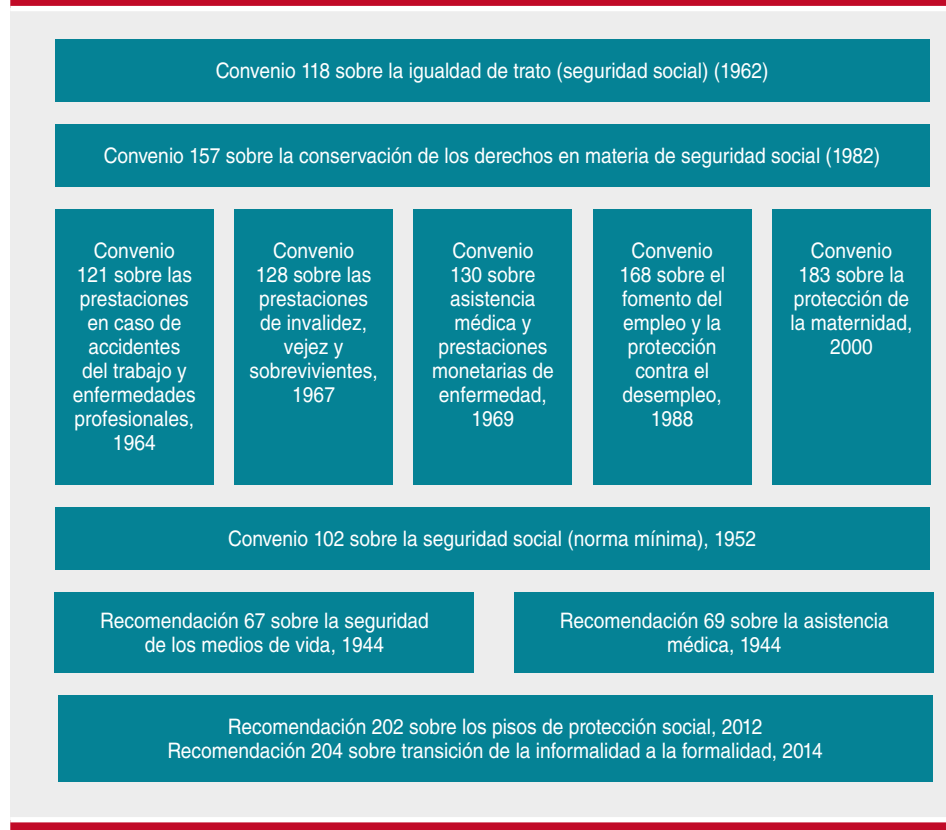


Fuente: elaboración OIT, Departamento de Protección Social.

ejemplo, respecto del trabajo doméstico no remunerado o el trabajo independiente con escasa o nula capacidad contributiva. La política del piso de protección social debe ser entendida como un mecanismo para cerrar progresivamente las brechas de cobertura por lo menos en los niveles previstos por la R202 y a partir de esta base escalar hacia mejores niveles de protección social, sea por la incorporación de los riesgos inicialmente no cubiertos o por una mejora en la calidad de las prestaciones.

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

**Recuadro 1. El mandato de la OIT relativo a seguridad social**  
*Convenios actualizados sobre seguridad social*



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

## Recuadro 2. El derecho a la seguridad social y las normas internacionales

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

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

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

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

Por su parte, su artículo 25 establece:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Continúa)

*(Continuación)***Recuadro 2. El derecho a la seguridad social y las normas internacionales**

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

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

### 3. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

A pesar de que el actual contexto demográfico es favorable en Paraguay, su población envejecerá considerablemente en los próximos decenios. De acuerdo con proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE, la población mayor de 60 años aumentará de 7,7% en el 2010 a 19,6% en 2050 con relación a la población total, lo que generará presiones en el sistema de salud y también en el de pensiones. En el primer caso debido a la carga de enfermedad de la población adulta mayor y sus costos asociados y, en el segundo caso, por la disminución del número de trabajadores activos en relación con los potenciales beneficiarios del sistema pensional.

Dicha dinámica poblacional es el resultado de cambios en las tasas de natalidad y mortalidad y en los saldos migratorios. En las últimas décadas, la población paraguaya ha registrado un importante descenso en su *Tasa Global de Fecundidad* (TGF), con una consecuente reducción en el número de nacimientos por mujer en edad fértil. En efecto, durante el quinquenio 1950-1955, la TGF era de 6,5 hijos por mujer, mientras que en el periodo 2005-2010 descendió a 3,1. Por su parte, la *Tasa Bruta de Natalidad* (por cada mil habitantes) ha acompañado dicha tendencia, al pasar de 44,2 en 1950 a 24,8 en 2010. Las proyecciones señalan que se ubicará en 20,7 en el 2020.

Además, hay que considerar que en Paraguay la transición demográfica se inició con una disminución en la *Tasa de Mortalidad General* (TMG) y, particularmente, con la disminución en la *Tasa de Mortalidad Infantil* (TMI). Esta última ha tenido un descenso sostenido desde los años ochenta, ya que en el quinquenio 1980-1985, por cada mil nacidos vivos, 48,9 morían antes del primer año de vida, mientras que durante el quinquenio 2005-2010 este indicador descendió a 32,0 muertes por cada mil nacidos vivos.

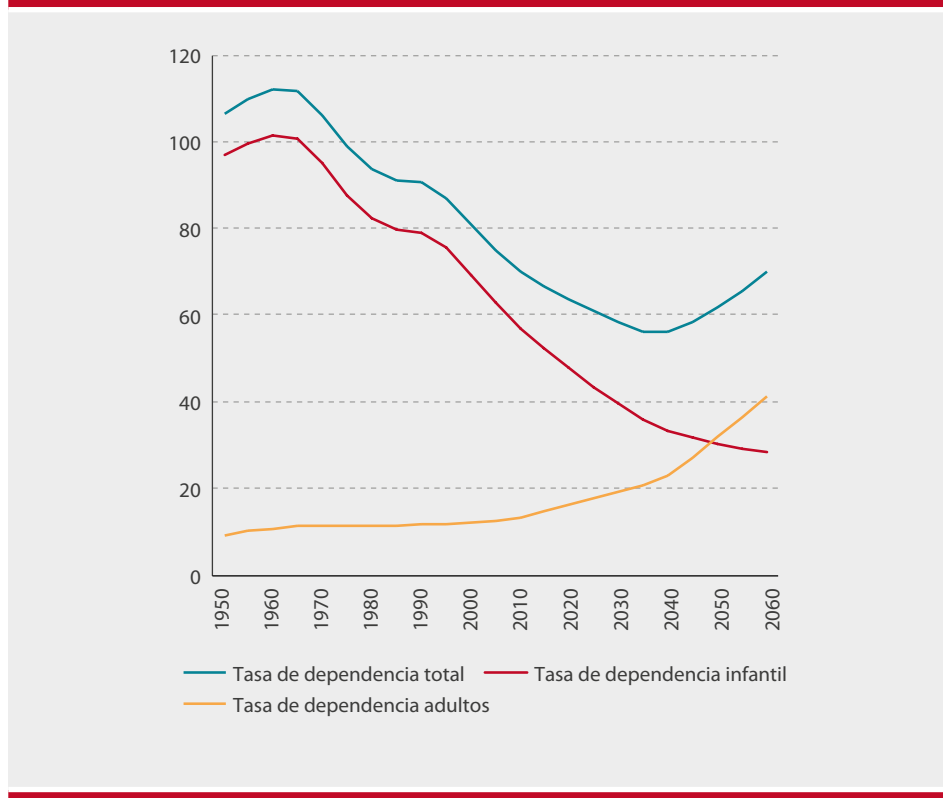
Como resultado de la reducción en la tasa de mortalidad general de una población, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado progresivamente al pasar desde 67,1 años durante el quinquenio 1980-1985 a 71,6 años en el periodo 2005-2010. De este modo, la población infantil ha perdido importancia frente a la población total, mientras que la población perteneciente a grupos de edad media, en edad productiva, y la población mayor de 60 años ganó mayor participación. Debido a la disminución de la mortalidad y de la fecundidad, la transición demográfica está influyendo en la estructura etaria de Paraguay y lo seguirá haciendo en los próximos años.

Ello se ilustra al observar los cambios en la composición de la población por grupo etario en el tiempo. En la década de 1950, la pirámide poblacional se caracterizaba por una población menor de 15 años que representaba el 47,0% de la población total, mientras que aquella entre 15 y 64 años representaba el 50,1%.

Dichas proporciones comenzaron a divergir desde los años sesenta en adelante, ya que la población menor de 15 años comenzó a descender hasta llegar al 31,3% en 2015. Este grupo se ha integrado a la población adulta y en 2015 el 62,9% de la población se encontraba en la franja etaria de entre 15 y 64 años. A su vez, como el envejecimiento poblacional genera un incremento de la población con 65 años de edad o más, este grupo pasará de representar el 5,8% de la población en 2015 a 10,5% en 2040.

Basados en lo anterior, y como se presenta en el gráfico 3, según las proyecciones de población disponibles se prevé que la tasa de dependencia total revertirá su tendencia a la baja en 2040 debido a un incremento de la proporción de la población adulta (de 65 años y más) respecto de la población activa (entre 15 y 64 años), así como por la caída en el crecimiento neto de la población, el que se ve reflejado en la disminución de la tasa de dependencia infantil (entre 0 y 14 años de edad), respecto de la población activa.

Gráfico 3. Evolución y proyecciones de tasas de dependencia, 1950-2060



Fuente: elaboración propia según CELADE (2015).

Nótese que el aumento de la dependencia de adultos ya es una tendencia presente en la última década, no obstante que no ha sido lo suficientemente significativa para impedir la reducción de la dependencia total. Sin embargo, ello sí ocurrirá a partir de 2040. De este modo, si bien hasta entonces la existencia del *bono demográfico* (proceso de transición demográfica cuando la población en edad de trabajar es mayor que la dependiente –niños y adultos mayores–, y, por tanto, el potencial productivo de la economía se vuelve mayor) proporciona un tiempo importante para prevenir los efectos de su reversión, resulta indispensable aprovecharla para fortalecer el desempeño del sistema de pensiones. Para su consecución deviene necesario impulsar las políticas públicas para ampliar su cobertura con un financiamiento sostenible así como, complementariamente, promoviendo todas aquellas otras que contribuyan decididamente a la generación de empleo formal.

#### 4. LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

De acuerdo con Di Cesare (2011), en la división clásica de las causas de muerte según las dinámicas epidemiológicas es posible identificar tres grupos principales:

**Grupo 1:** Enfermedades transmisibles, afecciones maternas, perinatales y nutricionales (identificadas como causas transmisibles o causas infecciosas y parasitarias): enfermedades infecciosas y parasitarias –diarrea, malaria, tuberculosis, enfermedades helmínticas–, infecciones respiratorias agudas, causas de muertes maternas, causas perinatales y carencias nutricionales.

**Grupo 2:** Enfermedades no transmisibles (identificadas como causas no transmisibles o crónico degenerativas): neoplasias, desórdenes endocrinos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades de la piel y subcutáneas, desórdenes del sistema nervioso, enfermedades músculo-esqueléticas, anomalías congénitas, enfermedades genitourinarias, enfermedades y síntomas de senilidad.

**Grupo 3:** Causas accidentales y violentas (identificadas como causas accidentales y violentas o causas externas): accidentes intencionales (suicidios y homicidios) y no intencionales.

El autor destaca que todos los países de la región enfrentan un doble desafío: seguir disminuyendo la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias y abordar la creciente mortalidad por causas no transmisibles. Estudios previos<sup>1</sup> señalan que las causas inherentes al grupo 1 disminuyen con una tasa superior a la de la disminución de la mortalidad global y representan una pequeña proporción de los decesos en los países desarrollados, donde las primeras causas de muerte son las del

<sup>1</sup> Salomon y Murray (2002), citado por Di Cesare (2011).

grupo 2. Las causas del grupo 3 se caracterizan por una mayor variabilidad entre los países y entre las comunidades del mismo país, como sucede en el caso de América Latina y el Caribe. Por su parte, Mancuello y Cabral de Bejarano (2011) sostienen que el perfil epidemiológico de transición en Paraguay posiciona como primeras causas de enfermedad y muerte a las enfermedades crónicas no transmisibles y causas externas, desplazándose también hacia grupos de mayor edad.

La importancia de las distintas causas de muerte se relaciona con el nivel de ingreso de los países y regiones. Di Cesare (2011) muestra que la distribución de la carga de las enfermedades transmisibles disminuye paulatinamente desde África hasta Europa y América del Norte y que en la transición ganan peso los grupos de las enfermedades no transmisibles y las causas accidentales y violentas. Además, plantea que la distribución de las enfermedades señaladas se relaciona a su vez con el perfil de transición demográfica de cada país o región considerada. Así, por ejemplo, Haití, Guatemala y el Estado Plurinacional de Bolivia se encuentran en fase de transición demográfica moderada, mientras que Cuba, Chile y Uruguay, entre otros, se encuentran en una fase de transición demográfica avanzada o muy avanzada; y ello se ve reflejado en que la esperanza de vida al nacer tiende a ser mayor entre los más avanzados en la transición epidemiológica respecto de los más atrasados.<sup>2</sup>

El gráfico 4 ilustra la tendencia creciente observada en la razón entre tasas de mortalidad estandarizada (según edad de la población) por causas no transmisibles y transmisibles y la esperanza de vida en los últimos años en Paraguay. Se observa, aunque con cambios, una relación positiva entre ambas variables entre los años 1997 y 2013. Estos antecedentes muestran la mayor importancia que han ido adquiriendo las muertes por causas no transmisibles en el tiempo y que este efecto a su vez se relaciona positivamente con el aumento registrado de la esperanza de vida en el país.

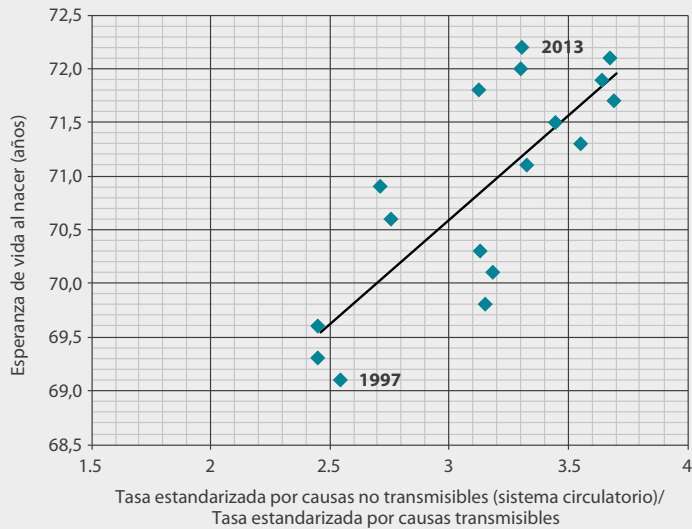
En el gráfico 5, por su parte, se presenta la evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas según edad, para los tres tipos de causas de muerte señaladas. Para el caso de las muertes por causas no transmisibles se ha considerado como indicador la tasa correspondiente a aquellas enfermedades del sistema circulatorio. Así, es posible observar la mayor importancia de las muertes por causas no transmisibles,

---

<sup>2</sup> Es importante tener en cuenta que el perfil epidemiológico definido basado en el número de muertes está afectado por la estructura por edad de la población y, por tanto, no representa en términos generales la medida más idónea. De hecho, las enfermedades tienen un perfil etario distintivo y algunas se dan más entre los jóvenes y otras más entre los adultos y adultos mayores. Por tanto, en función del perfil etario de una población se observan más o menos muertes relativas a un determinado grupo. Medidas como tasas específicas de mortalidad por edad o tasas estandarizadas por edad permiten hacer comparaciones entre los países eliminando el efecto de la estructura por edad. Di Cesare (2011, *op. cit.*).

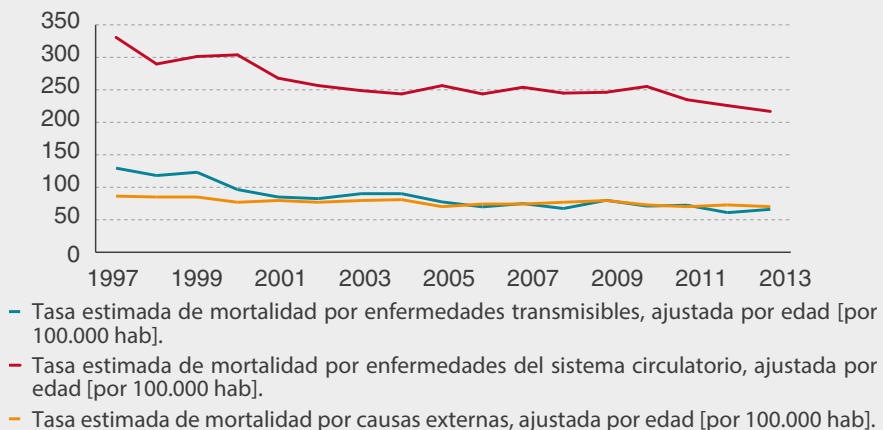


**Gráfico 4. Razón entre las tasas de mortalidad estandarizada por causas no transmisibles y transmisibles y esperanza de vida al nacer, 1997-2013**



Fuente: elaboración propia según OPS (2015).

**Gráfico 5. Tasas de mortalidad estandarizadas por causas no transmisibles, transmisibles y externas, 1997-2013**



Fuente: elaboración propia según OPS (2015).

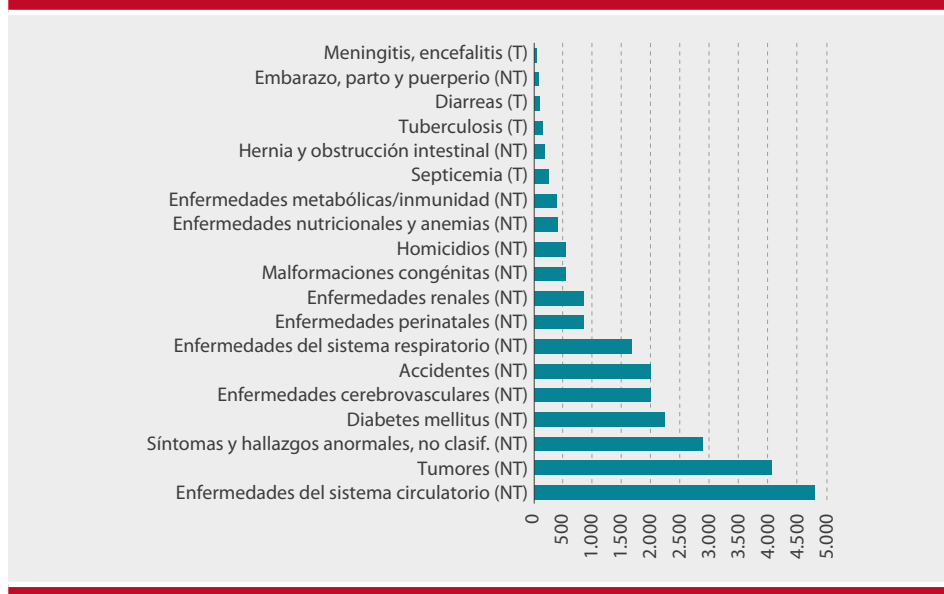
no obstante que para los tres grupos de causas de muertes se verifica una tendencia decreciente en el tiempo, lo que es consistente con una tendencia general a la disminución de las tasas de mortalidad en el país entre 1997 y 2013.

A pesar de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles entre las principales causas de muerte en Paraguay para 2014 (cf. gráfico 6), aún se registra la presencia de enfermedades transmisibles. Esta situación confirma que el país todavía se encuentra en una etapa de transición epidemiológica.

Finalmente, una visión de la heterogeneidad de las causales de muerte entre los 18 departamentos del país puede ser observada en el gráfico 7, en el que se han agrupado las causas de muerte en tres grupos: transmisibles, no transmisibles y por causas externas, incluyendo en este último a las causas provocadas por homicidios y accidentes.

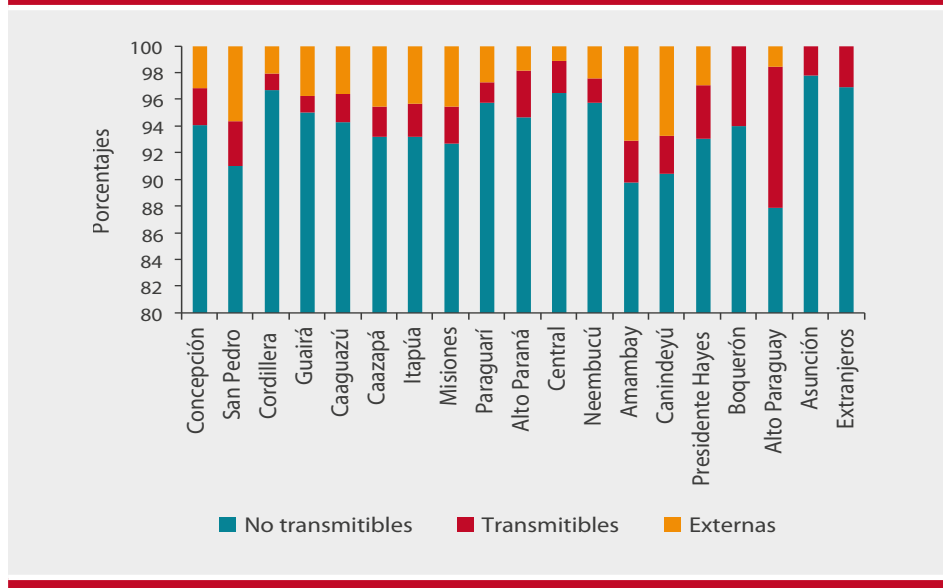
Si bien el análisis de la información confirma un peso mayoritario de las causas de muerte no transmisibles entre los distintos departamentos, también confirma que en departamentos como los de Alto Paraguay y Boquerón las causas de muerte por enfermedades transmisibles mantienen una mayor importancia relativa que en el resto del país, y lo propio ocurre con los departamentos de Amambay, Canindeyú y San Pedro cuando se trata de las consideradas en el grupo de causas externas.

**Gráfico 6. Principales causas de muertes, 2014**  
(en número de muertes)



Fuente: elaboración propia según MSPBS (2015).

**Gráfico 7. Principales grupos de causas de muertes por departamentos, 2014**  
(en porcentajes respecto de cada total por departamento)



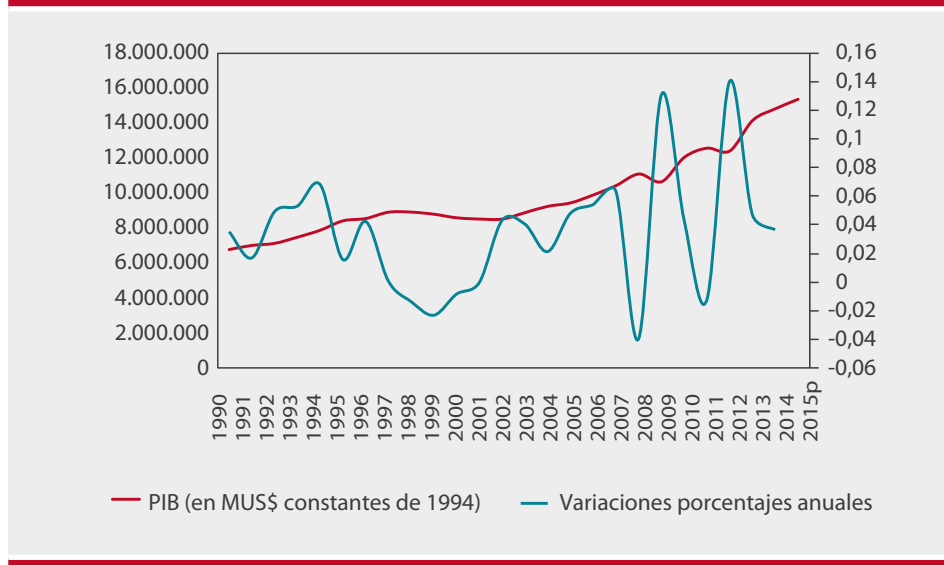
Fuente: elaboración propia según MSPBS (2015).

## 5. EL CONTEXTO ECONÓMICO

Desde mediados de la década del 2000, el crecimiento económico de Paraguay ha registrado una tendencia creciente, aunque con un alto grado de volatilidad (cf. gráfico 8). En efecto, si se considera el período desde 2005 a 2014, el aumento promedio del PIB de Paraguay alcanzó el 5% anual (6,4% entre 2010 y 2015), superior al 4% por año registrado por el MERCOSUR.

La volatilidad del crecimiento señalada se explica fundamentalmente por dos factores ajenos a la política económica: el clima y la dependencia externa. El importante peso que tiene la producción agropecuaria en el PIB (cercana al 30%), al que se agrega una escasa diversificación (concentrada en soja y ganadería principalmente), amplifica el efecto de las inclemencias climáticas en el desempeño económico del sector. Así, por ejemplo, la caída y posterior recuperación económica entre 2009 y 2010 fue producto de una prolongada sequía primero y de un régimen de lluvias benévolo posteriormente. Por otra parte, el comportamiento económico de los países vecinos (MERCOSUR) sumado al reducido tamaño de la economía paraguaya y su alto grado de apertura externa, expone la economía local a los cambios de las economías vecinas.

**Gráfico 8. Evolución del PIB y PIB per cápita, 1990-2015**



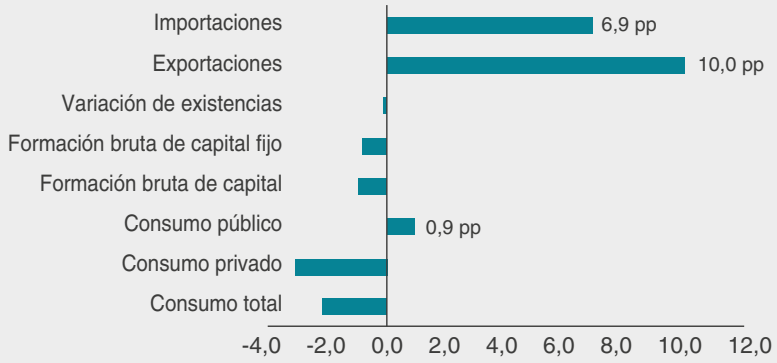
Fuente: elaboración propia según Banco Central del Paraguay (2015).

Desde el punto de vista del gasto del PIB, es posible advertir que su crecimiento en el período ha sido liderado por el dinamismo del comercio exterior, representado por el aumento de la importancia de las exportaciones y de las importaciones respecto del PIB, en 10 y 6,9 puntos porcentuales respectivamente entre 1991 y 2015 (cf. gráfico 9a), lo que ha mantenido superavitaria a la balanza comercial por los últimos 20 años (cf. gráfico 9b). A ello se ha sumado el incremento del consumo público, el que ha reportado un incremento de su participación de 0,9 puntos porcentuales en el período.

Por su parte, la evolución del resultado primario del sector público como porcentaje del PIB se presenta en el gráfico 10. En consonancia con los resultados señalados previamente, se observa que el déficit inicial observado en el sector comenzó a disminuir desde 2003 para transformarse en superávit a partir del 2004 y manteniéndose hasta el 2011.

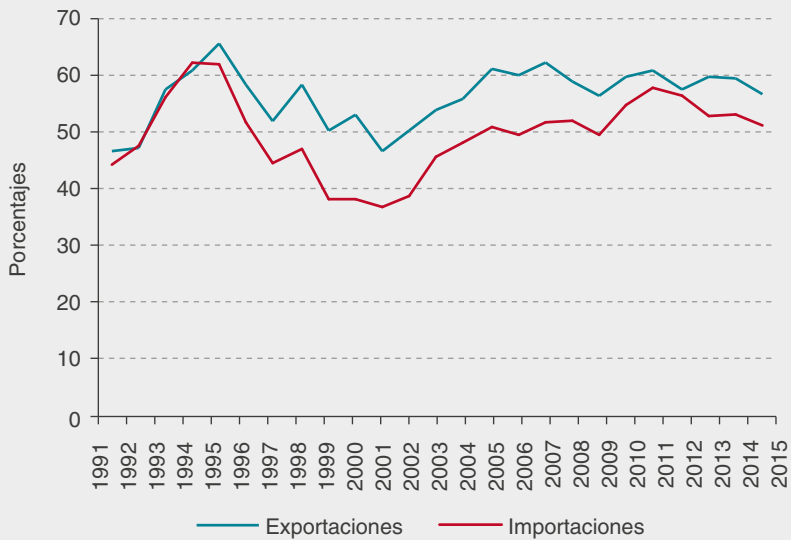
La situación financiera de la administración central registró un déficit de G. 1.532 mil millones en 2014, equivalente al 1,1% del Producto Interno Bruto (PIB), continuando con la tendencia deficitaria iniciada en 2012 producto de un incremento salarial de 30,8% y cuyos efectos se han mantenido en los ejercicios siguientes, aunque con disminuciones en su importancia. Se estima que en 2016 se registrará un mejoramiento general de los indicadores de resultado fiscal del Presupuesto General de la Nación.

**Gráfico 9a. Componentes del PIB, 1991-2015**  
(variación en puntos porcentuales)



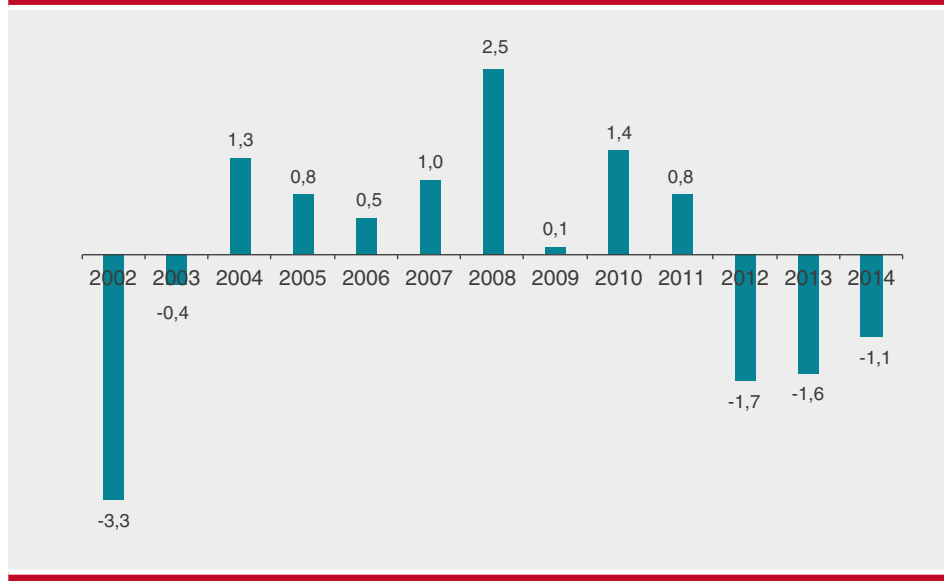
Fuente: elaboración propia según Banco Central del Paraguay (2015).

**Gráfico 9b. Balanza comercial, 1991-2015**  
(porcentaje en el gasto del PIB total)



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

**Gráfico 10. Resultado primario del sector público, 2002-2014**  
(porcentaje del PIB)



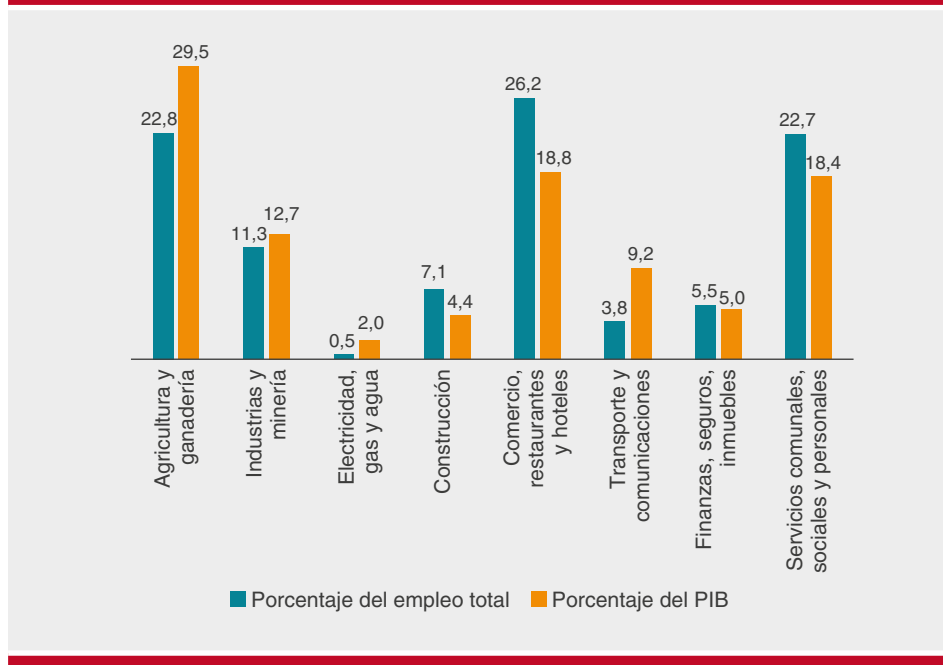
Fuente: elaboración propia según Ministerio Hacienda de Paraguay (2015).

Finalmente, el crecimiento de 4,4% del PIB en 2014 junto con el 4% previsto para 2015 anticipan una relativa estabilidad en el período, la que podría ser afectada por un contexto externo desfavorable, que se expresa en una demanda internacional débil y en la reducción de los precios de materias primas, en especial de los granos y carne, principales productos de exportación. A ello se agrega el impacto de la recesión en Brasil en las exportaciones y en el comercio de frontera, lo que pone de manifiesto la alta dependencia de la economía paraguaya de los factores externos y del comportamiento de las principales economías vecinas.

## 6. EL MERCADO LABORAL

El mercado laboral de Paraguay refleja en gran medida las características de la estructura productiva del país. En efecto, se trata de una economía en la que el peso del sector primario exportador, constituido por la agricultura y la ganadería principalmente, concentra el 29,5% del PIB y una relativamente alta proporción del empleo total (cf. gráfico 11). Le siguen en importancia los sectores del comercio, restaurantes y hoteles (18,8%) y los servicios comunales sociales y personales (18,4%), los que en su conjunto agrupan al 48,9% del empleo total.

**Gráfico 11. PIB y empleo total por sectores productivos, 2014**  
(en porcentaje de los totales respectivos)



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

De acuerdo con el Censo Económico de 2011, cuyos resultados por tamaño de unidades económicas y mano de obra ocupada en las mismas puede apreciarse en los cuadros 1 y 2, las micro y pequeñas empresas representan el 91% del total, las medianas el 6% y las grandes tan solo el 3%. Respecto de la mano de obra, por su parte, el 49% trabaja en las micro y pequeñas empresas y el 12% y 38%, respectivamente, en medianas y grandes empresas.

El análisis permite apreciar que el mercado está compuesto mayoritariamente por micro y pequeñas empresas, concentrando casi la mitad de la mano de obra registrada en los sectores industrial, comercial y de servicios. En función de los distintos indicadores que respecto de informalidad son publicados por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC), y el análisis que se presenta más adelante en este estudio, podría concluirse que este tipo de establecimientos son creados con fines de subsistencia y al mismo tiempo se caracterizan por una baja productividad.

La OIT (2014) ha señalado que el análisis del tamaño de las empresas que operan en Paraguay ayuda a comprender mejor las características de su mercado laboral

**Cuadro 1. Tamaño de las unidades económicas por sector económico, 2011**  
(en número de unidades y porcentajes)

Sector económico	Unidades económicas			
	Micro y pequeña	Mediana	Grande	Total
Industria	21.861	1.838	1.005	24.704
Comercio	110.249	7.900	4.354	122.503
Servicios	71.826	3.576	1.633	77.035
Total	203.936	13.314	6.992	224.242
Porcentajes	91	6	3	100

Fuente: elaboración propia sobre la base del Censo Económico de 2011.

**Cuadro 2. Cantidad de personal ocupado por sector económico, 2011**  
(en número de personas y porcentajes)

Tamaño unidad económica	Personal ocupado			
	Hombres	Mujeres	Total	Porcentajes
Micro y pequeña	209.536	185.171	394.707	49
Mediana	57.908	39.566	97.474	12
Grande	211.893	95.079	306.972	38
Total	479.337	319.816	799.153	100

Fuente: elaboración propia sobre la base del Censo Económico de 2011.

Nota: la suma de las partes puede no coincidir con el total por efectos de redondeo.

y la significativa informalidad del empleo imperante. Los antecedentes disponibles señalan que aproximadamente el 60% de la población ocupada trabaja solo o en empresas que tienen entre 2 y 5 trabajadores y que menos del 10% lo hace en empresas medianas y grandes (o de más de 50 trabajadores). Lo anterior es importante desde el punto de vista del desempeño del sistema de pensiones, por ejemplo, ya que la cantidad de aportantes al sistema de jubilaciones, y en general a los esquemas contributivos de seguridad social, crece con el tamaño de las empresas.

Al clasificar las distintas ramas productivas de acuerdo con su nivel de producto por ocupado, se identifican sectores de alta, media y baja productividad (cf. cuadro 3).



**Cuadro 3. Sectores económicos según producto por ocupado y participaciones en el empleo y el PIB, 2014**

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

Fuente: elaboración propia según Banco Central del Paraguay y DGEEC.

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

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

Si se observa la evolución de los componentes de la fuerza de trabajo según el cuadro 4, es posible constatar que el desempleo abierto no alcanza magnitudes significativas respecto de la fuerza de trabajo, sino que es el subempleo el que muestra con mejor precisión las condiciones en las que se desenvuelve el mercado laboral paraguayo. En efecto, la importancia del subempleo medido por las encuestas regulares de la DGEEC muestra que este concentraba algo más de un cuarto del empleo

**Cuadro 4. Población en edad de trabajar y componentes principales, 2006-2014**  
 (en cantidad de personas y porcentajes)

Variables	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Población en edad de trabajar	4.609.121	4.734.593	4.840.821	5.028.575	5.111.009	5.297.713	5.309.235	5.502.504	5.617.211
Fuerza de trabajo	2.735.646	2.877.530	2.996.853	3.163.241	3.094.307	3.215.510	3.412.443	3.446.720	3.460.249
Ocupados	2.553.640	2.716.365	2.825.919	2.960.843	2.918.736	3.034.771	3.246.904	3.274.819	3.250.976
Desocupados	182.006	161.165	170.934	202.398	175.571	180.739	165.539	171.901	209.273
Subempleados	657.577	762.117	782.825	792.476	708.918	707.655	702.502	656.219	690.469
<b>Tasa de participación</b> (porcentaje fuerza de trabajo)	59,4	60,8	61,9	62,9	60,5	60,7	64,3	62,6	61,6
<b>Desempleo abierto</b> (porcentaje fuerza de trabajo)	6,7	5,6	5,7	6,4	5,7	5,6	4,9	5,0	6,0
<b>Subempleo</b> (porcentaje del empleo total)	25,8	28,1	27,7	26,8	24,3	23,3	21,6	20,0	21,2

Fuente: elaboración propia según DGEEC (varios años).

total y que luego de alcanzar un máximo de 28,1% en 2007, ha descendido hasta el 21,2% en 2014.

Desde el punto de vista de la composición del empleo según categorías en la ocupación, se observa que en 2014 al nivel del país es el trabajo dependiente el mayoritario (48,8% del total), fundamentalmente privado (cf. cuadro 5). Le sigue en importancia el empleo por cuenta propia con el 31,2% y el resto lo conforman los familiares no remunerados, el trabajo doméstico y los empleadores.

Al considerar áreas de residencia se observan cambios en la estructura señalada, ya que en las zonas urbanas el empleo asalariado aumenta su importancia respecto del total del país al 59,9% y se reduce la proporción de los trabajadores independientes y lo propio ocurre con las categorías de empleo doméstico y empleadores. En contrapartida, en las zonas rurales se observa que si bien el empleo asalariado conserva su mayor importancia esta es solo levemente superior a la del trabajo por cuenta propia, el que alcanza al 44,5% del total del empleo rural y que la proporción de los familiares no remunerados duplica a la registrada al nivel del país.

**Cuadro 5. Ocupados por áreas de residencia y sexo, según categorías ocupacionales, 2014**  
(en porcentaje de los totales respectivos)

Categoría ocupacional	Total país <sup>a/</sup>			Urbana			Rural		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Empleado / obrero público	9,8	8,1	12,3	13,0	11,3	15,2	4,9	4,0	6,5
Empleado / obrero privado	39,0	47,4	26,5	46,9	57,2	33,9	27,0	34,9	11,8
Empleador o patrón	6,3	7,7	4,2	7,1	8,7	5,1	5,1	6,5	(*)
Trabajador cuenta propia	31,2	28,8	34,8	22,4	20,0	25,5	44,5	40,1	53,1
Trabajador familiar no remunerado	6,9	7,3	6,2	2,4	2,2	2,7	13,6	13,7	13,2
Empleo doméstico	6,8	0,7	16,0	8,2	(*)	17,6	4,9	(*)	12,9

Fuente: elaboración propia según DGEEC, *Encuesta Permanente de Hogares* (2014).

Notas:

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

(\*) Insuficiencia muestral, menor a 30 casos.

La distribución del empleo según categorías ocupacionales difiere según el sexo. Para el caso de los hombres es el trabajo asalariado el mayoritario (55,5%), especialmente en zonas urbanas, y entre las mujeres lo es el trabajo por cuenta propia (34,8%), principalmente en áreas rurales y el empleo doméstico en las urbanas.

El cuadro 6 presenta un panorama general de la situación de los ingresos de la población ocupada en el que se muestran los niveles de ingresos registrados para 2014 distinguiendo por zonas de residencia, categorías ocupacionales y sexo. Al respecto, destacan las diferencias según residencia, ya que para todas las categorías ocupacionales los niveles de ingresos en las zonas urbanas son mayores al promedio del país y claramente superiores a los registrados en las zonas rurales.

Entre categorías ocupacionales, los niveles de ingresos más altos se presentan entre los patrones o empleadores. En promedio, los salarios de los empleados públicos son consistentemente mayores que los del sector privado, lo que también se aplica para los grupos de hombres y mujeres, en cada caso, y los salarios medios (públicos y privados) son mayores que el ingreso medio de los trabajadores por cuenta propia. Finalmente, la información presentada muestra que los salarios medios de las mujeres respecto de los hombres son sistemáticamente inferiores para todas las categorías y según zonas de residencia.

En todo caso, la característica principal del mercado de trabajo paraguayo es la alta importancia del empleo informal. En efecto, de acuerdo con la información proporcionada en el gráfico 12a, el empleo informal representa una fracción mayoritaria del empleo total no agrícola del país, no obstante que ha registrado una disminución importante entre el 2009 y 2013; de 6,1 puntos porcentuales al pasar desde el 69,9% al 63,8%. Al mismo tiempo, es posible observar que la informalidad en el empleo es mayor entre las mujeres que en los hombres, no obstante que en cada caso también se presentan las tendencias a su reducción en el período.<sup>3</sup>

Por otra parte, en el gráfico 12b se ilustran los cambios observados en los componentes del empleo informal entre 2009 y 2013. Así, se tiene que la caída en el empleo informal no agrícola señalada se explica principalmente por una disminución de la importancia de los empleos informales en el sector informal, seguida por una reducción menor de la proporción de empleos informales en el sector formal de la economía. Finalmente, un menor cambio en la composición de los empleos

---

<sup>3</sup> La definición de empleo informal corresponde al número de trabajos informales, tanto en empresas del sector formal, empresas del sector informal y en los hogares; los empleadores y trabajadores por cuenta propia que trabajan en sus propias empresas del sector informal, los miembros de cooperativas de productores informales, los trabajadores familiares auxiliares en empresas del sector formal o informal y los trabajadores por cuenta propia que producen bienes para el consumo final para su hogar (basado en la 17.ª Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo, CIET).

**Cuadro 6. Promedio de ingreso mensual de la población ocupada en la ocupación principal por sexo, según área de residencia y categoría ocupacional, 2014<sup>a/</sup>**  
(en miles de guaraníes)

Área de residencia y categoría ocupacional	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Total país <sup>b/</sup>	2.193	2.492	1.750
Empleado / obrero público	3.345	3.920	2.779
Empleado / obrero privado	2.152	2.224	1.960
Empleador o patrón	5.501	6.007	4.143
Trabajador por cuenta propia	1.450	1.640	1.212
Empleado doméstico	1.159	1.402	1.144
Urbana	2.467	2.846	1.986
Empleado / obrero público	3.536	4.211	2.902
Empleado / obrero privado	2.231	2.337	2.007
Empleador o patrón	5.801	6.299	4.719
Trabajador por cuenta propia	1.742	2.074	1.412
Empleado doméstico	1.229	(*)	1.205
Rural	1.718	1.974	1.220
Empleado / obrero público	2.580	2.883	2.214
Empleado / obrero privado	1.944	1.987	1.696
Empleador o patrón	4.833	5.467	(*)
Trabajador por cuenta propia	1.224	1.361	1.018
Empleado doméstico	978	(*)	977

Fuente: DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (2014).

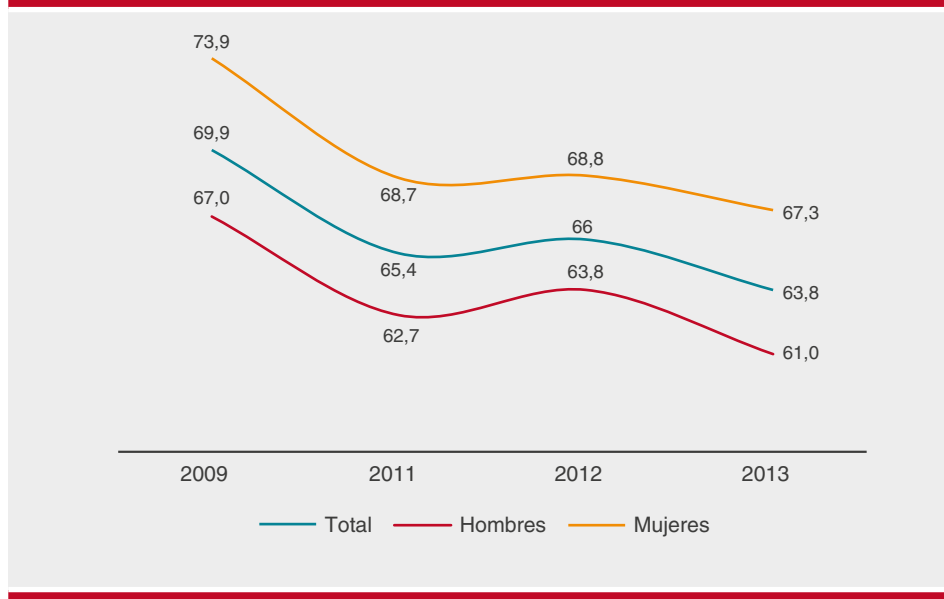
Notas:

<sup>a/</sup> No incluye ingreso igual a cero.

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

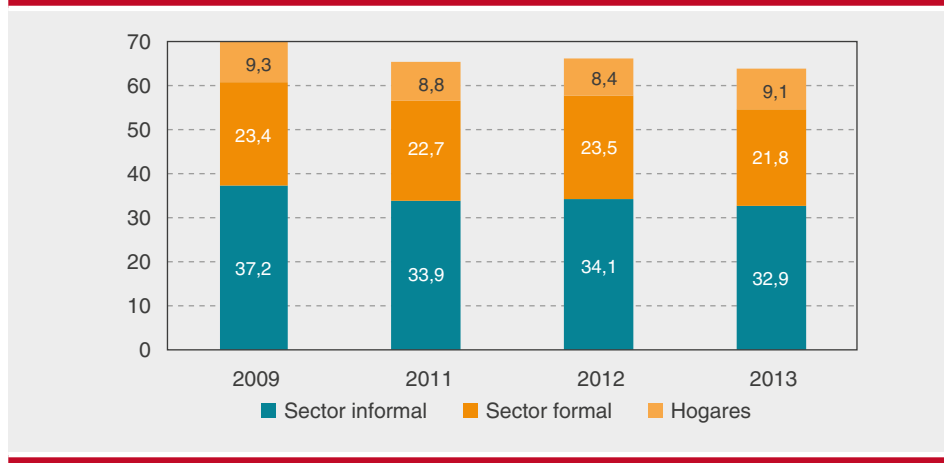
(\*) Insuficiencia muestral, menor a 30 casos.

**Gráfico 12a. Empleo informal no agrícola, 2009-2013**  
(en porcentaje del empleo total no agrícola)



Fuente: OIT (2014).

**Gráfico 12b. Empleo informal no agrícola por componentes, 2009-2013**  
(en porcentajes de totales)



Fuente: OIT (2014).

informales se verificó en el componente de los hogares, registrando solo una caída de 0,2 puntos porcentuales en el período.

Atendiendo al área de residencia, los resultados publicados por la DGEEC (2016)<sup>4</sup> confirman que el sector rural es el más afectado por la informalidad. En efecto, en 2014 se estimó que esta alcanza al 74,3% de los ocupados en las áreas rurales, mientras que en las áreas urbanas esta alcanzó a 59,7%. También se observa que en las zonas rurales se registró la mayor reducción de los empleos informales en el período 2010-2014, al pasar de 83,9% en 2010 a la señalada proporción de 74,3% en 2014, es decir, cerca de 10 puntos porcentuales.

Al respecto, el Censo Agropecuario Nacional 2008 (CAN) estimó en 2008 unas 235.000 fincas de 20 hectáreas o menos en la región oriental y de 50 hectáreas o menos en la región occidental, en las que trabaja no solo el jefe de hogar, sino también el resto de la familia. El CAN relevó que en ellas trabajan alrededor de 680 mil personas de 15 años o más.<sup>5</sup>

La información presentada es complementaria con un aumento de la población que contribuye en el sistema de pensiones. El aumento señalado en el nivel de aseguramiento (jubilación) de los asalariados se asocia, en parte, con los cambios ocurridos en la estructura del empleo y con el rol que ha cumplido en esta materia la principal institución del sector, el Instituto de Previsión Social (IPS), en ampliar su base de cotizantes. Así, más del 80% del aumento en el número de trabajadores con cobertura de jubilaciones se registró en el sector terciario y específicamente en las ramas de “comercio, restaurantes y hoteles” y en “servicios comunales, sociales y personales”. En esta última rama adquiere relevancia el trabajo en el sector público que muestra un incremento de casi 30% entre 2007 y 2011.

De acuerdo con los datos de la EPH 2014, la población ocupada de 15 años y más que declara cotizar a una caja de jubilación representa el 20,4%. Si se realiza el análisis por tamaño de empresa (cf. cuadro 7), se obtiene que el 59,1% de la población ocupada declara trabajar solo o en una empresa de entre 2 y 5 personas y solo el 6,8% declara también cotizar a una caja de jubilación. El análisis muestra que a medida que aumenta el tamaño de empresa, también lo hace la población que cotiza al sistema, relevándose más del 78% para el caso de las empresas de más de 101 trabajadores. A pesar de los avances mencionados en el párrafo precedente,

<sup>4</sup> En colaboración con la OIT, la DGEEC estimó el empleo informal para el período 2010-2014 sobre la base de las Encuestas Permanentes de Hogares (EPH).

<sup>5</sup> La agricultura familiar no contaba con cobertura de ningún programa de seguridad social hasta el mes de agosto de 2013, en que una nueva ley generó la posibilidad de incorporación voluntaria al Fondo de Jubilaciones y Pensiones del IPS. Este es un programa que requiere una evaluación de sus resultados.

el sistema de previsión social continúa reportando bajos niveles de cobertura. Los altos niveles de informalidad, especialmente dentro del sector de la micro y pequeña empresa y los trabajadores independientes y la ausencia de una afiliación obligatoria por parte de estos últimos, constituyen los puntos principales de la situación observada.

**Cuadro 7. Población ocupada según tamaño de la empresa que aporta a una caja de jubilación, 2014**  
(cantidad de personas)

Tamaño de la empresa	Aporta a una caja de jubilación		Total	Total (porcentajes)	Aportantes (porcentajes)
	Sí	No			
Solo	2.488	742.337	744.825	24,4	0,3
2 a 5 personas	69.119	989.123	1.058.242	34,7	6,5
6 a 10 personas	85.777	215.568	301.345	9,9	28,5
11 a 20 personas	109.537	113.338	222.875	7,3	49,1
21 a 50 personas	117.817	67.627	185.444	6,1	63,5
51 a 100 personas	87.308	45.620	132.928	4,4	65,7
101 a 500 personas	99.409	27.183	126.592	4,1	78,5
Más de 500 personas	46.613	12.712	59.325	1,9	78,6
Empleado doméstico	4.961	214.351	219.312	7,2	2,3
<b>Total</b>	<b>623.029</b>	<b>2.427.859</b>	<b>3.050.888</b>	<b>100,0</b>	<b>20,4</b>

Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEEC - EPH (2014).



### III. Evolución y configuración actual de la seguridad social

El régimen paraguayo de jubilaciones y pensiones nace como una iniciativa del Estado en la primera década del siglo pasado con el objeto de asegurar a los trabajadores una protección contra los riesgos de vejez, invalidez y muerte (IVM). La Ley de Organización Administrativa de 1909 estableció los beneficios de jubilación ordinaria y extraordinaria para funcionarios y empleados permanentes de la administración, los policías y militares, el personal docente y los empleados públicos bancarios.

Posteriormente, distintas normas fueron ampliando los derechos en materia sociolaboral, incluyendo la protección de la maternidad y otras contingencias sociales que fueron inicialmente incluidas. En 1924 se crea la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Empleados Ferroviarios (Ley 641), y en 1943, por intermedio del Decreto Ley 17071, se crea el seguro de enfermedad, maternidad e invalidez de los trabajadores del sector privado. Luego, en 1950, se amplía el ámbito de aplicación del seguro social a los funcionarios de las instituciones autónomas y se extienden los beneficios de asistencia médica a la esposa o compañera e hijos de los asegurados. Se amplía además el subsidio en dinero a los asegurados que, por causa de enfermedad, han perdido su capacidad para generar ingresos.

Este Decreto Ley 17071 instituyó también el Instituto de Previsión Social (IPS) con el propósito de proteger la salud de los trabajadores asalariados del país, a partir de la premisa de que *es función propia del Estado asegurar al ciudadano los medios que le pongan a cubierto de los azares de la vida en lo que respecta a enfermedad, maternidad, invalidez, accidente de trabajo, etcétera*. Con el transcurso del tiempo, diversas normas se fueron sucediendo para extender la cobertura frente a los riesgos de vejez, invalidez y muerte de sectores específicos:

- Ley 105 de 1951. Caja de Jubilaciones y Pensiones de Empleados Bancarios.
- Ley 71 de 1968. Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal de la Administración Central de Electricidad (ANDE).
- Ley 740 de 1978. Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal Municipal de Asunción.
- Ley 842 de 1980. Fondo de Jubilaciones y Pensiones para miembros del Poder Legislativo.
- Ley 1361 de 1998. Caja paraguaya de jubilaciones y pensiones del personal de la ITAIPU Binacional.

Las prestaciones contempladas en el ámbito de aplicación son financiadas por contribuciones obligatorias que, como porcentaje sobre la remuneración, son pagadas por el trabajador asegurado, el empleador y en el caso del seguro social que administra el Instituto de Previsión Social, el Estado también participa con una contribución del 1,5%.

El sistema de jubilaciones y pensiones de Paraguay presenta una alta fragmentación y bajos niveles de cobertura. Los distintos subsistemas que lo integran muestran diferencias sustanciales en cuanto a sus parámetros principales, como la edad de retiro, tasa de sustitución (reemplazo) y base salarial para el cálculo de las prestaciones, y problemas comunes como deficiencias en materia de gestión y supervisión que incluyen la consideración de las mejores prácticas en materia de gobernanza y la gestión de la recaudación e inversión de los fondos jubilatorios.

Si bien los distintos temas relacionados con las prestaciones de cada sistema, su financiamiento y demás parámetros del sistema son abordados más adelante, resulta importante destacar las diferencias que en materia de beneficios son regulados en los distintos sistemas previsionales o entre los subsistemas de estos últimos y donde la Caja Fiscal constituye un caso particular. En efecto, los distintos regímenes que integran la Caja Fiscal –programas civiles y no civiles– relevan distintos niveles de beneficios, años de cotización, edad de retiro, tasa de cotización, remuneración imponible e indexaciones de las jubilaciones.

En el 2003 se introdujeron importantes cambios paramétricos al sistema de la Caja Fiscal. En efecto, la Ley 2345 dispuso elevar la tasa de cotización al 16%, fijar que la determinación de las jubilaciones, pensiones y haberes de retiro se calculen en función del promedio de las remuneraciones imponibles percibidas durante los últimos cinco años, reducir e igualar en 65% las pensiones de sobrevivencia de todos los regímenes, establecer un mecanismo de actualización homogéneo, introducir nuevas tasas de sustitución basadas en los años de aportes o antigüedad –excepto magisterio nacional, militares y policías– y reducir las tasas de sustitución para el magisterio nacional (Ortiz y Navarro, 2012).

**Cuadro 8. Características principales de los distintos regímenes de la Caja Fiscal**

Requisitos y beneficios	Administración Central	Magistrados Judiciales	Magisterio Nacional	Docentes Universitarios	Militares	Policias
Tasa de contribución	16%					
Base de contribución	Salario base, horas extras, gastos de representación y bonificación. Se excluye el aguinaldo.					
Edad de retiro	62 años de edad y 20 de servicios					
Edad mínima para retiro anticipado	50 años de edad y 20 de servicios			No requiere		
Tasa de sustitución	47% más 2,7% por año de servicio adicional		83% y 25 años de servicio 87% y 28 años de servicio		100%	
Remuneración base para jubilación	Remuneración promedio de los últimos 5 años de servicio		Remuneración promedio de los últimos 5 o 10 años de servicio		Última remuneración	
Ajuste de las jubilaciones	Índice de Precios al Consumidor - IPC				Equiparado al mismo rango en actividad	
13° haber jubilatorio	Aguinaldo jubilatorio					

*Fuente:* elaboración propia sobre la base de la normativa actual.

Si bien Paraguay adolece de un sistema integrado de seguridad social y en particular de previsión social, exteriorizado principalmente por la alta fragmentación del sistema mencionado más arriba, resulta igualmente importante destacar la Ley 3856 del 2009, que establece la acumulación del tiempo de servicios en las distintas Cajas de Jubilaciones y Pensiones de Paraguay. Bajo este instrumento se reconocen y totalizan los distintos períodos de cotización –parciales, sucesivos y no simultáneos– para los efectos previsionales. Se trata de un mecanismo de coordinación de normas previsionales que permite a quien lo invoca la percepción de un beneficio a *pro rata tempore*, donde cada caja previsional financiará una parte de la futura jubilación en función de los períodos de cotización que se hayan reconocido.

La extensión de la cobertura de seguridad social en el país es un desafío. Para ello, el país ha promovido la incorporación voluntaria de los trabajadores independientes, los empleadores y las amas de casa al seguro social gestionado por el Instituto de Previsión Social (IPS). La Ley 4933 de 2013 establece que los beneficiarios del sistema voluntario son los siguientes: (a) los trabajadores independientes, quienes se desempeñan habitualmente en actividades lucrativas por cuenta propia y no cuentan con personal asalariado a su cargo; (b) los empleadores, que en función de empresa, negocio o actividad lícita de cualquier clase, utilizan mediante un

contrato de trabajo escrito o verbal los servicios de una o más personas; (c) los propietarios de la micro, pequeña o mediana empresa; (d) y las amas de casa que realicen tareas domésticas en su propio domicilio sin percibir remuneración alguna.

La Ley 5407 de 2015 sobre trabajo doméstico constituye otro aporte importante para promover la incorporación de un grupo importante de trabajadoras al seguro social. En efecto, esta legislación define como trabajo doméstico a la prestación subordinada, habitual, remunerada, con retiro o sin retiro, de servicios consistentes en la realización de las tareas de aseo, cocina y demás inherentes a un hogar, residencia o habitación particular y fija su afiliación obligatoria al seguro social. Se establece que la incorporación al seguro social será financiada por un aporte de la trabajadora del 9% y una contribución del empleador del 14%. Adicionalmente estipula que el salario mínimo para el trabajo doméstico no podrá ser inferior al 60% del salario mínimo legal.

Sin duda que la creación del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS) constituye un hito importante en la historia del país y de la seguridad social en particular. El ministerio fue creado por la Ley 5115 de 2013, asignándosele entre otros la rectoría y autoridad administrativa de la seguridad social. Supletoriamente, el ministerio tiene a su cargo las atribuciones de formular, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas nacionales y sectoriales en materia de seguridad social.

En tiempos recientes el MTESS ha promovido distintas instancias de diálogo social con el acompañamiento de la OIT, con el objeto de abordar el estado de situación actual de la seguridad social y, así, promover la construcción de una estrategia nacional que permita sortear las principales dificultades del sistema fijando las bases para la extensión de la cobertura. Otro desafío importante lo constituye la ausencia de coordinación entre las distintas cajas, entre el sistema contributivo y no contributivo y entre las distintas entidades rectoras y gestoras de estos últimos.

En este contexto parece importante introducir la Recomendación 202 (R202), adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo (OIT, 2012) que establece la necesidad de aplicar progresivamente sistemas integrales y adecuados de seguridad social, que sean coherentes con los objetivos de las políticas nacionales y tratar de articular las políticas de seguridad social con las demás políticas públicas.

Estas garantías deberían asegurar como mínimo que, durante el ciclo de vida, todas las personas necesitadas tengan acceso a una atención de salud esencial y a una seguridad básica del ingreso que garantice conjuntamente un acceso efectivo a los bienes y servicios definidos como necesarios a nivel nacional. Por ello, los pisos de protección social deberían comprender por lo menos las siguientes garantías básicas de seguridad social:

- acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, que constituyen la *atención de salud esencial*, incluida la atención de la maternidad, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad;
- seguridad básica del *ingreso para los niños*, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios;
- seguridad básica del ingreso, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional para las *personas en edad activa* que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez, y;
- seguridad básica del *ingreso para las personas de edad*, por lo menos equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional.

Por su parte, el Convenio 102 sobre norma mínima de seguridad social de 1952 define nueve ramas de la seguridad social, establece normas mínimas para cada una de ellas y enuncia principios para la sostenibilidad y buena gobernanza. Además, incluye cláusulas de flexibilidad que permiten a los Estados Miembros que lo ratifiquen aceptar por lo menos tres de las nueve ramas, siempre que al menos una de ellas cubra la contingencia de desempleo, vejez, accidente del trabajo, invalidez o sobrevivientes, de modo que el mayor número posible de países puedan cumplir los requisitos que en él se establecen. Si bien a la fecha del presente informe Paraguay no ha ratificado el Convenio 102, resulta importante destacar que el tema es objeto de discusión en el proceso de diálogo social promovido por el MTESS y, por tanto, su posible ratificación sigue actualmente en estudio.

Se trata en consecuencia de la protección ante contingencias asociadas a la condición de trabajador (seguridad ante accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y desempleo); a las relativas a las enfermedades y por tanto la cobertura se aplica también a cónyuges e hijos, con lo que el derecho no queda exclusivamente vinculado a la existencia de una relación de trabajo (asistencia médica, maternidad, prestaciones ante enfermedad y prestaciones familiares) y ante el término de la vida laboral, ya sea por invalidez, vejez o sobrevivencia.

En cuanto a los montos de las prestaciones, estas pueden adoptar la modalidad de servicios o de pagos monetarios periódicos dependiendo de la naturaleza de la contingencia protegida. Al respecto, dicho Convenio 102 establece un conjunto de disposiciones para el cálculo de las prestaciones en las que se establece una norma mínima de adecuación de estas en cada una de sus ramas: *un nivel mínimo de prestaciones* que se habrán de pagar en caso de que se presente alguna de las contingencias, *las condiciones* para tener derecho a recibir las prestaciones prescritas, y *los períodos en que regirá ese derecho*.

A continuación se realiza un diagnóstico acerca de la situación de la protección social en el país, identificando las brechas de protección social en las cuatro

garantías básicas definidas en la Recomendación 202 relativa a los pisos nacionales de protección social y teniendo como referencia el Convenio 102 de norma mínima de seguridad social. Respecto de dicha base se identifican los principales desafíos en orden a ampliar la cobertura de la protección social en Paraguay.

## 1. GARANTÍA DE ATENCIÓN DE SALUD ESENCIAL

La garantía en esta materia se define como el acceso a un conjunto de bienes y servicios definido a nivel nacional, constituido por la atención de salud esencial, incluida la atención de la maternidad, que cumpla los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

### a) Principales características del sistema de salud

El derecho a la salud está reconocido en la Constitución Nacional de la República de Paraguay, donde se establecen los principios y valores que lo sustentan. Por su parte, el Ministerio de Salud y Bienestar Social –creado por Decreto Ley 2001 de 1936– es el organismo responsable por la política nacional de salud y bienestar debiendo establecer sus planes y programas en función de los objetivos y estrategias de desarrollo económico y social del país.

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

El sistema de salud en Paraguay está regulado por la Ley 1032 de 1996, que define que los servicios de sanidad pueden ser suministrados por los sectores públicos, privados y los subsectores mixtos (Lavigne, 2012). Se trató de una reforma que creó el Sistema Nacional de Salud (SNS) y que consideró para su funcionamiento los principios de equidad, igualdad, calidad, eficiencia y participación social, así como la descentralización regional de los servicios del subsistema público. La creación del SNS dio pauta al surgimiento de una estructura orgánica de 18 Regiones Sanitarias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) autónomas. Además,

la ley consideró la creación de los Consejos de Salud, a nivel nacional, regional y local; organismos encargados de impulsar el SNS.

Como se presenta en el cuadro 9, el Sistema Nacional de Salud (SNS) está compuesto por tres subsectores. El subsector público administrado por el MSPBS, la sanidad de las fuerzas armadas y el cuerpo de policía, el Hospital de Clínicas (Hospital-Escuela), el Centro Materno Infantil de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción y los servicios asistenciales de las empresas descentralizadas Itaipú y Yacyretá. Por otro lado, el subsector de la seguridad social, por medio del Instituto de Previsión Social (IPS), el que además contempla los seguros de invalidez, vejez y muerte y de riesgos laborales, así como diversos subsidios como el de maternidad. Por último existe un subsector privado de menor desarrollo. En el citado cuadro se presentan las principales características que definen cada subsector.

El sistema de salud de Paraguay, al igual que otros sistemas de la región, se caracteriza por una elevada fragmentación y segmentación entre los sectores que lo conforman, sostenido por un alto gasto proveniente de los hogares y con coberturas asimétricas (Giménez, 2012). A pesar de algunos intentos por coordinar e integrar los distintos subsectores que lo componen, estos continúan operando de manera independiente y sin articulación.

### **b) Subsectores público, seguridad social y privado: Ámbito de aplicación y financiamiento**

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

Las acciones de promoción, prevención y vigilancia de la salud a nivel nacional están a cargo del MSPBS, así como las de curación y rehabilitación. Debe notarse que las personas que se atienden en las instalaciones del MSPBS tienen acceso a servicios ambulatorios y de hospitalización gratuitos, pero no se cuenta con un paquete de beneficios explícito. La seguridad social provee servicios de atención a la salud (curación, rehabilitación, subsidio por accidentes, maternidad, medicamentos) a la población trabajadora cotizante al seguro,<sup>1</sup> así como beneficios

<sup>1</sup> El IPS brinda a los trabajadores afiliados atención médico-quirúrgica y dental, medicamentos y hospitalización, subsidio en dinero por reposo por enfermedad, provisión de aparatos de prótesis y ortopedia. Estos subsidios cubren a las personas empleadas, incluidos los

**Cuadro 9. Estructura del sistema de salud**

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

Fuente: OPS (2008) y Lavigne (2012).



de jubilación y pensión a una parte de los asegurados. Otras instituciones públicas como la Universidad Nacional de Asunción mediante el Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil, brindan atención curativa con alcance nacional. Por su parte, las Sanidades Policial, Militar y de la Armada ofrecen acciones de curación dirigidas a sus poblaciones específicas. Por último, las instituciones de salud del sector privado brindan atención curativa y de rehabilitación.

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

El Instituto de Previsión Social (IPS) es un ente autárquico con personería jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto administrar el seguro social de Paraguay. El seguro social administra dos regímenes, uno general que incluye prestaciones de largo y corto plazo y otro especial que cubre solo salud, que gestionan distintas coberturas frente a las contingencias asociadas a la enfermedad, vejez, invalidez, muerte, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. La dirección y administración del IPS está a cargo de un consejo de administración integrado por un presidente y cinco consejeros titulares en representación del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, el Ministerio de Salud, de los empleadores, de los asegurados y de los jubilados y pensionados de la Institución.

El ámbito de aplicación del seguro social se extiende a los trabajadores del sector privado, de empresas paraestatales y mixtas, trabajadores domésticos, así como para el magisterio y otros grupos. La cobertura incluye atención médico-quirúrgica, dental, medicamentos, hospitalización, prótesis, aparatos de ortopedia y subsidios económicos durante la incapacidad que ocasione la enfermedad. El fondo de salud del IPS se financia por medio de cotizaciones de los trabajadores (9%), los empleadores (14%) y el Estado (1,5%).<sup>2</sup>

---

empleados de entidades estatales descentralizadas y empresas semipúblicas y maestros. Los trabajadores domésticos están cubiertos bajo un sistema especial. La cobertura de esta contingencia es voluntaria para los trabajadores autónomos. Los beneficios del asegurado para la atención médico-quirúrgica se extienden a la esposa del asegurado, o concubina con dos años de convivencia, y el esposo de la asegurada cuando se encuentre eventualmente sin trabajo, a los hijos solteros del asegurado hasta que cumplan la mayoría de edad y los incapacitados mientras dure la incapacidad, y los padres mayores de 60 años que vivan bajo la protección del asegurado y a la esposa del jubilado, y el esposo de la jubilada mayor de 60 años que se encuentre desempleado y sin protección de otro régimen asistencial.

<sup>2</sup> Hasta la fecha dicho aporte estatal no se ha efectuado.

En julio de 2015 el IPS registraba 517.457 cotizantes al régimen general, 192.844 cotizantes al régimen especial, 14.217 veteranos y herederos correspondientes al régimen no contributivo y 653.263 familiares declarados como beneficiarios del seguro de salud. En total, el seguro social computaba 1.377.781 personas beneficiarias con acceso a prestaciones del seguro social de salud.<sup>3</sup>

De acuerdo con el análisis desarrollado por Guillén (2011), el MSPBS y el IPS constituyen las dos instituciones más importantes para la atención de salud a la población, ya que cubren cerca del 95% de esta. Ambas instituciones cuentan con establecimientos de salud de diversa complejidad, distribuidos por el territorio nacional, aunque la atención primaria solo existe en la red del MSPBS.

El mismo autor estimaba en 2011 que el MSPBS contaba con 1.028 establecimientos de salud, de estos 354 tenían internación; y el IPS con 78 establecimientos, de los que 41 contaban con internación. Entre ambas instituciones se disponía así de 6.156 camas, equivalente a una tasa de una cama por cada 1.000 habitantes. Las gobernaciones poseen clínicas externas en ciudades como Encarnación, Ciudad del Este y Coronel Oviedo, así como farmacias sociales en todas ellas. En cambio, los municipios poseen una policlínica de especialidades en Asunción y un Hospital Municipal Pediátrico en Encarnación.

En materia de coordinación e intercambio de prestaciones entre el Ministerio de Salud y Bienestar Social y el Instituto de Previsión Social, rigen las disposiciones del Decreto 7833 del 2011. El mismo dispone que el MSPBS y el IPS formulen e implementen acuerdos interinstitucionales destinados a proveer de atención médica complementada, coordinada y conjunta, bajo la denominación de Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

El Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción son financiados por el Tesoro Nacional e ingresos propios producto de los aranceles de estudios especializados. Los servicios prestados incluyen la atención ambulatoria y hospitalaria. El Hospital de Clínicas posee un establecimiento de alta complejidad ubicado en el campo de San Lorenzo.

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

---

<sup>3</sup> Gerencia de Prestaciones Económicas del Instituto de Previsión Social (IPS), julio de 2015.

Desde octubre de 2003, la Itaipú realiza acciones para ampliar la cobertura y mejorar las condiciones de la atención pública en salud. Desde entonces, 1.718.402 personas se han beneficiado de una atención gratuita promovida con apoyo financiero de la empresa; 1.159.896 fueron atendidas en los móviles de salud y 558.506 en los hospitales y dispensarios. Además, la empresa hidroeléctrica realiza aportes financieros a centros de atención médica, efectiviza mejoras de la infraestructura edilicia y provee de equipos médicos y ambulancias con el equipo necesario a diversos municipios del país.

Por su parte, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad Policial cubren, respectivamente, a los militares y policías en activo o retirados y sus familiares y a los excombatientes de la Guerra del Chaco, además de atender a la población civil en los lugares en donde no existen otros prestadores públicos o privados. Sus recursos provienen del Presupuesto General de Gastos de la Nación mediante el Ministerio del Interior, la Policía Nacional y el Ministerio de Defensa. Las Sanidades Militar, Policial y de la Armada cuentan con el Hospital Militar, Policlínico Policial y Consultorio Externo, respectivamente, ubicados en la capital del país. Su fuente de financiamiento es fiscal y el copago de sus afiliados y su cobertura es reducida.

El sector privado con fines de lucro proporciona atención curativa y de rehabilitación a alrededor del 7% de la población del país, y sus hospitales y sanatorios se localizan en áreas urbanas de Asunción, Central y en las principales ciudades del resto del país. Las cooperativas, por su parte, prestan en su mayoría servicios prepagos y cuentan con dos hospitales: en el Chaco y en el departamento de San Pedro (Guillén, 2011). Las instituciones mixtas se financian con una combinación de recursos públicos y también privados. La Cruz Roja Paraguaya, por ejemplo, además de las donaciones proporcionadas por una fundación privada, cuenta con el apoyo del MSPBS, el que paga los salarios de su personal.

Finalmente, el Consejo Nacional de Salud es la entidad encargada de articular a los sectores públicos y privados, en el marco de la descentralización administrativa del sistema de salud, y ha creado los Consejos Locales de Salud, tutelados por el señalado consejo, con el fin de mejorar la equidad de acceso entre las diferentes zonas geográficas.<sup>4</sup> Sin embargo, pese a contar con dicho marco legal, el sistema de salud no

<sup>4</sup> Explícitamente establece que: *El sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo y que tendrá como pilar básico, el concepto científico de atención integral de la salud, que armoniza como un todo las funciones de protección de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación del enfermo, y lo incorpora como estrategia capaz de controlar las causas biosocioeconómicas y culturales de la enfermedad. Asimismo, define que implementará Estrategias y programas de atención primaria de la salud, como base fundamental de extensión de cobertura a toda la*

ha logrado impedir su segmentación, de tal manera que ha persistido la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión.

Al respecto, Giménez (2012) ha planteado que la Ley 1032 de 1996 se ha constituido en una “reforma que no sucedió”, ya que tal norma no ha logrado cambiar el sistema de salud tanto por falta de voluntad política así como por la falta de herramientas y mecanismos institucionales para su implementación. Así, a 20 años de la reforma constitucional y a 16 años de la promulgación de la ley que creó el Sistema Nacional de Salud, no se ha logrado modificar el modelo de gestión, de atención ni el modelo de financiamiento.

El mismo autor plantea que en materia de descentralización del sistema no se observan avances significativos, y una prueba de ello es que las gobernaciones y municipalidades participan apenas en el 3% del gasto público en salud. Por otra parte, las estructuras para impulsar la descentralización y la articulación del SNS no se han implementado en su totalidad, pues de las tres direcciones ejecutivas, la Superintendencia de Salud, la Dirección Médica Nacional y la Dirección del Fondo Nacional de Salud, solo la primera ha sido estructurada, como se ilustra en el recuadro 2. Así, no se registran avances en el diseño de normas de funcionamiento, gerencia del sistema ni en el desarrollo de una política de financiamiento sectorial y tampoco en la organización y administración del *seguro médico nacional*.

Por último, el autor también plantea que el Consejo Nacional de Salud no ha logrado funcionar de manera continua desde su creación, ya que nunca se ha reunido de manera ordinaria. Entre 1996 y el 2008, menos del 10% de los municipios contaban con consejos de salud funcionando y solo desde 2008, mediante la creación del *Fondo de Equidad para la Descentralización en Salud*, se conformaron más de 200 consejos de salud en el 80% de los municipios. El Ministerio de Salud, mediante este Fondo, transfiere alrededor del 1% de su presupuesto con el objetivo de asegurar que los consejos apoyen el funcionamiento de los establecimientos de salud de sus comunidades e implementen planes locales de salud.<sup>5</sup>

Si bien el resultado principal del proceso señalado ha generado un importante espacio de participación social y de encuentro entre diferentes actores locales, no se ha logrado su descentralización efectiva ni tampoco la articulación sistemática de sus subsistemas, por lo que las mejoras paramétricas introducidas en cada

---

*población urbana y rural*. Esta ley también crea institucionalmente los consejos locales y regionales de salud como mecanismo de participación en el sector y como articulador del sistema en el marco de un proceso de descentralización. Giménez (2012, *op. cit.*).

<sup>5</sup> Gaete (2012), en un reciente estudio sobre la descentralización en Paraguay, analiza el efecto del Fondo de Equidad para mantener el funcionamiento de los consejos de salud existentes hasta el 2008 y cómo estos espacios de participación se han constituido en el avance más importante del modelo de descentralización planteado en la Ley 1032.

subsistema no han sido suficientes para superar los problemas estructurales del Sistema Nacional de Salud (Giménez, 2012).

### c) Primeros pasos hacia la cobertura universal

Desde 2008 el Sistema de Salud en Paraguay ha ido ejecutando importantes cambios asociados con la declaración de gratuidad que se extendió a todas las prestaciones ofrecidas por los servicios de salud dependientes de MSPBS. Tal declaración eliminó el pago de aranceles por parte de la población para acceder a todas las prestaciones médicas, odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del MSPBS.<sup>6</sup> Desde entonces, el Sistema Nacional de Salud ha buscado reorientarse en el marco de las “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad” asumidas y lideradas por el MSPBS para garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía. Dichas políticas consideran que la salud y calidad de vida es un derecho humano fundamental y se sustentan en los principios de universalidad, equidad, integralidad, interculturalidad y participación social. Desde esta perspectiva, se ha adoptado el compromiso de facilitar el acceso universal a la atención a la salud con calidad e incidir en los determinantes sociales de la salud-enfermedad, junto a otros actores y sectores del desarrollo (Guillén, 2011).

En dicho marco se ha impulsado también la reorganización de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud mediante la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS). Guillén (2011, *op. cit.*) señala que dicha red se ha ido implementando en el tiempo, reorientando el sistema hacia la atención primaria en salud e incorporando ejes estratégicos basados en la creación e implementación de Unidades de Salud de la Familia (USF). Las USF brindan servicios para atender y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población correspondiente a un territorio social asignado; así como garantizar a las personas la vinculación con la atención especializada (centros ambulatorios de especialidades), de urgencias y hospitalaria (hospitales básicos, de especialidades, etc.), según el grado de complejidad que se requiera.

En efecto, a octubre de 2011 la red de USF contaba con 704 unidades en 234 distritos que dieron acceso gratuito a servicios de salud a cerca de 2,5 millones de personas pertenecientes a los grupos más vulnerables de la sociedad. Cada USF ofrece servicios de atención primaria a una población entre 3.500 a 5.000 personas, ubicadas en un territorio social bajo su responsabilidad (Guillén, 2011).

---

<sup>6</sup> En términos monetarios, el quintil más pobre tenía un promedio de gasto de bolsillo de 115.140 guaraníes en 2007, el que descendió 19% en 2009. Por otra parte, facilitó y amplió el acceso a los servicios de salud públicos, ya que el número de consultas se incrementó en 63,4%, desde el 2007 al 2010, así como el número de las personas atendidas, pues de 1.924.860 se pasó a 3.034.485 personas en igual periodo.

Estas unidades se constituyen en puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y hacen parte de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que plantea un nuevo paradigma en el modelo de atención, pues parte de las necesidades y problemas de salud de las personas; cerca de donde ellas viven; con participación comunitaria; a lo largo de su ciclo de vida y mediante un equipo de salud compuesto por varios profesionales. La atención primaria es así, el eje principal que articula al Sistema Nacional de Salud, compuesto por la Red Integrada.

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

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

Si bien el resultado principal del proceso señalado ha sido el fortalecimiento de la democratización del sistema por medio de la consolidación de un importante espacio de participación social no se lograron avances importantes referidos a la descentralización y articulación efectiva entre los diversos subsistemas. Por otra parte, existen aspectos relacionados a la red de servicios que dificultan la atención integral y de calidad. La mayor debilidad del sistema se relaciona a la falta de infraestructura, equipamiento, recursos humanos especializados en la red hospitalaria, acceso a estudios auxiliares de diagnóstico, medicamentos y medios de transporte.

#### **d) El gasto en servicios de salud**

Las fuentes de financiamiento del SNS de Paraguay son los hogares, los empleadores y el Estado. Los hogares contribuyen (en 2010) con el 63,6% del gasto total en salud, el Estado con el 20,5% y el restante son cotizaciones a la seguridad social (15,9%). Los hogares pagan directamente por los servicios de salud a los proveedores privados, así como un copago arancelario por los servicios proporcionados por el MSPBS, y pagan indirectamente al sistema público de la salud por medio de los impuestos generales. Además, pagan las primas individuales y los copagos a los seguros privados o de las empresas médicas prepagas.

Los empleadores contribuyen indirectamente al sistema público con el pago de los impuestos generales y las contribuciones sociales al IPS. El Estado contribuye al sistema público vía presupuesto al MSPBS y al IPS según la legislación actual, aunque en la práctica no se ha formalizado este compromiso.

### Recuadro 3. Promoción, protección de la maternidad y apoyo a la lactancia materna, Ley 5508/2015

Paraguay ha tenido avances significativos en materia de protección de la maternidad. En efecto, a partir de la Ley 5508 de 2015 se instituye un nuevo marco normativo para la implementación de políticas relacionadas con la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, que garantiza los derechos de las madres trabajadoras en el período de amamantamiento, cualquiera fuere el tipo de contrato o prestación que se ejecute. La nueva normativa establece sanciones en caso de acreditarse casos de infracción a la misma.

En el contexto del análisis regional en materia de protección de la maternidad, Paraguay se encontraba como uno de los países que menor protección otorgaba a las mujeres trabajadoras en comparación con los regímenes de seguridad social de los demás países iberoamericanos, quienes otorgan prestaciones económicas y médicas integrales para esta contingencia. En la mayoría de los casos la prestación económica se acerca al 100% del salario de referencia de las trabajadoras y es financiado íntegramente por la seguridad social o con corresponsabilidad del empleador. El período de descanso se extiende de 12 a 18 semanas según cada legislación (OISS, 2014).

En el caso de Paraguay, la nueva legislación incrementa los permisos de maternidad de 12 a 18 semanas, con pago de un subsidio del 100% calculado sobre el último salario percibido por la trabajadora.\* También establece plazos superiores para el permiso de lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad del niño y la complementaria hasta los dos años de edad, protegiendo los derechos de las trabajadoras de usufructuar hasta 90 minutos durante los seis primeros meses su derecho a la lactancia. El período de gestación y de lactancia está garantizado con la prohibición de despido (fuero maternal) y el derecho a la estabilidad en el empleo durante la gestación y durante la lactancia.

Por otra parte, la ley establece los lineamientos básicos para el apoyo a la lactancia materna, amparados en criterios científicos que demuestran que la lactancia materna exclusiva (solo leche durante los primeros meses de vida del niño) y continuada disminuye en el niño los riesgos de alergias, dermatitis atópica, asma, diabetes tipo 1 y 2, hipertensión arterial, hipocolesterolemia, síndrome metabólico y obesidad. Para las madres, de igual forma, disminuye los riesgos de cáncer de mama y de ovario.

La nueva legislación amplió las garantías de protección a la maternidad y amplió la cobertura respecto de las madres adoptantes. Esta innovación legislativa permite que las mujeres que adopten a niños de entre 0 a 12 meses de edad, tengan los mismos derechos que las madres trabajadoras biológicas y obtengan los permisos usufructuando las prestaciones económicas correspondientes.

El permiso por paternidad es otro avance importante en materia de protección, que incentiva la responsabilidad de los padres y fortalece el vínculo familiar en la primera etapa de vida del niño. La ley otorga dos semanas de permiso por paternidad, con cargo exclusivo al empleador, bajo la condición de efectuar los trámites administrativos para reconocimiento e identidad del niño.

*Fuente:* elaboración propia sobre la base de la legislación actual.

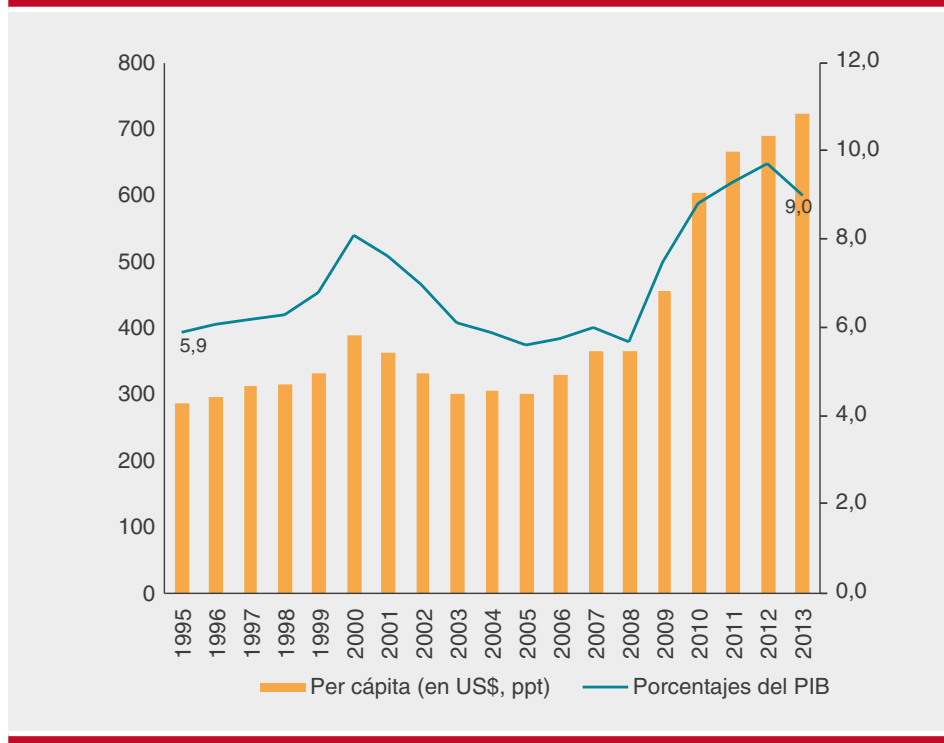
*\*/ Artículo 20, Ley 5508/15: Los permisos de maternidad establecidos en la presente ley serán efectivizados en forma progresiva, durante el periodo de tiempo descrito a continuación, hasta llegar a la concesión del 100% de los permisos dispuestos en la presente ley. A partir de la entrada en vigencia de la presente ley y por el plazo de 6 meses, el permiso de maternidad será de 14 semanas. A partir de los 6 meses de entrada en vigencia de la presente ley hasta el plazo de 1 año de entregada en vigencia de la presente ley, el permiso de maternidad será de 14 semanas. A partir del plazo de 1 año desde la fecha de entrada en vigencia de la presente ley y hasta el plazo de 3 años computados desde la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, el permiso de maternidad será de 18 semanas. La progresividad de la aplicación de la presente ley con relación al pago del subsidio a cargo del IPS, será a partir de la fecha de su promulgación en razón al 50% del salario hasta los 6 meses; del 75% del salario hasta los 12 meses y del 100% del salario a partir del tercer año de promulgada la presente ley.*



El crecimiento de la economía del país desde 2003, como se analizó anteriormente, ha favorecido una mayor inversión en salud con financiamiento público, así como también otras partidas del presupuesto anual de las entidades responsables del gasto social. Así, entre 2003 y 2011 el presupuesto del Ministerio de Salud se cuadruplicó, pasando de 462 mil millones a 2,2 billones de guaraníes. Por su parte, para 2015 el presupuesto asignado alcanzó a 4,4 billones de guaraníes (Ministerio de Hacienda, 2015). En todo caso, según información de CEPAL (2015), la proporción del gasto social en salud alcanzó el 23,7% en 2012; inferior al asignado a seguridad social y previsión (40,7%) y a educación (32,7%).

En complemento, como muestra el gráfico 13a, el gasto per cápita en salud creció en 154% entre 1996 y 2012, lo que se reflejó en un incremento de 5,9% a 9% del PIB entre los años analizados. Por su parte, en el gráfico 13b se observa que el componente mayoritario del gasto total en salud es el componente privado, y equivale al 61,5% en 2012, aunque este es inferior al 64% registrado en 1996.

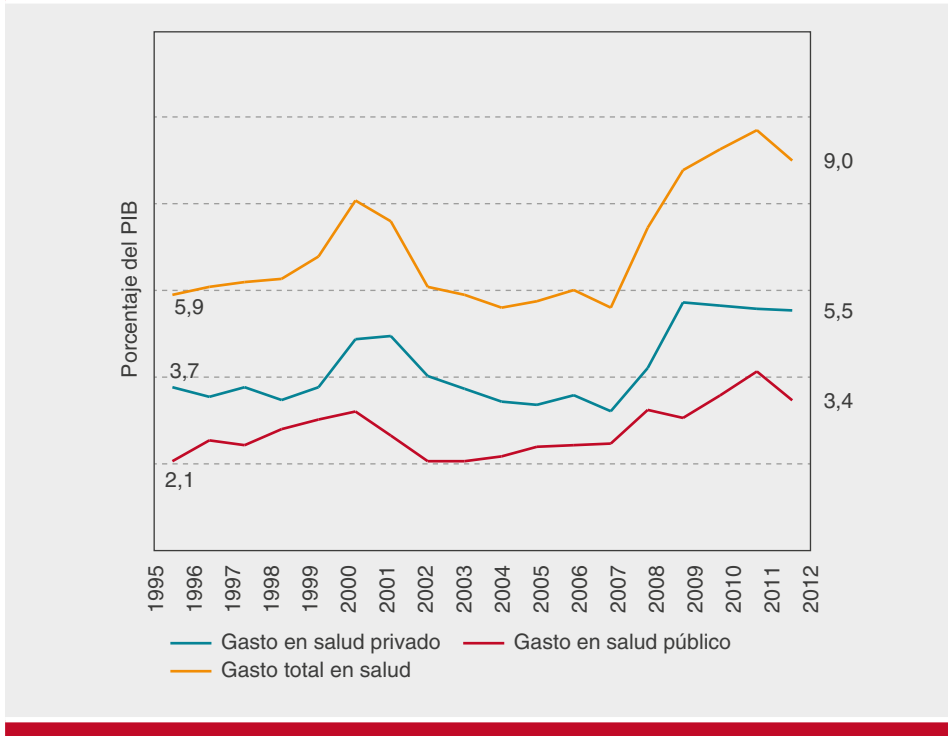
Gráfico 13a. Gasto total en salud, 1995-2013



Fuente: elaboración propia según OMS (2015).



Gráfico 13b. Gasto en salud, público y privado, 1995-2012



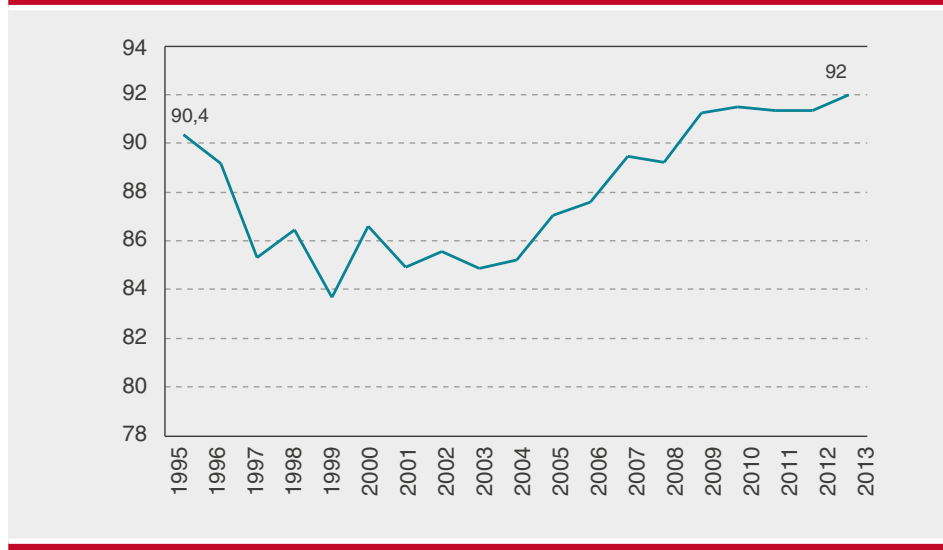
Fuente: elaboración propia según Banco Mundial (2015).

En todo caso, pese al aumento de la inversión en salud en los últimos años, este ha sido inferior al registrado para el promedio para América Latina. En efecto, Paraguay tiene uno de los gastos en salud per cápita más bajos de la región y presenta a su vez uno de los gastos privados más altos, pese a que la cobertura de beneficiarios es mayoritariamente cubierta por el componente público (Giménez, 2012, *op. cit.*).

Finalmente, según la información disponible que se muestra en el gráfico 14, se aprecia que el gasto de bolsillo en Paraguay respecto del gasto privado en salud es significativamente alto; pues en 2013 alcanzó al 91,4%, y sitúa al país entre los más altos de la región. Según Giménez (2012, *op. cit.*), este está constituido principalmente por medicamentos (52%), seguido por estudios diagnósticos y hospitalización, que representan el 12% y 9%, respectivamente.

Este tipo de gasto impacta en mayor medida en los hogares de menores ingresos. En efecto, Giménez (2012, *op. cit.*) muestra que para el quintil de menores ingresos

**Gráfico 14. Gasto de bolsillo, 1995-2013**  
(en porcentaje del gasto privado en salud)



Fuente: elaboración propia según OMS (2015).

los gastos por medicamentos, diagnóstico y hospitalarios tendrían un impacto potencial en el ingreso mensual del 11%, 16% y 54%, respectivamente, mientras que para el quintil más alto estos solo representan el 2%, 4% y 18% de sus ingresos mensuales. Lo anterior revela la importancia de la protección financiera para cubrir los gastos en salud, especialmente para la población de menores ingresos y se constituye así en una meta explícita de las políticas en la materia.

Finalmente, la OMS (2010) ha señalado que para evitar el efecto pobreza por el impacto catastrófico derivado de los gastos por enfermedades, el gasto de bolsillo debería reducirse en torno al 20% del total, el que se sugiere como un parámetro a alcanzar. Así, pese a que este ha sido el objetivo de la eliminación progresiva de los aranceles cobrados por prestación de servicios,<sup>7</sup> el gasto de bolsillo ha seguido

<sup>7</sup> De acuerdo con Giménez (2012, pág. 17), en 2001 se declaró la gratuidad para la realización de colposcopia, biopsia de cuello uterino, Papanicolaou, ligadura de trompas y provisión de DIU. En 2003 se eliminaron los aranceles para atención a embarazadas y consultas de niños de menores de cinco años y en 2005 se extendió esta medida alcanzando a niños menores de diez años incluida su internación. Ese mismo año se dispuso la provisión gratuita de insumos básicos para el parto conocido como *kit* de parto y se estableció la gratuidad para la realización de diagnóstico de tuberculosis. Durante el 2008 se estableció la eliminación de todos los aranceles remanentes para el uso de servicios

aumentando en los últimos años, pues para que estas medidas sean efectivas en su reducción es clave que se garantice la provisión de los servicios en el momento en que estos sean requeridos por los beneficiarios.

### e) Cobertura

Como fue analizado previamente por Giménez (2012, *op. cit.*), el Sistema Nacional de Salud de Paraguay se caracteriza por su segmentación y fragmentación, y se sostiene por un alto gasto que proviene principalmente de los hogares y con coberturas territoriales asimétricas. En efecto, el autor plantea que ante una enfermedad solo quienes están asegurados por el IPS o cuentan con un seguro privado tienen derecho a prestaciones efectivas y garantizadas, mientras que las personas que dependen de la provisión de servicios del MSPBS (porque no disponen de un seguro), dependen a su vez de la disponibilidad efectiva de sus de servicios.

La asimetría de las prestaciones señalada por el autor se presenta entre los componentes del sistema y en su interior, ya que la provisión de estos servicios dependerá de su disponibilidad efectiva al momento de requerirlos, del régimen de seguro en el componente previsional, del tipo de enfermedad, del plan de beneficios del seguro privado y del período de carencia de cada seguro. Así, el acceso a los servicios depende fundamentalmente de la capacidad de pago de las personas.

Si se considera la situación de los trabajadores dependientes del país, por ejemplo, se verifica que no todos tienen acceso al IPS. Giménez (2012, *op. cit.*) plantea que ello se explica por la significativa incidencia del empleo informal, lo que les excluye del sistema del seguro social, la discontinuidad de los aportes que se genera al perder un empleo o al transitar entre ocupaciones y por una alta tasa de evasión de cotizaciones, la que se estima supera el 70% del potencial recaudatorio. Aun así, el IPS es el seguro que más cobertura brinda a sus asegurados.

Los seguros privados, por su parte, ofrecen menor cobertura de servicios a sus asegurados que el IPS y se exponen a riesgos menores, ya que no cubren enfermedades preexistentes, malformaciones congénitas, accidentes, enfermedades oncológicas, diálisis, trasplantes y algunas prestaciones de alto costo. Giménez (2012, *op. cit.*) afirma además que estas empresas también prestan una menor cobertura de medicamentos e insumos hospitalarios y que algunas de ellas establecen primas crecientes según la edad de sus asegurados, independientemente del tiempo que hayan cotizado.

---

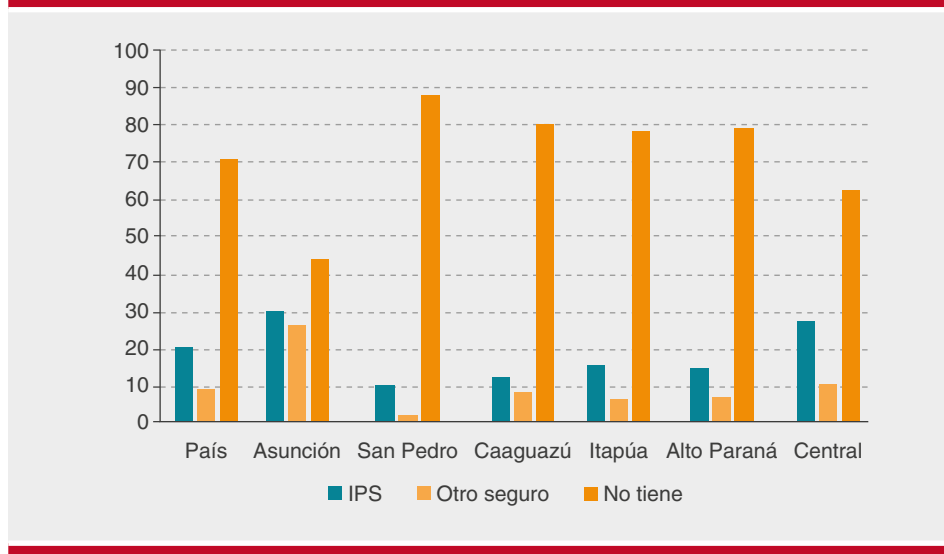
como una política para eliminar las barreras arancelarias de acceso y en 2013 mediante una ley se ratificaron estas medidas, eliminando los aranceles por prestación de servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Finalmente, el autor reconoce que la oferta de los servicios dependientes del Ministerio de Salud ha mejorado producto de un incremento progresivo del presupuesto público asignado a estos fines, especialmente por la vía de inversiones en infraestructura hospitalaria, equipamiento e incorporación de recursos humanos. Señala, además, que entre 2000 y 2012 se triplicó el presupuesto para la compra de medicamentos y se incorporaron nuevas vacunas y se implementaron nuevos programas como el *kit* de parto, el test del piecito, asistencia nutricional, trasplantes y el acceso a terapias intensivas (incluyendo la tercerización), entre otros.

Pese a los avances señalados, sin embargo, las brechas de cobertura y las asimetrías al nivel de los departamentos del país siguen siendo importantes. En efecto, como se ilustra en el gráfico 15, las brechas de cobertura son significativamente altas en San Pedro, Caaguazú, Itapúa y Alto Paraná, respecto de Asunción y el Departamento Central.

La cobertura de beneficiarios de los servicios de salud, como se registra en el cuadro 10, muestra un aumento de la población asegurada en 5,1 puntos porcentuales entre 2008 y 2014, el que se explica principalmente por el aumento de los asegurados del IPS (4,6 puntos porcentuales) y en menor medida por los cubiertos por otros seguros de salud, los que solo aumentaron en 0,5 puntos porcentuales en el período. En todo caso, la población excluida de los seguros de salud sigue

**Gráfico 15. Cobertura de servicios de salud según tipo de seguros por departamentos**  
(en porcentaje del total de las poblaciones respectivas)



Fuente: DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares (2014).

**Cuadro 10. Cobertura del seguro médico según tipo de seguro y zonas geográficas, 2008-2014**  
(en porcentaje del total de la población)

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

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

Notas:

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

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

siendo significativa, toda vez que al 2014 alcanzó el 70,8% de la población total. Esto último pese a disminuir desde el 75,9% en 2008 y no obstante que la gratuidad de las prestaciones en el sistema público se ha venido aplicando desde hace varios años.

Los antecedentes señalados también muestran que la población cubierta en zonas urbanas aumentó en 3,8 puntos porcentuales en el período, asociado con un aumento de la cobertura del IPS. El seguro privado y otros pierden importancia en este último análisis. En zonas rurales, en cambio, ambos tipos de seguros ven ampliada su cobertura, aunque la cobertura del seguro médico es más alta en zonas urbanas, pues tiende a duplicar a la registrada en zonas rurales en el caso del IPS; superando en cerca de 2,2 veces a la observada en el caso de los otros seguros.

#### f) Uso de los servicios de salud

Los lineamientos de la Recomendación 202 de la OIT destacan otros factores que inciden en el acceso efectivo a los servicios esenciales de salud, adicionalmente a los indicadores de cobertura ya analizados. Estos se vinculan con la brecha de cobertura teórica por insuficiencia de personal calificado, los relacionados con la brecha de disponibilidad de recursos financieros para la adquisición de recursos materiales necesarios, las barreras financieras para el acceso y un indicador de resultado para medir el impacto del suministro de servicios (Bertranou, Casalí y Schwarzer; 2014).

Según la DGEEC, en 2013 el 26,2% de la población que se encontraba enferma no acudió a un centro médico. Esta proporción ha venido disminuyendo en el tiempo, ya que esta registraba el 43,5% en los años 2003 y 2004 y el 35,1% en 2005. No obstante lo anterior, las razones de no consulta de la población se pueden visualizar en el cuadro 11 donde claramente predomina la automedicación. Para el caso de las razones económicas y geográficas como motivo de la falta de consulta, estos indicadores muestran una reducción en el tiempo principalmente para el primero de los indicadores mencionados.

En efecto, la cantidad de las personas que no acceden a los servicios de salud por razones geográficas (el que se asimila al porcentaje de personas que, estando enferma o accidentada, con dolencias no leves, no hicieron consulta alguna por no existir un lugar de consulta cercano, según la *Encuesta Permanente de Hogares* de la DGEEC), ha tendido a aumentar en los últimos años y se ha estabilizado en alrededor del 3,5% de la población enferma. Finalmente, al considerar la exclusión por razones económicas (o quienes responden la EPH que no lo hicieron porque “las consultas son muy caras”), se observa una significativa caída a partir de 2009, lo que refleja el impacto de las políticas de gratuidad de las prestaciones médicas impulsada por el MSPBS en reducir esta barrera de acceso a los servicios de salud.

**Cuadro 11. Exclusión en salud según accesibilidad, 1997-2013**  
(estimación de la población excluida en porcentaje de la población enferma)

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

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

## 2. GARANTÍA DE SEGURIDAD DE INGRESOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Esta garantía considera la seguridad básica del ingreso para los niños, equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, que asegure el acceso a la alimentación, la educación, los cuidados y cualesquiera otros bienes y servicios necesarios. A continuación se identifican los principales programas existentes en el país y se proporciona información acerca de sus características principales.

Según los datos de la EPH 2014, existen a nivel nacional 1.731.273 niñas, niños y adolescentes, siendo los departamentos de mayor concentración el Central, Alto Paraná, Itapúa, San Pedro y Asunción. La población referenciada representa el 25,4% de la población total, observándose un equilibrio poblacional entre niños y niñas.

### a) Programa *Tekoporã* (Vivir Bien)

Este es un programa de transferencias monetarias condicionadas dirigido a mejorar las condiciones de vida de las familias y niños pobres del país. Junto con el Programa *Ñopytyvô*, es ejecutado por la Secretaría de Acción Social (SAS) de la Presidencia de la República y forma parte del Programa Nacional de Reducción de la Pobreza “Sembrando Oportunidades”.

Ese programa fue creado en 2005 por decreto presidencial y establece un conjunto de beneficios monetarios que consisten en una transferencia bimensual de 19 dólares para mejorar la nutrición de los niños y niñas; una transferencia bimensual para la educación y la salud que, en función de la composición familiar, varía entre 8,3

y 33,3 dólares; y una transferencia bimensual de 8,3 dólares para adultos mayores y personas con discapacidad que viven en situación de pobreza.

El pago de las transferencias se realiza en efectivo con una tarjeta magnética a la madre de la familia beneficiaria. El monto máximo de transferencias por hogar no puede superar los 68,9 dólares. Desde 2010 se priorizan a las familias constituidas por niñas y niños en edad escolar, por adultos mayores y por personas con discapacidad. Actualmente, el Programa *Tekoporã* beneficia a 131.159 familias, y es un objetivo extender esta red de protección social a 200.000 familias en situación de extrema pobreza.

### b) Programa *Ñopytyvô*

Este programa fue creado conjuntamente en 2005 por el mismo decreto presidencial que creó el Programa *Tekoporã* y está orientado a lograr la inclusión efectiva de las familias en situación de extrema pobreza por medio de un incentivo materializado en una transferencia monetaria. La entrega de bonos solidarios se realiza con un enfoque de integralidad y corresponsabilidad, dirigidos a fortalecer el capital humano y social de las familias beneficiarias.

El Programa *Ñopytyvô* se focaliza en las comunidades indígenas y campesinas de la región de Alto Paraguay y otorga transferencias monetarias a hogares con niños y niñas menores de 14 años o mujeres embarazadas en situación de extrema pobreza. La corresponsabilidad de los beneficiarios consiste en una mejora de los hábitos de nutrición, educación y salud.

El Programa *Ñopytyvô* forma parte de los programas de protección social que el gobierno de Paraguay destinó a la población en situación de pobreza extrema, financiado con fondos provenientes del Tesoro Nacional. El monto mínimo por familia es de G. 250.000 (cerca de US\$ 60) y el máximo de 290.000 (US\$ 72 aproximadamente) y beneficia a 700 familias, equivalente a 3.774 personas, de estas 1.320 son niños y niñas de 0 a 14 años. De dichos hogares, 215 son familias de la comunidad nativa *Maskoy*.

### c) Programa *Abrazo*

Se trata de un programa para la erradicación del trabajo infantil, declarado en 2010 como un programa emblemático de la Propuesta de Políticas Públicas de Desarrollo Social "Paraguay 2020". Desde sus inicios cuenta con el apoyo técnico del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y a partir del 2008 su ejecución se realiza mediante la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia (SNNA).

El Programa *Abrazo* busca proporcionar un servicio integral en salud, educación y protección a los niños que trabajan en espacios públicos de la ciudad. Los



beneficiarios reciben bonos solidarios con compromisos de corresponsabilidad asociados a que los niños se mantengan en el hogar, ingresen y permanezcan en el sistema escolar y asistan a sus controles de salud.

A las familias de estos menores se les otorga apoyo psicosocial y aquellas familias que tienen niños y niñas en primera infancia, reciben mensualmente una canasta básica de alimentos. El bono solidario fijo consiste en una transferencia monetaria mensual, es otorgada a la madre de las familias beneficiarias y en función del número de niños y niñas menores de 14 años su monto oscila entre 26,2 y 44,3 dólares. En 2012 su cobertura de beneficiarios alcanzó a 5.262 niños, lo que equivale a una cobertura de 22% respecto del total de niños que trabajan en la vía pública y en trabajo ambulante (OIT y DGEEC, 2013).

#### **d) Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI)**

Paraguay implementa desde el 2005, como parte de la estrategia para el combate a la desnutrición en el país, un programa alimentario conocido en sus inicios como Programa de Asistencia Nutricional (PROAN) y actualmente denominado Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI). Este programa es administrado por el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Los beneficiarios del programa son niños y niñas menores de cinco años desnutridos, con riesgo de desnutrición y mujeres embarazadas de bajo peso. Mensualmente cada niño con bajo peso recibe dos kilos de leche, durante doce meses, y las mujeres embarazadas dos kilos de leche desde que son ingresadas independientemente del tiempo de embarazo. Luego del parto, estas últimas reciben esta misma cantidad durante tres meses más. La entrega de leche es realizada por los servicios de salud y en algunas localidades en colaboración estrecha con las Unidades de Salud Familiar (USF), para lograr una mejor llegada a los beneficiarios.

Además, en el marco de cada control para el retiro del complemento alimentario se realiza la verificación del cumplimiento del esquema de vacunación; la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo de niños/niñas; la asistencia a las consultas de atención prenatal y de control postparto. De igual manera, se otorga información y educación acerca de nutrición y alimentación, lactancia materna, inmunización, higiene, atención prenatal y planificación familiar.

El Programa PANI inició su implementación en algunos distritos de cinco departamentos o regiones sanitarias definidas por el Índice de Priorización Geográfica (IPG) que corresponden a San Pedro (áreas sur y norte), Caaguazú, Caazapá, Canindeya y Presidente Hayes. Además, desde el 2009 se sumaron algunos distritos de Concepción y de Guairá. Hacia finales de 2011 se logró la incorporación

de 103 distritos y el programa alcanzó una cobertura de 35.457 beneficiarios, de estos, 28.678 fueron niños menores de cinco años y 6.779 mujeres embarazadas.

### 3. GARANTÍA DE INGRESOS PARA PERSONAS EN EDAD DE TRABAJAR

Esta garantía busca asegurar una seguridad básica del ingreso equivalente a un nivel mínimo definido en el plano nacional, para las personas en edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, en particular, en caso de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez.

En Paraguay es posible considerar tres tipos de programas destinados a garantizar la seguridad del ingreso para quienes están participando en la fuerza de trabajo. Por una parte, los asalariados formales cuentan con cobertura en caso de accidente del trabajo y enfermedad profesional por medio del Seguro de Riesgos Laborales administrado por el IPS. En materia de políticas activas, por otra parte, el país cuenta con programas de capacitación para el trabajo y formación profesional, los que son desarrollados por el Sistema Nacional de Promoción Profesional (SNPP) y el Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral (SINAFOCAL), dependientes del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS), además de los servicios de empleo que son administrados por la Dirección General de Empleo de dicho ministerio. Finalmente, para facilitar la inclusión de sus beneficiarios en el empleo, existe el Programa *Paraguay, lee y escribe*. No existe un seguro de desempleo o programa que cumpla funciones similares.

#### a) Seguro de Riesgos Laborales (IPS)

No existe un sistema de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales como una institución especializada que desarrolle las funciones de prevención y otorgue prestaciones monetarias y servicios médicos, sino que es el IPS quien gestiona estas coberturas con el financiamiento global que proviene de los trabajadores (el 9% de su sueldo), de los empleadores (equivalente al 14% del salario del trabajador) y con las aportaciones del Estado (equivalente al 1,5% de la masa salarial).<sup>8</sup>

Por lo anterior, dichos subsidios cubren a las personas empleadas, inclusive a los empleados de entidades estatales descentralizadas y empresas semipúblicas, a los trabajadores municipales y a los aprendices. También a los funcionarios públicos, a los docentes y a la policía y al personal militar, a los empleados del ferrocarril,<sup>9</sup> y a los empleados de banca que están cubiertos por un régimen especial. La cobertura de esta contingencia excluye a los trabajadores autónomos.

<sup>8</sup> Este aporte no se ha materializado.

<sup>9</sup> Este servicio no existe en la actualidad en el país.

Si el asegurado registra menos de 750 semanas de cotizaciones, recibe un *subsidio* por una sola vez, equivalente a un mes de salario por cada año de antigüedad, tomando como base el salario mínimo legal. En caso de muerte del asegurado activo, se otorgan rentas a los derechohabientes. La viuda, viudo o concubina recibe una prestación equivalente al 60% del importe de la jubilación que disfrutaba o que le hubiera correspondido, siempre que tenga más de 40 años de edad. En caso de que sea menor de 40 años, se abona una indemnización equivalente a tres anualidades, de una sola vez.

En el caso de incapacidad temporal, se proporciona al accidentado una indemnización del 75% del promedio salarial de los últimos cuatro meses desde el primer día de la declaratoria de invalidez, con una duración de 52 semanas. Si la incapacidad fuese permanente, se proporciona al accidentado una indemnización del 30% al 100% del promedio salarial de los 36 meses anteriores a la incapacidad, calculado en función de las contribuciones del trabajador y del grado de incapacidad. En el caso de incapacidad parcial, se proporciona del 30% al 60% de los ingresos perdidos, conforme a la regulación estipulada por el IPS.

Además, existe la *jubilación de invalidez por accidente laboral* que consiste en un beneficio que se paga cuando el trabajador debe retirarse debido a la invalidez resultante de una enfermedad profesional o accidente laboral, que le produce hasta el 30% de pérdida de la capacidad en un miembro o una inmovilidad parcial. El haber jubilatorio se determina conforme al grado de incapacidad dictaminado por la junta médica, el porcentaje de jubilación y el salario mensual promedio de los 36 meses anteriores a la iniciación de la incapacidad.

### **b) Políticas activas en capacitación laboral y servicios de empleo**

El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS) es la institución responsable de implementar las políticas definidas por el Poder Ejecutivo en materia de empleo y de funcionamiento del mercado laboral. El Viceministerio de Empleo y Seguridad Social dependiente del MTESS resulta la autoridad competente encargada de las políticas de empleo. Por su parte, la Dirección General de Empleo (DGE) del Viceministerio de Empleo y Seguridad Social es la instancia que tiene como misión diseñar, ejecutar y supervisar la política de empleo en el país, en colaboración con los agentes sociales. La DGE ha buscado impulsar el funcionamiento de una ventanilla única de empleo, aún incipiente, a los efectos de asegurar que los beneficiarios accedan desde un mismo lugar a toda la información relacionada con los servicios de inserción laboral y capacitación.

En general, la capacidad de diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de las políticas activas del mercado de trabajo es reducida. Las oficinas de empleo no cuentan con instalaciones y equipos informáticos que les permitan disponer de una base integrada de beneficiarios y de vacantes para brindar información relevante a oferentes y demandantes de trabajo (Alaimo y Tapia, 2014).

Por su parte, en materia de capacitación laboral y formación profesional, el MTESS cuenta con dos dependencias con competencias específicas en estas materias. Por un lado, el Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral (SINAFOCAL) fue creado con el objeto de velar por la prestación de oportunidades en materia de formación y capacitación en sus diversas modalidades, con el fin último de preparar y mejorar la calificación de los beneficiarios en todos los niveles ocupacionales.

El SINAFOCAL tiene los siguientes fines: a) la adquisición por sus beneficiarios de conocimientos, habilidades y destrezas para el desarrollo de sus capacidades y creatividad laboral, de acuerdo con las metas que determinen los planes y políticas del Poder Ejecutivo, b) la formación, capacitación, especialización y reconversión sectorial de sus beneficiarios para adecuar su rendimiento a las actuales condiciones y requerimientos de la producción de bienes y servicios y a la demanda del mercado y c) el mejoramiento de la calificación, la competencia y la productividad de la población económicamente activa (PEA).

Este sistema goza de autonomía técnica y económica, al financiarse con el 1% del aporte obrero patronal al IPS, e integra al Sistema Nacional de Promoción Profesional y a los demás institutos de formación y capacitación tanto del sector público como del privado. Por su parte, la conducción del SINAFOCAL recae en un equipo multisectorial, en el que participan representantes de los actores sociales directamente involucrados: sector trabajador, sector empleador y gobierno.

Por otro lado se encuentra el Sistema Nacional de Promoción Profesional (SNPP), dependiente del MTESS, cuyas actividades se dirigen a atender las necesidades de formación en función del proceso de desarrollo nacional, otorgando respuestas inmediatas al mercado laboral en términos de capacitación. Sus objetivos consisten en organizar, fomentar y desarrollar la formación profesional, calificando a los trabajadores de ambos sexos y perfeccionar a los mismos en oficios de todos los sectores económicos, incluyendo los distintos niveles de la pirámide ocupacional. El SNPP posee infraestructura en la capital y en los departamentos de casi todo el país, lugares donde se imparten las actividades de formación de forma gratuita.

Resulta importante señalar que tanto el SINAFOCAL como el SNPP no ejecutan ni tienen funciones similares. El SINAFOCAL tiene a su cargo la función de regular y supervisar las acciones del SNPP y de los institutos privados que ofrecen actividades de formación para el trabajo. En cuanto al alcance de las distintas intervenciones, la EPH –a partir de 2014– proporciona valiosa información dentro de la sección de educación no formal permitiendo distinguir entre SNPP, SINAFOCAL e instituciones privadas como las instancias en donde se materializó la actividad de formación.

El cuadro 12 muestra que en el período 2000-2014 el SNPP benefició a 156.373 personas, respecto de estas 68.686 (44%) fueron mujeres y 87.687 hombres (56%).

**Cuadro 12. Beneficiarios de actividades de formación, 2000-2014**  
(total de personas)

Período	SNPP		SINAFOCAL		Academia o Institución de capacitación		Empresa donde trabaja		Otro		NR	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
2000-2004	15.829	6.126	353	314	39.900	67.595	6.987	1.314	6.695	13.236	231	0
2005 -2009	16.043	14.316	851	628	57.403	94.168	3.188	1.478	17.158	12.532	0	0
2010-2014	55.815	48.244	1.887	2.425	113.748	152.553	18.107	5.623	26.717	27.333	0	1.415
Totales	87.687	68.686	3.091	3.367	211.051	314.316	28.282	8.415	50.570	53.101	231	1.415
Total general	156.373		6.458		525.367		36.697		103.671		1.646	

Fuente: elaboración propia sobre la base de la EPH.

En el mismo período, SINAFOCAL benefició a 6.458 personas habiendo representado las mujeres y hombres el 52% y 48%, respectivamente. Resulta importante mencionar la intervención tanto de la academia o institución de capacitación e incluso la propia empresa donde trabajó el beneficiario, que en conjunto y para el mismo período han beneficiado a 562.064 personas, más que triplicando la cantidad de beneficiarios totales de SNPP y SINAFOCAL. Una explicación podría ser que muchas de las instituciones privadas realizan sus cursos por intermedio del SINAFOCAL, pero los beneficiarios, finalmente, no se identifican con este último.

El sistema de capacitación laboral presenta debilidades. González (2012) evaluó el impacto de los programas de ambas instituciones y concluyó que ambas enfrentan desafíos en materias de eficacia y eficiencia. En efecto, los programas de ambas instituciones no sistematizan la oferta de capacitación disponible, ya que no disponen de mecanismos e instrumentos formales de identificación de las necesidades de capacitación laboral por el lado de las empresas, así como también de los beneficiarios, lo que impide el seguimiento de los beneficiarios, análisis de cobertura, de desempeño del programa y de evaluaciones de los mismos.

Además, de acuerdo con Alaimo y Tapia (2014, *op. cit.*), solo el 2,7% de las empresas que recurrieron a entes externos para capacitar utilizaron los servicios de SNPP y SINAFOCAL (el 38% recurre a consultoras privadas), declarando que los principales motivos por los que no capacitan a sus empleados son: a) no necesitan que el personal se capacite, b) la capacitación es muy costosa y c) no han encontrado el tipo de capacitación que se adecue a sus necesidades.

En todo caso, con la creación del MTESS en 2014 se han implementado acciones tendientes a enfrentar las deficiencias señaladas mediante una mejor articulación entre el SNPP, el SINAFOCAL y la DGE para la creación de un único observatorio laboral e integrar los servicios de intermediación laboral previamente existentes en las tres entidades. También, el MTESS ha enfocado sus acciones en la conformación de mesas sectoriales, en coordinación con el sector productivo, para la identificación de necesidades formativas y elaboración de catálogos de perfiles profesionales, así como con otras instancias relacionadas como la Dirección General de Educación Media y Técnica y el Programa de Educación Permanente para Personas Jóvenes y Adultas pertenecientes al Ministerio de Educación y con el área de Capacitación del Viceministerio de Mipymes del Ministerio de Industria y Comercio.

### **c) Los programas especiales**

El Gabinete Social de la Presidencia de la República, instancia de coordinación de la Agenda Social del gobierno, tiene el compromiso de incluir a la población en situación de pobreza en el proceso de desarrollo para mejorar su calidad de vida, impulsar el desarrollo integral, promover y generar capacidades para facilitar el

acceso al empleo, erradicar el analfabetismo y garantizar la seguridad alimentaria y el acceso universal a la salud, educación escolar básica, agua segura y saneamiento básico. A fin de lograr dichas metas, el Gabinete Social impulsó 11 programas de asistencia social, entre estas se encuentra el Programa *Paraguay Lee y Escribe*, implementado por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC).

*Paraguay Lee y Escribe*, iniciado en 2008 y extendido en todo el país, es un programa emblemático del MEC que busca la alfabetización de jóvenes a partir de 15 años y adultos. La alfabetización en lectura, escritura y razonamiento matemático para aquellas personas, jóvenes de 15 años o más y adultas que no leen ni escriben, se realiza dentro de un plazo de ocho meses. Los encuentros se llevan a cabo en grupos de diez a quince personas, de acuerdo con cuatro ejes temáticos: participación ciudadana, organización comunitaria, reconocimiento del derecho humano y trabajo y producción. Se alfabetiza en guaraní y español.

#### d) La cobertura de los programas

La información disponible acerca de la cobertura de beneficiarios de los distintos programas identificados con anterioridad se presenta en el cuadro 13. En cuanto al Seguro de Riesgos Laborales del IPS, el indicador relevante es la proporción de trabajadores que cotiza en dicha institución respecto del total de los ocupados. La cobertura de esta contingencia excluye a los trabajadores autónomos.

Por su parte, el nivel de cobertura de las instituciones de capacitación es bajo, ya que este representa alrededor del 6% de la fuerza de trabajo (Ministerio de Justicia y Trabajo, 2013). Además, según información de la DGEEC (2015b) se obtiene que el 16,7% de la población de 15 años y más que realizó algún curso no formal en

**Cuadro 13. Cobertura de programas en la edad activa**  
(en número de personas y como porcentaje de la fuerza de trabajo)

Programas protección en edad activa	Número/ Año beneficiarios	Porcentaje de población potencial
<b>Seguro de riesgos laborales (IPS)</b> (porcentaje de la población ocupada)	634.350 (2014)	19,5
<b>Beneficiarios capacitación y formación profesional</b> (porcentaje de la fuerza de trabajo)	204.747 (2012)	6,0
<b>Programa Paraguay Lee y Escribe</b> (porcentaje jóvenes y adultos que no leen ni escriben)	15.961 (2013)	8,7

Fuente: elaboración propia según SAS (2015), Gabinete Social y MJT (2013).

2014 lo hizo en el SNPP o en el SINAFOCAL, ya que son las academias o instituciones de capacitación privadas las que concentran la mayor cobertura. Esto sugiere la existencia de déficits de pertinencia o de calidad de los servicios proporcionados por la oferta pública que requieren ser evaluados.

En lo que refiere al alcance de los programas especiales, según la información disponible, se estima que la cobertura de beneficiarios alcanza al 8,7% con el *Programa Paraguay Lee y Escribe*.

#### 4. GARANTÍA DE INGRESOS PARA ADULTOS MAYORES

De acuerdo con la Recomendación 202 de la OIT, la garantía cuatro se refiere al acceso a una seguridad básica en el ingreso para las personas de edad, el que debe ser equivalente, por lo menos, a un mínimo definido en el plano nacional. La misma recomendación destaca la necesidad de asegurar la sostenibilidad financiera, fiscal y económica de los pisos nacionales de protección social que impulsa, tomando en consideración la capacidad contributiva de los distintos grupos de la población.

En la comparación entre los años 2008 y 2014 se obtiene un incremento de la población adulta mayor del 33%, aproximadamente; pasando de 377.747 a 504.032 adultos para el último de los años considerados. El procesamiento de la información muestra que poco más de un tercio de la población analizada se encontraba dentro de la PEA, con una ligera disminución del 3% en el período considerado. Para el 2008 el 38% de los adultos mayores formaban parte de la PEA, disminuyendo al 35% para el 2014.

Además, la población adulta mayor ocupada al 2008 ascendía a 142.073 personas. Para el 2014 la cantidad de ocupados registró 169.273 adultos mayores. Paralelamente, también se aprecia un aumento en la cantidad de personas desocupadas entre el 2008 y 2014, pasando de 2.456 a 4.722 adultos mayores, respectivamente. La población adulta mayor inactiva también registró un aumento entre el período considerado, pasando de 233.128 a 330.037 adultos mayores para 2008 y 2014, respectivamente.

En cuanto a la concentración espacial de la población adulta mayor, para el 2014 se observa que de 169.273 adultos mayores ocupados, el 26% se concentraba en el Departamento Central, seguido por el departamento de Itapúa con una concentración del 11%, en tanto que Caaguazú registraba el 10% y Asunción el 7%.

A continuación se describen las características que adopta la organización del sistema de pensiones y luego se analiza el nivel de cobertura y de las prestaciones cubiertas así como el grado de sostenibilidad financiera que resguarda la garantía correspondiente.



### a) El sistema de jubilaciones y pensiones

El nacimiento del sistema de pensiones se enmarcó como una iniciativa del Estado para proveer de protección contra los riesgos de vejez, invalidez y muerte a los trabajadores del sector público. La Ley de Organización Administrativa de 1909, estableció los beneficios de jubilación ordinaria y extraordinaria para los funcionarios y empleados permanentes de la administración, agentes de policía y militares, así como para aquellos directores, empleados y personal docente de la institución pública y empleados de bancos del gobierno. A dicha ley le siguieron muchas otras que fueron extendiendo la protección contra tales riesgos.<sup>10</sup>

Desde 1943 existe en Paraguay un esquema público de pensiones, de naturaleza obligatoria para todos aquellos trabajadores con relación de dependencia, tanto del sector público como privado. No están obligados a aportar al sistema de pensiones los trabajadores independientes, empleadores, cuentapropistas y las dueñas de casa, quienes pueden incorporarse voluntariamente al IPS, según lo establece la Ley 4933 de 2013.

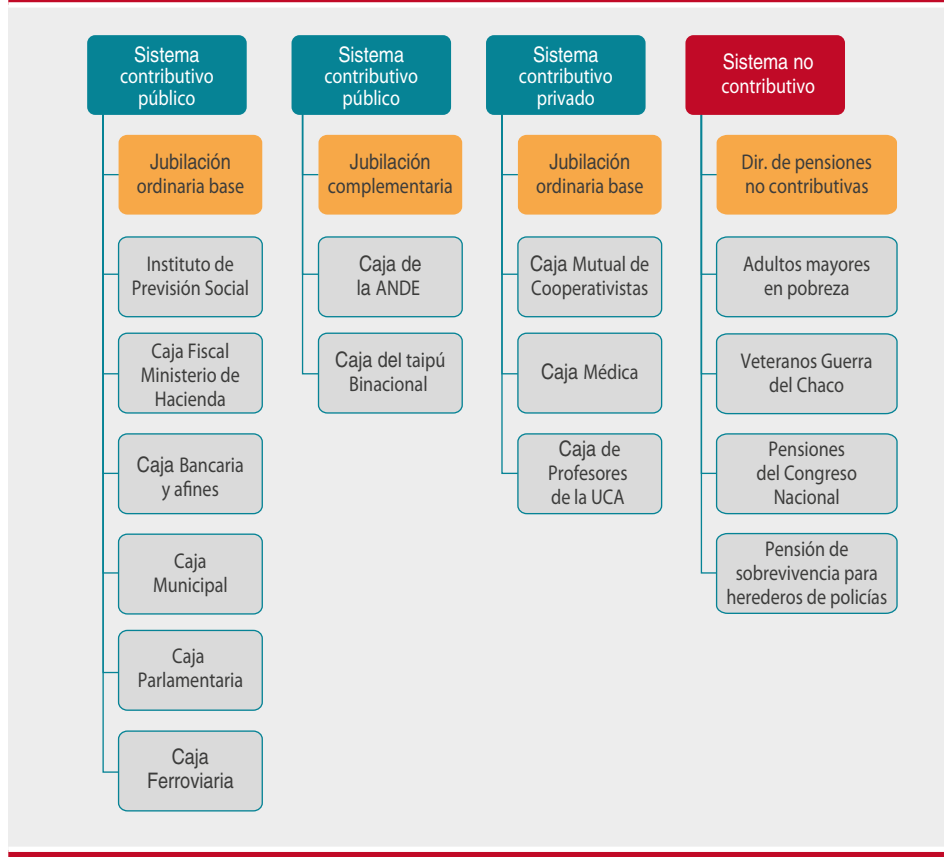
Como se ilustra en el esquema 1, el sistema tiene básicamente dos pilares: uno contributivo que tiene como población beneficiaria a los trabajadores en situación de dependencia, ya sea del sector público o del sector privado y uno no contributivo. El sistema público contributivo funciona bajo la modalidad de reparto con beneficios definidos, mientras que el sistema privado voluntario funciona bajo la modalidad de capitalización individual.

### b) El componente contributivo

Este tiene como población objetivo a todos aquellos trabajadores en situación de dependencia. Su componente público está conformado por distintos programas administrados por ocho cajas previsionales, de las cuales el Instituto de Previsión Social (IPS) para empleados del sector privado y la Caja Fiscal que agrupa a empleados públicos son las de mayor tamaño y concentraban el 96,8% del total de aportantes al sistema en 2014.

<sup>10</sup> Ley 641/1924: Caja de Seguros Sociales de Empleados y Obreros Ferroviarios; Decreto Ley 17071 del 18/02/1943 que crea un seguro de enfermedad, maternidad e invalidez a los trabajadores del sector privado y también, en su artículo 24º, literal (g) crea una pensión de retiro. La Ley 105 del 27/08/1951: Caja de Jubilaciones y Pensiones de Empleados Bancarios; Ley 71/68: Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal de la Administración Nacional de Electricidad; Ley 740/1978: Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal de la Municipalidad de Asunción; Ley 842 del 19/12/1980: Fondo de Jubilaciones y Pensiones para miembros del Poder Legislativo de la Nación y la Ley 1361/1988: Caja Paraguaya de Jubilaciones y Pensiones del Personal de la Itaipú Binacional.

Esquema 1. El sistema de jubilaciones



Fuente: elaboración propia según Navarro y Ortiz (2014).

Como fue señalado con anterioridad, el IPS es una institución autónoma e independiente y está supervisada por el poder ejecutivo por medio de la nominación de los miembros de su Consejo de Administración. El IPS fue creado en 1943 y deben cotizar obligatoriamente todos los trabajadores asalariados del sector privado y el personal de entes descentralizados del Estado. Ofrece además cobertura de salud para sus miembros y sus familias y cubre riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

En 2013 se promulgó la Ley 4933 que autorizó la incorporación voluntaria de los trabajadores independientes, empleadores, amas de casa al Seguro Social (Fondo de Jubilaciones y Pensiones del IPS), aunque esta norma no comprende las prestaciones médicas y asistenciales proporcionadas por el Seguro Social (IPS, 2013).

El aporte al IPS representa el 23% del salario, de estos el 9% lo aporta el trabajador y el 14% el empleador. Del aporte total al IPS, el 12,5% es destinado al fondo de pensiones, el 9% al fondo de salud y el 1,5% restante a su administración. Sin embargo, para el resto de los grupos de afiliados las tasas de aportes obligatorios son menores que las del régimen general.

Si bien los ingresos del IPS resultan suficientes para hacer frente a las prestaciones en el corto y mediano plazo, esta institución requiere importantes ajustes paramétricos e institucionales para garantizar su sostenibilidad de largo plazo, especialmente en la relación entre beneficios y aportes (en particular por los nuevos beneficios derivados de la jubilación proporcional), también para garantizar una mayor eficiencia en la inversión de los recursos de largo plazo y especialmente en separar la administración de las funciones de pensiones y las de salud y, dentro de estas últimas, las referidas a la cobertura de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Navarro y Ortiz, 2014).

Por su parte, la Caja Fiscal es la institución encargada de la administración del sistema de jubilaciones y pensiones de los funcionarios públicos y administra dos programas: civil y no civil. El programa civil está compuesto por cuatro sectores: administración pública, magisterio nacional, docentes universitarios y magistrados judiciales. El programa no civil está compuesto por dos sectores: Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales.

De acuerdo con la Ley 4.252/2010, los excedentes generados por sectores superavitarios podrán ser utilizados para financiar los déficits de los sectores deficitarios dentro del mismo programa, no pudiendo desviarse recurso alguno desde los programas civiles a los no civiles. Institucionalmente, la Caja Fiscal forma parte del Viceministerio de Administración Financiera dependiente del Ministerio de Hacienda. La tasa de aporte a la Caja Fiscal es uniforme para todos los sectores y equivale al 16% del salario.

Esta institución muestra una frágil situación financiera que compromete la gestión de las finanzas públicas al afectar negativamente la capacidad de endeudamiento del Estado y se prevé que comenzará a requerir crecientes recursos del Tesoro para el pago de las jubilaciones y pensiones. Larraín, Viteri y Zucal (2013) estiman que la deuda implícita en valor presente de la Caja Fiscal se sitúa alrededor del 45% del PIB y que los aportes y las reservas del sistema no serán suficientes para cumplir con los compromisos existentes, y el déficit actuarial representará una carga cada vez mayor para el Estado. Es admisible mencionar que, a fines de 2013, dicho déficit (sector contributivo civil y no civil) representó el 0,2% del PIB.

El resto del sistema está fragmentado en numerosas entidades pequeñas y sectoriales: Caja de Jubilaciones y Pensiones de Empleados Bancarios de Paraguay, la Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal Municipal, el Fondo de Jubilaciones

y Pensiones para miembros del Poder Legislativo de la Nación, la Caja de Seguros Sociales de Empleados y Obreros Ferroviarios, la Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal de la Administración Nacional de Electricidad y la Caja Paraguaya de Jubilaciones y Pensiones del Personal de la Itaipú Binacional. Estas dos últimas son de naturaleza complementaria, pues sus asegurados también aportan al IPS.

Dicha fragmentación es también normativa, pues las regulaciones de los diferentes regímenes presentan una amplia heterogeneidad en cuanto a tasa de contribuciones, condiciones de otorgamiento de las prestaciones y tratamiento de los diversos grupos de trabajadores, entre otros,<sup>11</sup> los que suelen operar con altos costos administrativos y desequilibrios financieros comprometiendo recursos fiscales.

Por su parte, el Sistema Contributivo Privado de Pensiones de relativamente reciente creación está desconectado del sistema público, no está regulado y ofrecen planes voluntarios de pensiones. Estas son la Caja Mutual de Cooperativistas del Paraguay, la Caja Médica y de Profesionales Universitarios, la Caja Mutual de Jubilaciones y Pensiones del Personal Docente de la Universidad Católica y la Asociación Mutual de Despachantes de Aduanas.<sup>12</sup> Estos planes voluntarios estarían otorgando cobertura a unas 29.775 personas, aproximadamente.

### c) El componente no contributivo

El gobierno de Paraguay implementó en 2004 un Programa de Pensiones No Contributivas (PNC) para adultos mayores en situación de vulnerabilidad. Hasta el 2003 estaba regulado por la Secretaría de Acción Social (SAS), pero desde el 2011 es regulado por la Dirección de Pensiones No Contributivas del Ministerio de Hacienda. Los beneficiarios de las PNC son los adultos mayores en situación de pobreza, las personas pertenecientes a pueblos indígenas en situación de vulnerabilidad y excombatientes de la Guerra del Chaco y sus herederos.

En agosto de 2010 el Ministerio de Hacienda mediante la Dirección de Pensiones No Contributivas (DPNC) inició el pago de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores en situación de pobreza que había sido instituida por la Ley 3.728/09, reglamentada por el Decreto 4.542 del 11 de junio de 2010. Dicha ley estableció que todo paraguayo con 65 años de edad o más y en situación de pobreza, residente en el territorio nacional, recibirá del Estado una pensión mensual no menor a la cuarta parte del salario mínimo vigente.

<sup>11</sup> Véase, al respecto, Navarro y Ortiz (2014).

<sup>12</sup> Se tiene información acerca de la existencia de otras dos entidades privadas –Seguro Social Chaco y Caja Mutual de Escribanos– pero no se pudo acceder a datos de cotizantes o beneficiarios.

Los beneficiarios se identifican según las condiciones de elegibilidad, considerando a los adultos mayores de 64 años de edad en los distritos más pobres del país. Desde su implementación se ha observado un incremento sostenido del número de beneficiarios. Cada beneficiario recibe una mensualidad equivalente al 25% del salario mínimo vigente y los pagos se realizan por medio de depósitos en cuentas bancarias individuales y con la entrega de las correspondientes tarjetas de débito a los pensionados, modalidad que les permite realizar retiros en cajeros electrónicos automáticos y hacer compras con estas.

Los beneficios no contributivos están financiados exclusivamente con recursos provenientes de impuestos generales. De estas, la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores es la más importante y en noviembre de 2013 concentraba al 87% del total de beneficiarios de la PNC. Es importante destacar que, si bien el financiamiento de dicha pensión depende de la disponibilidad de recursos del Estado, en la práctica esta ha operado como una renta vitalicia. Así, en enero de 2012 se registraron 25.857 beneficiarios, en tanto que para el mismo mes de 2013 estos habían aumentado en 96,4%, totalizando 50.778 adultos mayores.

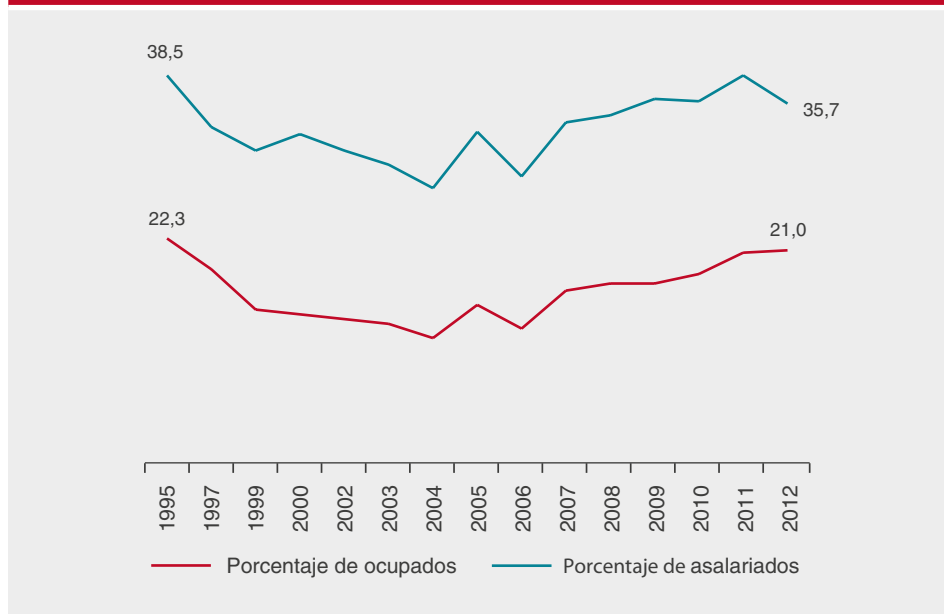
#### **d) Cobertura, prestaciones y sostenibilidad financiera**

Según la información reportada por la EPH, en los gráficos 16a y 16b se presenta la evolución de la cobertura de los aportantes a las cajas de pensiones y de la población beneficiaria de pensiones respecto de la población de 65 años y más, respectivamente. En el primer caso se observa que la cobertura respecto de los asalariados es de 35,7% en 2012 y de 21% si se considera al total de los ocupados; y ambas mediciones resultan inferiores a las reportadas para 1995.<sup>13</sup> Por su parte, la cobertura de los beneficiarios respecto de la población mayor de 65 años se estima en 14,3%, registrando un incremento desde 2010, aunque también resulta menor que la estimada para el año inicial del período.

En cambio, si se considera la información proveniente de los registros administrativos de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones para 2014 –sistematizada por la Dirección General de Seguridad Social (DGSS) del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y que se presenta en el cuadro 14– se observan diferencias significativas con los datos reportados a partir de la EPH. En efecto, a la luz de los registros administrativos se obtiene que en el pilar contributivo cotizaban 895.902 personas, las que respecto de la fuerza de trabajo representaron el 25,9% de cobertura y el

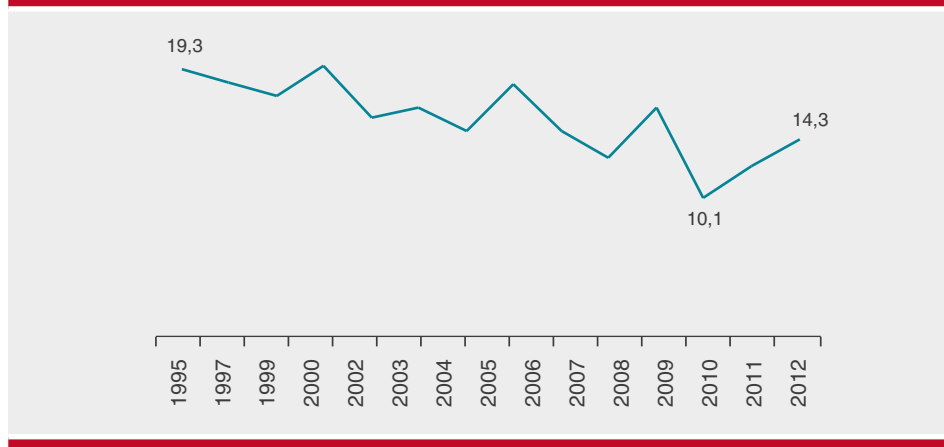
<sup>13</sup> Este comportamiento de la cobertura de cotizantes de pensiones es observado en otras estimaciones disponibles (véase Navarro y Ortiz, 2014) y es probable que esté directamente asociado con la mayor informalidad del empleo y menores índices de trabajo asalariado en los años noventa.

**Gráfico 16a. Cobertura cotizantes de pensiones, 1995-2012**  
(en porcentajes)



Fuente: elaboración propia según Navarro y Ortiz (2014).

**Gráfico 16b. Cobertura beneficiarios de pensiones, 1995-2012**  
(en proporción sobre la población de 65 años y más)



Fuente: elaboración propia según Navarro y Ortiz (2014).

56,5% del total de los asalariados del país. Sobre la base de esta última estimación, se deduce que la brecha de cobertura del componente contributivo alcanza al 43,5% de los asalariados. Si bien los asalariados están obligatoriamente comprendidos en el seguro social, en la práctica una proporción importante todavía no se vincula con el sistema de pensiones. Ello expresa la alta informalidad del mercado de trabajo, así como la incapacidad para ahorrar de una gran proporción de la población que vive en condición de pobreza o con ingresos bajos (subsistencia) y que se desempeña en empresas de menor tamaño relativo.

Asimismo, se observa que los cotizantes del componente contributivo del sistema de pensiones se concentra en el IPS, con el 70,8% del total, seguido de aquellos que están aportando a la Caja Fiscal, los que equivalen al 27,2% del total. El resto de las instituciones cubre a sectores particulares y, por tanto, son de un tamaño relativamente más pequeño.

Si se considera la cobertura de pensiones contributivas para los mayores de 65 años se obtiene que en el sistema están protegidos 95.253 personas, lo que equivale al 24,5% de la población adulta y estimada por CELADE (2015). Si además se incluyen las Pensiones No Contributivas (PNC) de la columna final del cuadro 14, se obtiene un incremento de la cobertura total de pensionados en la vejez que alcanza

**Cuadro 14. Afiliados activos y pensionados del sistema de pensiones, 2014**  
(en número de personas y porcentajes de los totales respectivos)

Instituciones	Afiliados activos	Porcentajes del total	Pensionados	Porcentajes del total	PNC
Caja Mutual Universidad Católica de Asunción	1.063	0,1	–	–	
Caja Fiscal (civiles)	200.373	22,4	34.521	36,2	
Caja Fiscal (no civiles)	32.258	3,6	14.175	14,9	
Caja Bancaria	10.987	1,2	2.644	2,8	
Asociación Civil Chortitzer	9.435	1,1	1.180	1,2	
Caja ANDE	4.345	0,5	1.260	1,3	
Caja Médica	3.088	0,3	37	0,0	
Caja Ferroviaria	3	0,0	519	0,5	
IPS	634.350	70,8	40.917	43,0	
Total	895.902	100	95.253	100	137.895

Fuente: DGSS (2015) y Ministerio de Hacienda.

al 60,1%. Resulta importante resaltar que el total de beneficiarios de la Pensión Alimentaria al Adulto Mayor ha crecido en 454% entre 2011 y 2014.

Si la cobertura del sistema de pensiones dependiera mayoritariamente del financiamiento de dicha pensión no contributiva, ello plantearía una alta exigencia al Estado, la que se incrementará en los próximos años. Este costo, aún latente, ya se ha ido visibilizando gradualmente por el creciente monto de recursos que se ha destinado al pago de las PNC, el que en 2013 representó el 0,3% del PIB y que ha seguido en aumento.

Sin embargo, la cobertura expresada como una proporción de los ocupados o de los asalariados proporciona una visión estática, ya que no expresa la frecuencia de los aportes que un trabajador realiza durante su vida laboral al sistema de pensiones, especialmente si como ocurre en Paraguay el trabajador alterna su vida laboral entre empleos formales e informales, de manera que no aporta en una forma continua al sistema jubilatorio. Al incorporar esta dimensión dinámica de la cobertura se alude a la densidad de las cotizaciones y para ello se requiere conocer las historias de los aportes de los cotizantes.

Navarro y Ortiz (2014) presentan evidencia al respecto a partir de estimaciones realizadas por Arrighi *et al.* (2010) para dicha función de densidad. Así, se tiene que al considerar una trayectoria laboral de 42 años y el requisito del IPS de contar con 15 años de aportes, ello equivale a aportar durante el 36% de la vida activa, por lo que solo el 38% de los que actualmente cotizan al IPS cumplirían con los requisitos para obtener una jubilación ordinaria. Con los antecedentes de densidades de cotización señalados, los autores estiman que finalmente la cobertura efectiva del IPS es de 4,6% de los ocupados y que el 8% lo estaría por las demás Cajas y que, en consecuencia, solo el 12,6% de las personas de 65 años y más obtendrían cobertura jubilatoria por el componente contributivo.

En cuanto a las prestaciones, el sistema ofrece beneficios de jubilación ordinaria, extraordinaria, retiro voluntario, pensión de invalidez y pensión de sobrevivencia. Además, existen instituciones que incorporan otros beneficios jubilatorios en condiciones muy generosas, como se presenta en el cuadro 15. La gama de beneficios existentes, así como las tasas de reemplazo y los requisitos para acceder a ellas, muestran una gran diversidad, lo que da lugar a profundas inequidades al interior del sistema, lo que a su vez refleja la falta de regulación. Existen beneficios especiales, extremadamente generosos, como jubilaciones con tan solo cinco años de aporte (Caja Parlamentaria) y el Auxilio de Reclusión de la Caja de Itaipú que exige tan solo un año de aporte.

En efecto, el sistema de pensiones de Paraguay presenta altas tasas de sustitución, ya que es muy frecuente observar tasas entre el 80 y 100%, muy superiores al 57,9% promedio de los países de la OCDE y también al de América Latina. Además, el



**Cuadro 15. Parámetros de las cajas de jubilaciones y pensiones para la contingencia vejez**

Variables e indicadores	IPS	Caja Fiscal	Caja Bancaria	Caja Municipal	Caja Parlamentaria	Caja ferroviaria	ANDE	ITAIPIÚ
Populación cubierta	Dependientes sector privado	Magisterio nacional y docentes universitarios	Adm. central y magistrados judiciales	Dependientes bancos y fondo ganadero	Empleados municipales	Senadores y diputados	Empleados de la ANDE	Empleados de ITAIPIÚ
Aporte patronal (% remuneración)	14 (todas las contingencias)	0	0	17	10	7	5	15
Aporte obrero (% remuneración)	9 (todas las contingencias)	16	16	11	10	20	5	6
Otros ingresos (% salarios)	1,5	No	No	28	No	No	12,5 (IPS)	12,32
Jubilación ordinaria (edad/años de aportes, servicios, antigüedad mínima)	55/30 (anticipada) 60/25 (ordinaria)	No	62/20	60/30	55/15	55/15	60/20	60/10
Beneficios (% salario base)	80 (anticipada) 100 (ordinaria)	100 desde 83	47 + 2,7 por año adicional	100	desde 45	80	100 66,7	80
Jubilación extraordinaria (edad/años de aportes, servicios, antigüedad mínima)	65/15	No	50/20	No/20	50/20	55/10	60/15	60/5
Período de referencia para el cálculo de los beneficios	36 meses	60 meses	60 meses	48 meses	24 meses	Última dieta	24 meses 36 meses	36 meses
Ajuste de los beneficios	IPC	IPC	IPC	Hasta el 20% renta o IPC	De acuerdo a disponibilidad	Igual al aumento de salarios o al IPC	De acuerdo a cálculos actuariales de salarios	De acuerdo al aumento al salario del cargo

Fuente: elaboración propia sobre la base de la legislación actual y Navarro y Ortiz (2014).

salario que sirve de base para calcular el beneficio jubilatorio varía entre aquellos que consideran el último salario a aquellos que consideran los 60 últimos meses, lo que, generalmente, sobreestima un beneficio que sea representativo de la vida laboral del trabajador.

Lo anterior ilustra la alta fragmentación normativa del sistema y la gran heterogeneidad de parámetros y condiciones de otorgamiento de los beneficios. Diversos estudios, entre ellos Alaimo y Tapia (2014), señalan que, en general, este tipo de sistemas proporciona a cada institución derechos y condiciones más generosas que el programa principal (en este caso, el IPS) y recibe subsidios fiscales que, en la mayoría de los casos, tienen efectos regresivos (Mesa-Lago, 2010). Estas concesiones contradicen los principios generalmente aceptados de la seguridad social, aumentan los costos administrativos y usualmente producen desequilibrios financieros que demandan transferencias fiscales crecientes.

De acuerdo con Ortiz y Navarro (2012), el beneficio recibido por los asegurados al sistema es, en todos los casos, superior al que podrían adquirir los asegurados en el mercado con sus capitales acumulados, aun cuando se considera que no dejan herederos y que las entidades que comercializan las rentas vitalicias no cobran por sus servicios. Tales beneficios generan cuantiosos perjuicios financieros al sistema y son financieramente insostenibles, por lo que perjudican la sostenibilidad del sistema e implica una pesada carga para las generaciones futuras.

Las tasas de aporte que rigen en las diferentes entidades van desde el 12,5% para el IPS hasta el 28% para la Caja Bancaria; y la mayoría cuenta con otras fuentes de financiamiento diversas como aportes del Estado, transferencias del Tesoro para entidades deficitarias, aportes adicionales para jubilaciones de privilegio o de invalidez o de premios o bonificaciones por retiro voluntario, porcentaje sobre ingresos de explotación de servicios (como la Caja Ferroviaria) e ingresos obtenidos de los activos que representan las reservas o fondo de pensiones, entre otros.

El panorama descrito se complica aún más desde el punto de vista de la sostenibilidad financiera por la falta de un regulador y supervisor del sistema y de normas adecuadas de inversión, lo que redundará en pérdidas de recursos de los asegurados o bien en bajas rentabilidades de las reservas. Al respecto, solo la Caja Bancaria y el IPS muestran reservas suficientes mientras que el resto de las instituciones presenta déficits actuariales de magnitud variable.

El mayor desequilibrio se presenta en la Caja Fiscal. Larraín, Viteri y Zucal (2013) estiman que el valor de la deuda implícita en valor presente de la Caja Fiscal se sitúa entre el 40% y 50% y que su fuente principal se explica fundamentalmente por la elevada generosidad de los beneficios de militares, policías y el magisterio nacional. Alaimo y Tapia (2014) señalan que el peligro de una crisis en la Caja Fiscal en el corto y el mediano plazo queda latente, ya que los aportes y las reservas

del sistema no serán suficientes para cumplir con los compromisos existentes, y el déficit actuarial representará una carga cada vez mayor para el Estado. Es preciso mencionar que a fines de 2013 el déficit de la Caja Fiscal (sector contributivo civil y no civil) representó el 0,2% del PIB.

A partir de los antecedentes señalados es posible identificar algunos desafíos que requieren ser enfrentados mientras existe el espacio que aún otorga el bono demográfico. En primer término, en el componente contributivo es posible advertir una gran dispersión normativa y la consiguiente existencia de regímenes privilegiados de jubilación, cuya sostenibilidad no está garantizada. Esta es esencial para aumentar la cobertura del sistema, pues de lo contrario los desequilibrios fiscales señalados solo serán incrementados en el tiempo. Al respecto, se requiere adoptar reglas claras que definan los parámetros utilizados por las distintas cajas de pensiones que permitan asegurar el equilibrio entre aportes y beneficios, incorporar un marco regulatorio y de supervisión del cumplimiento de las normas y eliminar las inequidades del sistema.

Por los antecedentes señalados con anterioridad, resulta prioritario implementar este tipo de reformas en la Caja Fiscal, pero también en el IPS, con el fin de garantizar la viabilidad financiera en el mediano plazo, pues decisiones como la extensión de la cobertura a otros sectores de actividad (magisterio, trabajadores domésticos, etc.), con tasas de contribución inferiores a la del resto de sus asegurados o la aplicación del esquema de pensiones mínimas (IPS, 2013, *op. cit.*) financiado por el fondo de pensiones, lo que no estaba previsto en su diseño original, por ejemplo, pueden incrementar el riesgo de financiamiento. También se requiere incorporar criterios de administración de sus inversiones que preserven la seguridad y la rentabilidad de los recursos administrados, así como separar administrativamente los servicios de salud, de riesgos laborales y de pensiones.

Por su parte, el componente no contributivo (PNC) también plantea importantes desafíos institucionales y financieros en el mediano plazo, ya que si bien este ha sido efectivo para incrementar la cobertura de los adultos mayores en edad de pensarse, requiere de un financiamiento que sea complementario con la expansión de su masa de beneficiarios, pese a que originalmente este quedó condicionado a la disponibilidad de recursos fiscales. Así, aspectos como su integración con el componente contributivo, la aplicación de reglas estrictas de elegibilidad y la creación de un fondo de uso exclusivo, son algunas medidas que deberían ser consideradas en un eventual rediseño del sistema para garantizar que todo adulto mayor tenga asegurado un nivel de ingreso en su vejez.



## IV. Los desafíos para aumentar la cobertura

---

La revisión de la protección social en Paraguay, su nivel actual de cobertura en los diferentes segmentos y las dificultades para alcanzar el cumplimiento de las garantías establecidas por la Recomendación 202 relativa a los pisos nacionales de protección social de la OIT, sugiere que los desafíos a enfrentar sean múltiples y complejos.

Paraguay exhibe un alto grado de empleo informal y ello constituye una enorme barrera para la extensión de la protección social. En consecuencia, su reducción pasa a ser una prioridad de política pública. Sin embargo, se trata de un problema multicausal y que tiene raíces estructurales que reflejan la concentración y segmentación de la estructura productiva. Los avances en esta materia requieren de la aplicación de diversas políticas integradas y de persistencia y coordinación en el tiempo para arribar a resultados positivos y permanentes.

Al mismo tiempo, es preciso abordar las urgencias actuales que presenta la desprotección de amplios sectores de la población paraguaya. Ello implica tanto diseñar e implementar políticas públicas orientadas hacia el efectivo cumplimiento de las garantías, su adecuada coordinación con el fin de evitar la duplicación de acciones, así como disponer de fuentes de financiamiento que asegure la sostenibilidad de las políticas adoptadas. A continuación se abordan dos dimensiones clave para ello: la coordinación y fortalecimiento institucional para el desarrollo de las políticas de protección social y la generación del espacio fiscal para sustentarlas.

### 1. LA COORDINACIÓN Y EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

De la revisión del panorama de la protección social en Paraguay es posible constatar que existe una gran diversidad de instituciones responsables de diversos aspectos

específicos de las políticas existentes al nivel de las cuatro garantías analizadas y que, en cada caso, es posible identificar áreas en las que la efectividad de los sistemas y programas implementados puede ser potenciada, ya sea con el fortalecimiento de capacidades específicas así como con un mayor grado de coordinación interinstitucional.

En el ámbito de la garantía de salud esencial, los antecedentes revisados muestran que los componentes del sistema de salud –público, privado y mixto–, desde la perspectiva de las funciones de financiamiento, organización y administración y de la provisión de los beneficios, se muestran fragmentados y faltos de coordinación y, excepto el componente privado, están verticalmente integrados por lo que no existen transferencias de recursos y pacientes en gran escala entre ellos.

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

En efecto, varios autores han destacado los problemas asociados con la falta de descentralización del sistema que se reflejan en que las gobernaciones y municipios participan de una reducida proporción del gasto público en salud. Por otra parte, salvo la estructura de la Superintendencia de Salud, la Dirección Médica Nacional y la Dirección del Fondo Nacional de Salud no han sido implementadas. Por lo anterior, aún está pendiente el desarrollo de normas de funcionamiento, gerencia del sistema, desarrollo de una política de financiamiento sectorial y de organización y administración del seguro médico nacional que debería operar en la actualidad.

Si bien se han registrado avances desde 2008 mediante la creación del Fondo de Equidad para la Descentralización en Salud, lo que ha permitido conformar progresivamente más de 200 consejos en el 80% de los municipios, analistas del sector plantean que no se ha logrado una descentralización efectiva ni la articulación de los subsistemas de un modo sistemático. Así, pese a que el gasto en salud ha aumentado significativamente durante los últimos años, persisten deficiencias importantes como la baja cobertura de la población protegida, un alto gasto de bolsillo que perjudica especialmente a los más pobres y, por ello, el acceso a los servicios sigue dependiendo en gran medida de la capacidad de pago de las personas.

En el ámbito de la garantía de ingreso para niños y adolescentes, por su parte, si bien la información disponible permite constatar la operación de programas que

tienen definidas sus poblaciones beneficiarias y que sus acciones presentan adecuada orientación, estos pueden ser potenciados mediante una mayor coordinación que evite superposición de actividades y que permita aprovechar economías de escala.

Del mismo modo y con el fin de capitalizar los logros obtenidos con los programas de transferencias condicionadas, resultará útil establecer las coordinaciones necesarias para asegurar que sus beneficiarios puedan transitar hacia mayores niveles de formación profesional o hacia inserciones productivas en los mercados de trabajo. Así, resulta clave la función del Gabinete Social de la Presidencia de la República, en tanto instancia de coordinación de las instituciones que desarrollan la Agenda Social, con aquellas que procuran asegurar un ingreso en la vida activa.

En efecto, la utilización de las capacidades instaladas de los sistemas de formación profesional y capacitación laboral con financiamiento paraestatal y su vinculación expedita y permanente con los servicios de empleo del MTESS tiene el potencial de asegurar trayectorias exitosas de inserción laboral productiva, en particular para sectores más vulnerables. En este aspecto el fortalecimiento de la rectoría del sistema de formación profesional, la vinculación con las demandas de capacidades y habilidades para el trabajo desde los sectores productivos y la calidad de los servicios proporcionados son ámbitos prioritarios de acción.

En el caso del Seguro de Riesgos Laborales (SRL) del IPS, se estima necesario avanzar desde un diseño organizacional basado en prestaciones a uno basado en riesgos, lo que implicaría administrar el componente del SRL con independencia del Fondo de Enfermedad y Maternidad, estableciendo funciones y procesos especializados, hasta donde resulte eficiente. Complementariamente, y en el marco de una estrategia de mediano plazo, se estima necesario transitar hacia un esquema de financiamiento en función de la tasa de accidentabilidad por empresa, incorporando así un componente variable de las contribuciones según el riesgo, junto con incluir una función específica para el desarrollo de políticas que aseguren la implementación de medidas destinadas a la prevención de los siniestros.

En cuanto a la garantía de asegurar ingresos en la vejez, se torna prioritario el fortalecimiento de la institucionalidad existente, ya sea para estandarizar los diversos programas de pensiones existentes, establecer normas para la determinación de los aportes y de los beneficios sobre la base de asegurar su sostenibilidad en el tiempo, así como disponer de directrices claras y conocidas para garantizar una adecuada administración de los recursos de sus afiliados.

Finalmente, el desarrollo de un pilar no contributivo es una materia de primera prioridad con el objetivo de asegurar la cobertura para los adultos mayores en edad de pensionarse. Ello requiere de una base de financiamiento que sea complementario con la expansión de su masa de beneficiarios, y a la vez integrado con el pilar contributivo.

## 2. EL ESPACIO FISCAL

Por espacio fiscal es posible entender como el margen de maniobra que existe dentro del presupuesto público para disponer de recursos sin que ello implique comprometer su sostenibilidad financiera. Considerando los desafíos identificados en orden a expandir la cobertura de la protección social en el país, a continuación se presenta y discute cuál es la posición actual en la materia y cuáles son las vías potenciales que permitirían garantizar el financiamiento para mejorar el alcance de la protección social.

Desde 2013 la política fiscal de Paraguay se enmarca en la Ley de Responsabilidad Fiscal (LRF, Ministerio de Hacienda, 2013), en la que, con el fin de otorgar estabilidad y sostenibilidad a las finanzas públicas, se establece una meta de déficit fiscal anual de la Administración Central, incluidas las transferencias, no mayor al 1,5% del PIB. Asimismo, establece que el incremento anual del gasto corriente primario (gasto corriente total excluido el pago de intereses) del sector público no podrá exceder la tasa de inflación interanual más el 4% y que no se podrán incorporar incrementos salariales, excepto cuando se produzca un aumento en el salario vital mínimo móvil vigente. El aumento será como máximo de la misma proporción y se incorporará en el presupuesto del siguiente Ejercicio Fiscal (Ministerio de Hacienda, 2015).

En consistencia con dicho marco, el proyecto de presupuesto 2016 tiene previsto un endeudamiento neto equivalente al 1,5% del PIB para la Administración Central (límite de la LRF) y de 1,0% y 0,5% para los años 2017 y 2018, respectivamente. Estos resultados se obtendrían por el efecto conjunto de una reducción de los ingresos totales de la Administración Central entre 2017 y 2018, equivalentes al 19,4% del PIB; menores al 20,1% que se estima para 2016, en el marco de las proyecciones multianuales presentadas por el Ministerio de Hacienda (Ministerio de Hacienda, 2015).

Resulta necesario considerar que, en todo caso, para los ingresos totales los recursos impositivos del Presupuesto General de la Nación (PGN) 2016 representan el 12,7% del PIB, y se proyecta un ligero incremento entre 2017 y 2018 hasta llegar al 13% del producto. Es importante destacar que la base de contribuyentes registrados en la Administración Tributaria ha continuado aumentando (9,1% en 2014 respecto del año anterior), lo que para el Ministerio de Hacienda es una señal de una mayor formalización de la economía.

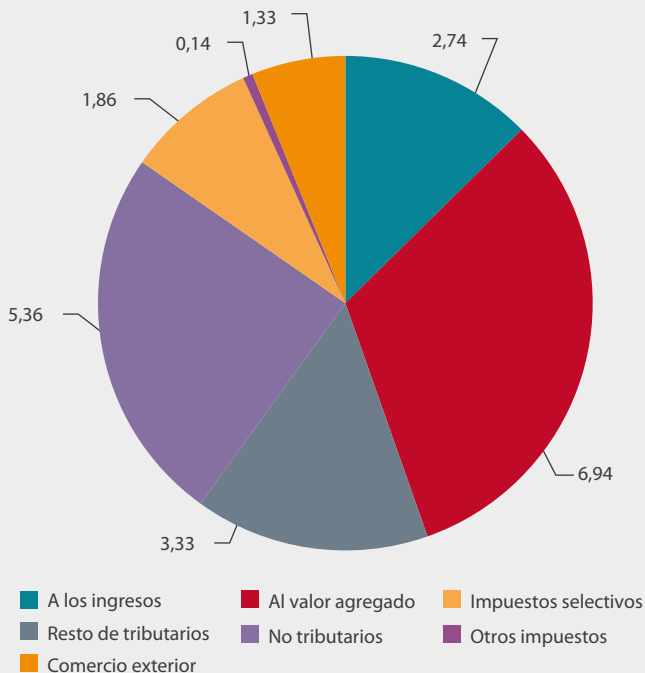
Por su parte, dicho PGN (2016) asigna a la Administración Central autorizaciones de gastos por un monto equivalente al 18,3% del producto y se estima una trayectoria ligeramente descendente de estos, debido a reducciones en el comportamiento esperado de las fuentes de financiamiento disponibles para las transferencias de capital en 2017 y 2018.



Las estructuras de los ingresos y gastos del sector público en relación con el PIB se presentan en los gráficos 17a y 17b para 2014. En los ingresos el de mayor importancia es el aplicado al valor agregado y le siguen los ingresos no tributarios, principalmente impuestos selectivos y al comercio exterior y a las transferencias. En cuanto a la estructura del gasto público, el componente principal es el destinado a remuneraciones, el que, en todo caso, según el marco de responsabilidad fiscal adoptado, se encuentra acotado en su crecimiento.

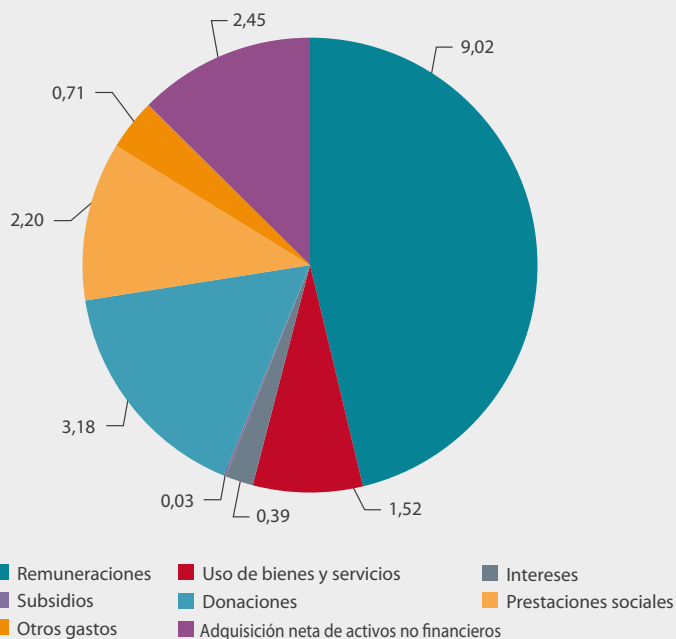
Considerando los antecedentes señalados, el espacio fiscal desde el punto de vista de la disponibilidad de mayores ingresos (*ceteris paribus*) queda condicionado a la capacidad de la economía de aumentar el crecimiento económico, así como a la efectividad de ampliar la base contributiva por la vía del aumento de las actividades formales. Sin embargo, otras vías pueden ser incluidas, si existe la voluntad de alterar la estructura tributaria.

**Gráfico 17a. Ingresos sector público, 2014**  
(en porcentaje del PIB)



Fuente: elaboración propia según Ministerio de Hacienda del Paraguay (2015).

**Gráfico 17b. Gastos sector público, 2014**  
(en porcentaje del PIB)



Fuente: elaboración propia según Ministerio de Hacienda de Paraguay (2015).

En efecto, Paraguay presenta niveles de deuda pública reducidos respecto del PIB (17,7% en el primer semestre de 2015) y buenas posiciones en cuanto a capacidad de pago (solvencia) y disponibilidad de recursos (liquidez) para hacer frente a sus obligaciones (Ministerio de Hacienda, 2015, *op. cit.*). Sin embargo, el país exhibe una baja carga tributaria ya que sin contar las contribuciones sobre los salarios para la seguridad social, los ingresos tributarios del gobierno central se ubicaban en el 13% del PIB en 2011, menores al 15,1% del PIB que exhibe como promedio la región (CEPAL, 2015). Además, también se presentaba la tasa media del impuesto a la renta más baja respecto de las personas físicas del decil 10.

Si bien la debilidad del impuesto sobre la renta es el principal problema estructural de los sistemas tributarios de América Latina (CEPAL, 2015, *op. cit.*), en los últimos años, varios países de la región los han reformado con el fin de mejorar la recaudación mediante el aumento de las tasas, la reducción de las exenciones, la

modificación o creación de impuestos mínimos y el aumento de la fiscalización a los grandes contribuyentes.<sup>1</sup>

El impuesto a la renta de las personas físicas entró en vigencia el 1 de agosto de 2012, con lo que la recaudación sobre personas físicas y empresas llegó a representar el 2,74% del PIB en 2014, la que es en todo caso inferior al 4,7% del promedio simple que exhibía América Latina en torno a 2011 (CEPAL, 2015, *op. cit.*). Recientemente se implementó la generalización del IVA para el sector agropecuario, exceptuando a los microproductores. Así y no obstante los avances señalados, cambios en la estructura tributaria junto con el fortalecimiento de la capacidad de fiscalización pueden reportar nuevas vías de financiamiento permanente y crear las condiciones necesarias para aumentar el gasto y la inversión en protección social.

Una segunda dimensión a considerar en esta materia es la de asegurar la calidad del gasto público. Al respecto hay que considerar que desde el 2011 Paraguay ha iniciado la implementación gradual y progresiva del Presupuesto por Resultados (PPR), como un instrumento clave para la medición de resultados de los bienes y servicios que se entregan a la población.

Esta reforma ha permitido disponer de un modelo de seguimiento y evaluación basado en el desempeño de la gestión, mediante tres instrumentos: Evaluación de Programas Públicos, Balance Anual de Gestión Pública e Indicadores de Desempeño. Además, en el PGN 2016 se ha incluido la matriz salarial que establece un esquema de asignación de remuneraciones en cada uno de los niveles de clasificación de cargos, con el fin de instalar la carrera del servicio civil en el sector público.

En dicho marco se han establecido metas para el 2016 para 12 entidades que contribuyen al cumplimiento de los objetivos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030, los que podrán ser monitoreados en forma periódica a los efectos de medir el impacto durante el proceso de ejecución presupuestaria (Ministerio de Hacienda, 2015). Disponer de un instrumento como el señalado resulta crucial para mejorar la eficiencia y eficacia de los gastos públicos, lo que abre la posibilidad de reasignar recursos hacia aquellos programas que presenten un adecuado desempeño y generar nuevos con mejores diseños.

---

<sup>1</sup> Las reformas han cubierto diferentes aspectos del diseño de estos impuestos, como los vinculados a la modificación de la base imponible (en especial para fortalecer la tributación sobre las rentas de capital), el cambio de alícuotas y las reglas de tributación internacional. Entre las reformas realizadas en 2014, destacan las de Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, Perú y la República Bolivariana de Venezuela. Al respecto, véase CEPAL (2015, *op. cit.*).

Adicionalmente, en esta misma dimensión existe abundante evidencia respecto del déficit de la Caja Fiscal como fue analizado en la sección de la garantía destinada a asegurar ingresos en la vejez. En efecto, la Caja Fiscal se divide contablemente en tres tipos de programas: los dos programas contributivos civiles, de la Administración Pública y Magistrados Judiciales y el del Magisterio Nacional y Docentes Universitarios, los que pueden utilizar sus excedentes para financiar a los sectores deficitarios que los integran. Adicionalmente se incluyen los programas contributivos no civiles de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, para los cuales es el Tesoro Nacional el que debe financiar sus déficits.

La Caja Fiscal registró un déficit de G. 476 mil millones en el 2014, explicado principalmente por el desempeño de los programas contributivos que incluyen al Magisterio Nacional, las Fuerzas Armadas y la Fuerza Policial. Esta situación se ha ido profundizando en los últimos años. El sector de las Fuerzas Armadas es el más deficitario de todos (G. 309 mil millones, con un incremento del 9% con relación al 2013) y el sector de la Fuerza Policial (con un resultado negativo de G. 227 mil millones, lo que representó el 35,7% de incremento respecto del año anterior), los que deben ser cubiertos por el Tesoro Nacional (Ministerio de Hacienda, 2015).

La persistencia de los desequilibrios en los tres programas contributivos señalados requiere de una corrección definitiva. Este es un claro ejemplo de los beneficios posibles de obtener con la reasignación de recursos desde programas que requieren ser reestructurados hacia aquellos que requieren de una base de sostenibilidad en el tiempo, bajo la modalidad de un pilar no contributivo.

Finalmente, una tercera dimensión posible de abordar desde la perspectiva del *espacio fiscal*, es la del gasto tributario. Este se define como los recursos monetarios que deja de percibir el Estado a causa de la existencia de incentivos fiscales o beneficios que reducen la carga tributaria directa o indirecta de determinados sectores económicos o sociales con el fin de alcanzar ciertos objetivos de política económica o social (Ministerio de Hacienda, 2015, *op. cit.*).

Al respecto, el Ministerio de Hacienda (2015) plantea que si bien la determinación de otorgar exoneraciones o tratos tributarios diferenciados es una facultad propia del Estado para fomentar o incentivar aquellas actividades que considera prioritarias, ello puede derivar en privilegios para determinados subgrupos de contribuyentes y ocasionar desviaciones de los principios generales de equidad y generalidad que debe primar en todo sistema tributario.

En ciertas circunstancias estas inequidades resultantes son potenciadas, ya que la falta de suficiencia recaudadora para hacer frente a las obligaciones del Estado puede conducir a generar una mayor carga tributaria en aquellos que no reciben los beneficios de estos incentivos. De ahí la importancia de no solo su

cuantificación, sino que también la de evaluar si el beneficio otorgado por su intermedio logra el efecto deseado, y si este último justifica la renuncia fiscal asociada.

El Ministerio de Hacienda estimó el gasto tributario para 2016 en US\$ 509 millones, lo que equivale al 1,7% del PIB. Su dimensión para dicho año *equivaldría aproximadamente a más del 100% del Presupuesto del Ministerio del Interior, o a más del 50% del presupuesto del Ministerio de Salud, o del 40% del presupuesto del Ministerio de Educación. También se podría invertir en más de 600 km de rutas pavimentadas o en la construcción de unas 28.000 viviendas sociales* (Ministerio de Hacienda, *op. cit.*, pág. 63).



## V. Conclusiones

---

Los antecedentes analizados respecto del estado de la protección social en Paraguay, utilizando para ello los lineamientos generales que emergen del Convenio 102 sobre norma mínima de seguridad social y la Recomendación 202 acerca de los pisos nacionales de protección social de la OIT, han permitido configurar sus rasgos principales en cuanto a su diseño, cobertura y las brechas existentes como también identificar desafíos en materias de institucionalidad y de requerimientos de financiamiento para garantizar la sostenibilidad de su desarrollo en el tiempo.

En efecto, del análisis del cumplimiento de las cuatro garantías de ingresos recomendadas para enfrentar los diversos riesgos a lo largo de todo el ciclo de vida de las personas, es posible concluir que en el país se presentan brechas de protección significativas, pese a los avances observados en cada una de ellas en el último tiempo.

Así, en el caso de la garantía de salud esencial y no obstante el significativo aumento de los recursos públicos en salud y del mayor alcance en cobertura logrado por el IPS y otros programas contributivos, que han permitido elevar la cobertura de la población beneficiaria a casi el 30% de los ocupados, todavía persisten importantes brechas en la materia. Aún el acceso a la protección en salud depende crucialmente de la capacidad de pago de las personas.

De ahí la importancia de priorizar las acciones destinadas a lograr la universalidad que se iniciaran en 2008, mediante una efectiva descentralización de los servicios, potenciando las inversiones en infraestructura y en equipamiento y desarrollando los componentes de la institucionalidad aún rezagados. Con ello sería posible avanzar en remover las actuales restricciones de acceso al asegurar la provisión efectiva y oportuna de los servicios de salud a toda la población y dejar de depender de la capacidad de financiar el gasto de bolsillo.

En materia de protección de niños y adolescentes, el desarrollo e implementación de programas de transferencias condicionadas ha permitido beneficiar a importantes segmentos de la población objetivo y, como en el caso del Programa *Tekoporá*, aumentar en forma sostenida la cobertura de las familias beneficiadas y con un alto grado de eficacia en el uso de los recursos. Un mayor alcance en esta dimensión puede ser logrado por la vía de institucionalizar esta experiencia como una red de apoyo a la población vulnerable, lo que permitiría ampliar sus efectos hacia mayores segmentos de beneficiarios y coordinar las acciones de otros programas complementarios que están orientados hacia una misma población objetivo.

Un esquema como el planteado facilitaría, además, la coordinación interinstitucional que se requiere para diseñar trayectorias de los beneficiarios hacia la formación profesional y la inserción productiva en los mercados de trabajo, lo que permitiría capitalizar los logros en materia de salud y desarrollo de la niñez y adolescencia ya obtenidos en las etapas previas a su vida laboral.

En cuanto a la protección frente a los riesgos asociados con la edad laboral activa, también se muestran brechas importantes. En primer término, no se cuenta con un esquema de protección ante el desempleo y el esquema de servicios de empleo aún presenta debilidades propias de su reciente implementación y escasez de recursos, lo que favorecería la persistencia de actividades de baja productividad y empleos informales carentes de toda protección. Por su parte, Paraguay no cuenta con un sistema integral de prevención y protección contra los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Esta es un área que presenta un alto potencial de fortalecimiento.

En relación con las políticas y programas de formación profesional y capacitación laboral si bien se cuenta con el SNPP y el SINAFOCAL, dependientes del MTESS, la cobertura de beneficiarios solo alcanza al 6% de la fuerza de trabajo, un resultado inferior al alcanzado en otros países de la región. Es por ello que el fortalecimiento institucional en materia de rectoría, vínculos permanentes con los sectores productivos y cobertura a los grupos vulnerables, y especialmente en cuanto a la pertinencia y calidad de los servicios de capacitación laboral proporcionados junto con la coordinación con los servicios de empleo, adquieren especial importancia para proporcionar una adecuada protección ante el riesgo de la pérdida de ingresos en la vida activa.

Respecto de la protección de los ingresos en la vejez es posible identificar brechas significativas, ya que el componente contributivo –en el que destaca la importancia del IPS y de la Caja Fiscal– presenta una cobertura de aportantes a la seguridad social del 56,5% de los asalariados y 25,9% de la fuerza de trabajo. Este indicador se reduce aproximadamente a la mitad si se considera la densidad de los aportes. Por su parte, la cobertura de la protección de la población mayor de 65 años que proporcionan los esquemas contributivos supera apenas el 14%. Solo en los



últimos años esta situación ha mostrado claros avances en cobertura por la vía del programa de garantía alimentaria para dicha población, el que es financiado con rentas generales y que ha registrado un creciente aumento del número de beneficiarios, quienes reciben el 25% del salario mínimo.

En este ámbito se presenta un conjunto de tareas prioritarias y que deberían ser abordadas con celeridad. En efecto, el componente contributivo está fragmentado y se precisa de un marco regulatorio que garantice su adecuado funcionamiento tanto respecto de la gestión de las cotizaciones como de la determinación de los beneficios, así como en las condiciones de elegibilidad y en la administración regulada de los recursos de los aportantes.

En un marco regulado como el sugerido, no solo se corregirían los severos desequilibrios de algunas instituciones y programas, como la Caja Fiscal, sino que también sería posible avanzar en la ampliación de la base de contribuyentes del sistema con la incorporación de grupos excluidos o de difícil cobertura debido a su caracterización socioeconómica. Para ello será crucial trabajar en la arquitectura de un sistema que deberá priorizar la ampliación de su cobertura pero a la vez, también, garantizar su sostenibilidad en el mediano y largo plazo. Este es un aspecto que ha quedado en evidencia con la ampliación de la cobertura registrada en el IPS en los últimos años. También se torna imperiosa la instalación de un pilar no contributivo que permita sostener financieramente el aumento de la protección en la vejez, que esté integrado con el esquema contributivo, que cuente con mecanismos efectivos de elegibilidad de sus beneficiarios y que evite la pobreza en la población beneficiaria.

Las brechas identificadas son considerables y requieren de una estrategia coordinada de políticas públicas y de su persistencia en el tiempo. Tales brechas reproducen en gran medida rasgos estructurales del funcionamiento de la economía paraguaya y que se expresan fielmente en las características del mercado de trabajo. La concentración productiva de un modelo primario exportador, sometido a permanentes fluctuaciones por el cambio en condiciones climáticas y por el impacto de economías vecinas, la heterogeneidad productiva con pocas empresas con alta productividad y bajo empleo y la mayoritaria presencia de empresas de menor tamaño, junto con la significativa importancia del empleo informal, configuran un contexto que impone severos límites para la ampliación de la cobertura de la protección social en el país.

Así, avances significativos en esta materia requieren la adopción de un conjunto de políticas destinadas a reducir la informalidad. Ello es ineludible, aunque se trata de una vía compleja y con resultados perceptibles solo en el mediano y largo plazo. Sin embargo, avanzar en resolver las urgencias de incrementar la protección en el corto y mediano plazo no solo es de alta prioridad, sino que es necesario y posible.

En efecto, la identificación de las políticas y programas de protección social en las dimensiones analizadas proporciona una perspectiva detallada pero también conjunta de los desafíos a abordar. La naturaleza de las brechas existentes y su cuantificación proporcionan una base indispensable para seleccionar un conjunto de políticas y acciones que permitan avanzar con efectividad en su reducción. Junto con desarrollar las potencialidades asociadas con una mayor coordinación y fortalecimiento de las instituciones existentes en las diversas áreas estudiadas, también se requerirá de mayores recursos para financiar las nuevas demandas de protección.

Por ello, resulta crucial la adopción de medidas que permitan ampliar la disponibilidad de ingresos públicos, eliminar las significativas y persistentes ineficiencias y desequilibrios que incrementan los gastos y asegurar un uso eficiente del gasto tributario. La actual ley de responsabilidad fiscal proporciona el marco de referencia para asegurar su sostenibilidad.

## VI. Bibliografía

- Alaimo, V. y Tapia, W., 2014. *Perspectivas del mercado de trabajo y las pensiones en Paraguay. Desafíos y propuestas*, serie Nota Técnica 772 (Washington, D.C., Unidad de Mercados Laborales y Seguridad Social, Banco Interamericano de Desarrollo).
- Arrighi, W.; Bione, E.; Bourquin, M. y Gómez, R., 2010. *Elaboración de estudios y proyecciones actuariales del régimen de jubilaciones y pensiones. Informe actuarial final* (Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS).
- Banco Mundial, 2015. *Health nutrition and population statistics* (Washington, D.C., Banco Mundial).
- 1994. *Averting the old-age crisis. Policies to protect the old and promote growth* (Oxford, Oxford University Press).
- Bertranou, F.; Casalí, P. y Schwarzer, H., 2014. *La estrategia de desarrollo de los sistemas de seguridad social de la OIT. El papel de los pisos de protección social en América Latina y el Caribe* (Lima, Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe).
- Bertranou, F.; Marinakis, A. y Reinecke, G., 2003. “Mercado de trabajo, instituciones y pobreza. Interrelaciones y desafíos en Paraguay”, en *Paraguay. Empleo y protección social. Desafíos institucionales para reducir la pobreza* (Santiago, OIT).
- Casalí, P. y Schwarzer, H., 2010. “El piso de protección social: desarrollo conceptual y aplicación en América Latina”, en *Panorama laboral 2010* (Lima, Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe).
- Casalí, P.; Cetrángolo, O. y Goldschmit, A., 2015. *Análisis integral de la protección social en el Perú* (Lima, Oficina de la OIT para los Países Andinos).
- Cartes, H., 2013. *Ñande Paraguay. Visión social y económica del país. Plan de Gobierno. (Ejes Estratégicos)* (Asunción, Presidencia de la República de Paraguay).

- Cecchini, S. y Martínez, R., 2011. *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos* (Santiago, CEPAL).
- CELADE, 2015. *América Latina. Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950*. Revisión 2013 (Santiago, División de Población, CEPAL-CELADE).
- CEPAL, 2015a. *Panorama fiscal de América Latina y el Caribe 2015. Dilemas y espacios de políticas* (Santiago, CEPAL).
- 2015b. *Base de datos sobre gasto social* (Santiago, CEPALSTAT, División de Desarrollo Social).
- 2009. *Panorama social de América Latina 2008* (Santiago, CEPAL).
- CEPAL-OIT, 2014. “Formalización del empleo y distribución de los ingresos laborales”, en *Boletín Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, núm. 11 (Santiago, CEPAL-OIT).
- Di Cesare, M., 2011. *El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones*. Documento de Proyecto (Santiago, CEPAL-UNFPA).
- DGEEC, 2016. *Empleo informal. Encuesta Permanente de Hogares, 2010-2014* (Asunción, DGEEC).
- 2015a. *Encuesta Permanente de Hogares, 2014. Principales resultados* (Asunción, DGEEC).
- 2015b. *Capacitación laboral y otros cursos no formales, 2014* (Asunción, DGEEC).
- Frailé, L., 2009. “La experiencia neoliberal de América Latina. Políticas sociales y laborales desde el decenio de 1980”, en *Revista Internacional del Trabajo*, Vol. 128, núm. 3 (Ginebra, OIT).
- Gaete, R., 2012. *Estudio de la descentralización de los servicios esenciales para el caso de Paraguay* (Santiago, CEPAL).
- Giménez, E., 2012. *Introducción al sector salud del Paraguay. Una aproximación conceptual y metodológica para el análisis sectorial* (Asunción, Instituto Desarrollo).
- González, C., 2012. *Evaluación rápida del Servicio Nacional de Promoción Profesional (SNPP) y Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral (SINAFOCAL)* (Asunción, Ministerio de Hacienda).
- Grushka, C. y Altieri, D. 2003. “Evaluación actuarial y proyecciones 2000-2050 del régimen de jubilaciones y pensiones administrado por el Instituto de Previsión Social”, en *Paraguay. Empleo y protección social. Desafíos institucionales para reducir la pobreza* (Santiago, OIT).
- Guillén, M. C., 2011. *Paraguay. Sistemas de salud en Sudamérica: desafíos hacia la integralidad y equidad* (Asunción, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Presidencia de la República del Paraguay).
- IPS, 2013. *Manual de la asegurada y del asegurado* (Asunción, IPS, Dirección de Planificación).
- Larraín, G.; Viteri, A. y Zucal, J., 2013. *Análisis actuarial y de gobernanza de la Caja Fiscal y Caja Bancaria y apoyo a propuesta de ley de inversiones*. Documento de Cooperación Técnica elaborado en el marco del apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo al Ministerio de Hacienda del Paraguay (Asunción).

- Lavigne, M., 2012. *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Paraguay*, serie Documentos de Proyecto (Santiago, CEPAL).
- Mancuello, J. y Cabral de Bejarano, M., 2011. *Revista de Salud Pública del Paraguay*, Vol. 1 (1): 13-25 (Asunción, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social).
- Mesa-Lago, C., 2010. *Presente y futuro de los sistemas de pensiones públicos y privados frente a la crisis mundial. Informe general*. Memorias VIII del Congreso Regional Americano de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, págs. 1-49 (Cartagena de Indias).
- 2004. *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*, serie Financiamiento para el Desarrollo (Santiago, CEPAL).
- Ministerio de Hacienda, 2015. *Proyecto de Ley de Presupuesto. Ingresos por entidad. Paraguay*, ejercicio fiscal de cada año (Asunción, Ministerio de Hacienda).
- 2013. *Ley 5098 de Responsabilidad Fiscal. Paraguay*, Gaceta Oficial, Sección Registro Oficial, pág. 14 (Asunción, Ministerio de Hacienda).
- Ministerio de Justicia y Trabajo, 2013. *Paraguay Capacita, Programa Nacional de Capacitación Laboral* (Asunción, Ministerio de Justicia y Trabajo).
- MSPBS, 2015. *Defunciones por causas según regiones sanitarias y área de residencia del fallecido* (Asunción, Subsistema de Información de Estadísticas Vitales, SSIEV, Dirección de Estadísticas en Salud, DES, Dirección General de Información Estratégica en Salud, DIGIES).
- MSPBS, DGEEC y OPS/OMS, 2007. *Exclusión social en salud en Paraguay 2007: análisis a nivel nacional y regional* (Asunción, MSPBS, DGEEC y OPS/OMS).
- Navarro, B. y Ortiz, E., 2014. *El sistema de pensiones de Paraguay. Debilidades que exhibe y perspectivas de la reforma* (Asunción, Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP).
- OISS, 2014. *Estudio sobre la perspectiva de género en los sistemas de seguridad social en Iberoamérica* (Madrid, OISS).
- OIT, 2014. *Panorama laboral temático. Transición a la formalidad en América Latina y el Caribe* (Lima, Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe).
- 2012. *Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (R202)*, 101.ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (Ginebra, OIT).
- 2011. *Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa*, Informe VI, 100.ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (Ginebra, OIT).
- 2008. *Declaración de la OIT sobre la justicia social para una globalización equitativa*, adoptada en la 97.ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (Ginebra, OIT).
- 2001. *Seguridad social: temas, retos y perspectivas*, Informe VI, 89.ª Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (Ginebra, OIT).
- 2003. *Paraguay. Empleo y protección social. Desafíos institucionales para reducir la pobreza* (Santiago, OIT).

- OIT-DGEEC, 2013. *Magnitud y características del trabajo infantil y adolescente en el Paraguay. Encuesta Nacional de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (EANA), 2011* (Asunción, OIT-DGEEC).
- OMS, 2015. *Global health expenditure database* (Washington, D.C., OMS).
- 2010. *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal* (Ginebra, OMS).
- (varios años) *Global health observatory data repository* (Washington, D.C., OMS).
- OPS/OMS, 2015. *Enfermedades transmisibles y análisis de salud/información y análisis de salud. Iniciativa regional de datos básicos en salud* (Washington, D.C., OPS/OMS).
- 2008. *Perfil de los sistemas de salud de Paraguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Tercera edición (Washington, D.C., OPS/OMS).
- Ortiz, E. y Navarro, B., 2014. *El sistema de pensiones de Paraguay. Debilidades que exhibe y perspectivas de la reforma* (Asunción, Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP).
- 2012. Trabajos de investigación no publicados y elaborados para el BID en el marco del Programa de Fondos Concursables. Los temas investigados fueron: La protección de la población paraguaya por los sistemas jubilatorios; Características paramétricas de los sistemas jubilatorios de Paraguay; Financiamiento de las entidades del sistema de jubilaciones y pensiones de Paraguay y Regulación y supervisión del sistema de jubilaciones y pensiones de Paraguay (Asunción).
- Salomon, J. y Murray, C., 2002. "The epidemiological transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex", en *Population and Development Review*, Vol. 28, núm. 2 (Nueva York, Population Council).
- Sepúlveda, M., 2010. *Informe de la experta independiente encargada de la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza*. Consejo de Derechos Humanos, 14 Período de Sesiones, Asamblea General de Naciones Unidas (Nueva York, Naciones Unidas).