



PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA
Secretaría Técnica de Planificación



PLANDES
Proyecto Planificación del Desarrollo Sostenible

La protección social en Paraguay

**Condiciones, problemas, desafíos y
perspectivas de los sistemas de previ-
sión**

Jens Holst



Indice

0. Abstract	2
1. Introducción	3
2. Retos y perspectivas de la Seguridad Social en el Paraguay	4
3. Prerrequisitos para el proceso de reforma de los sistemas de protección y seguridad social	7
3.1. Identificar e iniciar un debate amplio sobre las prioridades	7
3.2. Conseguir consensos técnicos y sociales	8
3.3. Definir conceptos básicos y objetivos centrales: Aportes europeos	9
4. El Sistema Vigente de Jubilaciones y Pensiones	13
4.1. Sistemas de seguro pensional existentes	13
4.2. Normativas y regulaciones del acceso a la jubilación	15
4.3. Principales Programas: IPS y Caja Fiscal	18
4.4. Problemas y desafíos	19
5. El sistema de salud y exclusión social	25
5.1. Sistemas de seguro de salud existentes	27
5.1.1. El subsector público	27
5.1.2. El subsector privado	29
5.2. Potenciales actores importantes	30
5.2.1. El movimiento cooperativo	30
5.2.2. Potencialidades de las microempresas	31
5.3. Análisis de los problemas del sector salud	32
6. Principales desafíos en protección social	35
6.1. Enfoque multisectorial	35
6.2. Perspectivas conjuntas en los sectores jubilaciones y salud	37
6.3. Mecanismos de mercado: Dosis y control adecuados	38
6.4. Propuestas para la implementación de un sistema amplio de protección social	39
6.4.1. Solvencia económica	39
6.4.2. Depuración del seguro social	40
6.4.3. Coordinación, portabilidad y redistribución	40
6.4.4. Exclusión y cobertura	42
7. Síntesis de medidas necesarias y recomendaciones	44
8. Conclusiones	50
9. Bibliografía	51



0. Abstract

Paraguay, one of the least developed countries in Latin America with almost 50 % of rural population, stands out as a country with high poverty, in large part due to a lack of growth. One and a half decades after the end of the Strössner dictatorship, political institutions are still weak and the implementation of democratic and participative social structures is lacking. The access to social protection is limited to a minority of the better off and mostly concentrated in urban areas. Recent estimations showed that only one of every eight Paraguayans is contributing to any kind of pension fund, and just 20 % of the population have a health insurance. Thus social exclusion in a generally poor and lately recessive socio-economic surrounding is a major problem and the main challenge for any Government that assumes the difficult task to consolidate the economic growth as well as the social protection of the citizens.

The actual pension system does not only fail in coverage due to the difficult inclusion of the wide informal sector. General regulation and equality of rights are also lacking, transparency is low, as effectiveness and efficiency are. The actual regime produces palpable limitations of work force mobility and has a devastating impact on public household wages. On the other hand, public spending in health is very low, even compared to other countries in the region, whilst private out-of-pocket-spending is affecting severely household income of the poor. The segregation of both the health insurance and the health care provision sector reduces the effectiveness of the overall system performance. On the other hand, the overwhelming problems are leading to the out-brake of a series of alternative health care financing mechanisms on a regional, local, cooperative or enterprise level. Especially the growing cooperative movement in Paraguay offers a wide range of health care financing approaches based on risk sharing, mutual aid and solidarity.

There is broad consent that social protection interventions should be reinforced and implemented. This paper suggests investigating some outstanding experiences of European social protection schemes such as universality, solidarity, subsidiarity¹, participation and the implementation of a public-private mix. The historical evolution of social protection in Europe shows some comparable starting points and offers a wide range of successful practices to be translated into today's situation in developing countries. It is more, these general assets seem applicable as orientation points and guidelines for the forthcoming reform process. They facilitate the definition of goals, describe elementary conditions on the political as well as on the societal level and allow for general recommendations how to face reform processes to achieve success as well as sustainability. This paper concludes with a series of concrete references concerning the introduction and performance of the social protection reform, the political viability and the major challenges in different phases of the process.

¹ *The European principle of subsidiarity implies a broader concept than assistance to those individuals in society who cannot help themselves (Reinhardt, 1993). It means that the lowest level within society that is capable to shoulder the burden and/or to solve the problem should always be responsible for tasks and obligations, and government should step in as a regulator of private affairs only if the private system fails to own up to shared social goals.*



1. Introducción

Hoy en día, la mayoría de los países se ven enfrentados a nuevos retos derivados de los cambios estructurales, sociales y económicos en un mundo globalizado, acompañados de los efectos de la evolución tecnológica, medioambiental y epidemiológica. Debido a esto, numerosos países de ingreso medio y bajo están padeciendo un estancamiento, e incluso deterioro, de sus sistemas de protección social. Esta situación se observa también en el Paraguay, agravada por la evolución recesiva de la economía y por los problemas políticos arrastrados desde décadas pasadas.

De este modo no puede sorprender que los problemas de la sustentabilidad del sistema de seguridad social paraguayo ocupen la primera plana del debate político y social. Las discusiones al respecto suelen girar alrededor de las graves dificultades que está enfrentando el Instituto de Previsión Social (IPS) y la creciente deuda fiscal de las grandes cajas jubilatorias, vista desde sus implicancias en el presupuesto de la nación. Sin embargo, poco se habla sobre un problema real que es la cobertura extremadamente baja de los sistemas de seguridad social existentes en el país.

Apenas uno de cada cinco paraguayos cuenta con alguna clase de seguro de salud, y sólo uno de cada ocho con algún tipo de previsión para la vejez. Mirando desde un ángulo sistémico, la preocupante exclusión de la gran mayoría representa un problema y un desafío de mayor envergadura para la sociedad paraguaya. Partiendo de este diagnóstico que se considera primordial y que está acompañado por una serie de otros fenómenos que atentan contra la seguridad y el bienestar de la sociedad paraguaya, esta monografía pretende enfocar el tan discutido tema en un concepto de protección social y, sobre todo, desde el punto de vista de los usuarios del sistema que deberían ser todos los ciudadanos del país.

Este documento pretende analizar los problemas y desafíos de la seguridad social en el Paraguay desde un enfoque bifronte que abarca los dos pilares de la protección social existentes en el país. El diagnóstico de la situación actual del sistema de jubilaciones y de salud se hace en forma separada, pero en lo que se refiere a la inminente reforma ésta debería llevarse a cabo en ambos sectores de forma paralela y complementaria. En esta línea, la monografía refleja y toma el enfoque de la reciente iniciativa conjunta de la Oficina Internacional de Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) sobre la protección social en América Latina.

Esta monografía se basa esencialmente en los criterios y experiencias desarrollados durante muchas décadas en los países de Europa Occidental. Partiendo de la convicción de que las lecciones aprendidas en el Viejo Continente pueden contribuir a la creación e implementación de un sistema amplio y sustentable de protección social, el documento analizará los sistemas de seguridad social existentes en el país y las propuestas de reforma del sector tomando en consideración, en primer lugar, los conceptos y retos de universalidad, solidaridad, sustentabilidad y descentralización con subsidiariedad, a los cuales se agregan de forma más implícita los conceptos de participación, variedad, coordinación, convergencia y portabilidad.²

² La presente monografía utiliza “subsidiariedad” y “portabilidad” de acuerdo al concepto europeo que se explicará de forma explícita más adelante.



2. Retos y perspectivas de la Seguridad Social en el Paraguay

La seguridad social se entiende como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros para prevenir las privaciones económicas y sociales en caso de la desaparición o reducción palpable de los ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, invalidez, accidentes, desempleo, vejez o muerte de las personas (Conte-Grand, Spataro 1999, p. 4). De este modo, la protección social se define como la garantía que otorgan los poderes públicos para satisfacer de forma oportuna y adecuada las necesidades de un individuo o grupo de individuos al presentarse las contingencias tanto económicas como de salud. Se considera un derecho humano, inherente a la condición de los hombres y consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art. 22). La Constitución Nacional de la República del Paraguay define un marco general dando un carácter integral y obligatorio al sistema de protección social, dejando el establecimiento y la definición al arbitrio de la legislación posterior.

Para cumplir los requisitos de la Declaración Universal de Derechos Humanos, Paraguay debería establecer un sistema de protección social que provea en una primera etapa, cuando menos, los elementos de un acceso universal a un sistema de salud de asistencia general, a un fondo de jubilaciones para la población entera y a un sistema de cobertura de accidentes laborales. Los esfuerzos y recursos del Estado deberían dirigirse a la satisfacción de estos derechos para todos los ciudadanos y garantizar el acceso a un estado de seguridad social indispensable a la dignidad y el libre desarrollo de las personas.

Respecto del sistema de jubilaciones, el Paraguay ha firmado sendos convenios de Seguridad Social con gobiernos extranjeros (España, Uruguay) y en el contexto del MERCOSUR (Convenio Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur) sobre la reciprocidad de trato nacional. A pesar de la legislación y la reglamentación al respecto, la protección social en el Paraguay se caracteriza actualmente por una pronunciada situación de exclusión derivada en gran parte de fallas sistémicas de los esquemas existentes. Durante muchas décadas, el Paraguay no ha contado con una política social explícita. Sólo a partir de los años noventa, la protección y seguridad social aparecieron y se materializaron en la agenda política del Gobierno. Hoy en día, siete de cada ocho paraguayos carecen de cualquier sistema formalizado de jubilación, y cuatro de cada cinco ciudadanos no tienen ningún tipo de seguro médico. La exclusión demuestra una notoria postergación de los sectores más marginados de la sociedad, y en el área rural la protección social es prácticamente inexistente.

En toda América Latina, la ampliación de la cobertura de los sistemas de protección social representa uno de los mayores retos (Jiménez, Luis Felipe; Cuadros, Jessica 2003). Cobertura de los sistemas de pensiones en América Latina; diagnóstico y lineamientos de propuestas. Borda 2003, p. 1). En la actualidad, el gran desafío de la política social del Paraguay es el de crear e implementar sistemas que amplíen notoriamente la cobertura de la población, garanticen de forma permanente y sustentable las prestaciones prometidas y sean compatibles con la economía del país, donde la capacidad de ahorro está fuera del alcance de una importante proporción de la población. Para tal efecto, es necesario cumplir, por lo menos, los siguientes requisitos que se pueden considerar imprescindibles para todo sistema de protección social: una sólida base económica y financiera, una administración independiente, rigurosa y transparente de los recursos así como un estricto control y monitoreo de balances y proyecciones.

En la medida que se logre establecer desde un principio los mecanismos que conduzcan a una cobertura más completa de la población, los efectos solidarios de la redistribución de ingresos entre determinados grupos de trabajadores de diferentes niveles de ingreso podrán extenderse a una creciente porción de ciudadanos. Existe una estrecha relación entre la universalidad de la protección social y la solidaridad del sistema, y la solidaridad está inseparablemente interrelacionada con la obligatoriedad de los sistemas sociales. Por lo tanto, en términos sistémicos no es conveniente separar el régimen de pensiones y de salud si se pretende extender la cober-



tura. La afiliación a uno u otro régimen de seguridad social en el Paraguay puede de forma sinérgica o aditiva servir para ampliar la cobertura, aprovechando las distintas necesidades complementarias en diferentes etapas de la vida. Concordante con este diagnóstico, dos organizaciones multilaterales – la OIT y la OPS – concertaron unir sus esfuerzos hasta la fecha separados en su lucha contra la exclusión social en las Américas. Esta monografía se enmarca en la temática de la *iniciativa conjunta* que ambas agencias internacionales están desarrollando en cooperación con varias agencias bilaterales, entre ellas la GTZ, para enfrentar las grandes carencias en cuanto a la protección social de la edad y de la salud.

Igual que en gran parte de los países del mundo, en la discusión paraguaya sobre la reforma de los sistemas de seguridad y protección social casi no han sido difundidas las “lecciones aprendidas” tanto a nivel nacional como internacional. Parece ser que cada uno de los países intenta inventar de nuevo la rueda y volver a caminar por los mismos senderos que otros ya han abandonado. Sin embargo, hay cada vez más evidencia que el intercambio de experiencia y experticia entre países y dentro de un país puede ser un elemento clave para evitar el malgasto de recursos, la repetición de fracasos y la pérdida de prácticas exitosas (“best practice”). Siguiendo este análisis, la presente monografía pretende aportar conclusiones que se pueden sacar de experiencias de otros países, introducir conceptos más destacados, parcialmente subestimados en la discusión en el Paraguay y recapitular las muchas experiencias concretas y poco conocidas que existen dentro y fuera del país. En esta lógica, el documento pone especial énfasis al análisis de los esquemas de aseguramiento que se han establecido o se están estableciendo en el territorio nacional.

Durante la primera década después del derrocamiento de la última dictadura, los sucesivos gobiernos no emprendieron una política social explícita. El país ha vivido una democracia incipiente caracterizada por incertidumbre política y una situación económica y social compleja. Según el diagnóstico de la misma Presidencia de la República, en el país destacan la pobreza, las inequidades, el saneamiento básico deficitario, los problemas de acceso a los servicios de salud, las migraciones hacia la capital y otras condiciones que afectan negativamente la salud y la protección social de la población (Presidencia de la República 1996). Estos problemas y deficiencias aparecen de forma manifiesta en las zonas urbanas marginales y, de forma más pronunciada, en las regiones rurales (Presidencia de la República 1997).

Desde una óptica sistémica, el diagnóstico principal y más contundente respecto de la protección social en el Paraguay son la bajísima cobertura de la población a nivel nacional y una marcada concentración de los esquemas de protección social en la capital y sus alrededores. Tanto los regímenes de pensiones como los seguros médicos están lejos de cumplir los mínimos requisitos de universalidad consagrada en la Constitución Nacional. La mayoría de los estudios existentes indican que a fines de los 90 apenas un 18 % de la Población Económicamente Activa (PEA³) contaba con un programa jubilatorio.⁴ Mientras que en la capital del país esta cifra supera el 35 %, en los departamentos no alcanza el 15 % (Witte 1998, p. 10).⁵ En lo que se refiere a los seguros de salud, la cobertura de la totalidad de los esquemas no supera el 19 % de la población (www.dgeec.gov.py, 22.5.2003).

³ Como Población Económicamente Activa (PEA) se entiende el conjunto de personas de 10 años y más de edad que suministra mano de obra para la producción de bienes y servicios económicos o que están disponibles y hacen gestiones para incorporarse a dicha producción. Actualmente, la PEA abarca aproximadamente a 2.600.000 personas de las cuales 61,3 % son hombres y 38,7 % son mujeres. (www.dgeec.gov.py, 2003).

⁴ Investigaciones más recientes dan cuenta de 318.000 cotizantes al sistema de pensiones obligatorio dentro de un total de personas económicamente activas de 2.612.370 (www.dgeec.gov.py 2003) por lo que la cobertura es de apenas 12,2 % (Navarro, Bernardo (2003). Situación, reforma y perspectivas de la seguridad social en Paraguay. Borda 2003, p. 158).

⁵ La misma fuente estima la población económicamente activa en un 40-42 % a nivel nacional y en el 55 % en la región metropolitana (Witte 1998, pp. 10/11).



El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo llega a la conclusión de que “Paraguay es uno de los países con mayor nivel de desigualdad en la distribución del ingreso en Latinoamérica, ... El impacto negativo de la existencia de desigualdades sobre las posibilidades de desarrollo de un país está ampliamente documentado” (PNUD 2003, pp. 145/146). A juicio de los mismos autores, ello puede conducir a la inestabilidad política y desalentar las actitudes cooperativas, la confianza y el compromiso entre las personas. Es precisamente la experiencia europea de los siglos IXX y XX que demuestra la interdependencia entre el crecimiento sustentable de la economía y la justicia social. “Uno de los principios europeos fundamentales que ha cristalizado con el tiempo es la experiencia que nos indica que el apoyo mutuo y la solidaridad son pilares decisivos para la estabilidad económica y social,” resume el documento “Protección social en salud. Valores y contribuciones de Europa” del equipo de salud y seguridad social de la GTZ (Weber et al. 2002, p. 27).

El Banco Mundial, por su parte, es paradigmático respecto de la relación entre una política social equilibrada y las opciones de desarrollo: “Políticas redistributivas no sólo reducen la pobreza, sino pueden incrementar al mismo tiempo los beneficios del crecimiento para los pobres” (Worldbank 2002, p. 55).⁶ Para tal efecto, el organismo internacional que financia tantos programas sociales en los países en vías de desarrollo pide una reevaluación de los programas existentes (como los propone el Gobierno Paraguayo) y una reasignación de recursos a fin de construir un sistema de protección social para los pobres que sea mejor y más coherente (Worldbank 2002, p. 9).⁷

En las áreas rurales, se necesitará mejorar las redes de seguridad y los programas de protección social para ayudar a los campesinos a enfrentar los costos de ajuste, los potenciales períodos de crecimiento desacelerado y la sumisión a la volatilidad, sea por contratiempos climáticos, sea por los precios de mercado (Worldbank 2002, p. 21).⁸ Es más, son los habitantes de las zonas rurales, específicamente las personas de menores ingresos, quienes sufren el mayor impacto de inactividad debido a enfermedades o accidentes (OPS 2002, p. 6). Si se considera al mismo tiempo que este grupo evidencia la mayor tasa de automedicación (ibid., p. 13), los pobres en las áreas rurales son los que sufren la mayor y, al mismo tiempo, una doble desventaja económica y financiera, dado que se acumulan la pérdida de ingreso por enfermedad y los gastos altamente inefectivos de bolsillo. “Estrategias bien diseñadas de protección social deberían proveer de asistencia a los grupos de alto riesgo y permitir la expansión de la asistencia en época de crisis” (Worldbank 2002, p. 58).⁹

Durante la campaña electoral del año 2003, el candidato del Partido Colorado electo como presidente de la República, Nicanor Duarte Frutos, presentó un programa denominado “60 Soluciones Concretas para un País Mejor” que se enmarcó dentro de la propuesta de “Mejorar el Acceso y la Calidad de los Servicios de Salud”. Como solución se planteó aumentar la cobertura del sistema de seguridad social y de salud para los sectores público y privado llegando a un segmento significativo de la población. En este programa se incluyó a la seguridad social dentro de la propuesta para el sector salud. Aunque no se habían especificado “soluciones” ni propuestas de reforma de la seguridad social dentro del paquete de medidas económicas, sociales o laborales. Pero los objetivos generales abren el camino para enfocar seriamente una reforma de la política social y del sector previsional durante el próximo período legislativo.

⁶ „Redistributive policies not only reduce poverty, but may also increase the benefits of growth for the poor.”

⁷ “A reevaluation of existing programs (as proposed by the Government), and a reallocation of resources in order to build a better and more coherent system of social protection for the poor is in order.”

⁸ „...improvements in safety nets and social protection programs would be needed to help peasants cope with adjustment costs, potential periods of slow growth, and exposure to volatility, whether induced by bad weather or commodity prices.”

⁹ „Well-designed social protection policies should provide assistance for high risk groups and allow for the expansion of assistance during crises.”



3. Prerrequisitos para el proceso de reforma de los sistemas de protección y seguridad social

3.1. Identificar e iniciar un debate amplio sobre las prioridades

Al inicio de toda reforma del sector social debe hacerse un análisis serio y profundo de los objetivos prioritarios y problemas que se quiere superar o, por lo menos, mitigar a través de los cambios estructurales. Este planteamiento debería ser bidireccional dado que se necesita definir prioridades respecto de la urgencia cronológica y de la emergencia temática. Conviene diferenciar entre las metas de corto, mediano y largo plazo para determinar un régimen cronológico que refleje la presión temporal para solucionar los problemas que se pretende superar. Es normal que exista la necesidad de adaptar el ritmo del proceso a las demandas políticas y sociales de los grupos de presión y de cabildeo existentes en el país. Por otra parte, la implementación gradual y paso a paso de una reforma sectorial permite la continua evaluación del proceso y de los resultados así como la adaptación de las estrategias a experiencias y situaciones surgidas en base a pasos anteriores.

La diversidad de propuestas que suele surgir en las fases preparatorias de una reforma del sector jubilaciones y salud, demuestra diversos caminos y nadie puede saber con seguridad cual será la mejor estrategia. Sin embargo, es importante tomar en cuenta desde un inicio cuáles cuestiones se volverán esenciales y deberán ser evaluadas y corregidas constantemente durante el proceso (Carrizosa 1996, p. 81). La definición de prioridades temáticas obedece principalmente a dos criterios que pueden requerir medidas contradictorias: el diagnóstico técnico-científico y las necesidades sociopolíticas. Para compatibilizar ambos enfoques, es imprescindible hacer un diagnóstico serio y compartido de la situación actual y definir claramente los objetivos primordiales de la reforma sectorial. Además, para minimizar la brecha entre las propuestas y modificaciones técnicas y las demandas de origen político, el proceso debería ser altamente transparente, participativo y democrático que permita a la opinión pública diferenciar entre ambos niveles y distinguir entre medidas de carácter técnico e implicaciones de los distintos grupos de influencia.

Para tal efecto, una sociedad que se define como democrática y pluralista debería iniciar una reforma de la protección con un debate amplio, abierto, democrático y transparente que incorpore todos los sectores de la sociedad. Hoy en día, una estrategia participativa y consensuada parece más conveniente y adecuada que la táctica de irrupción propuesta por Aedo y Sapelli (1998) la cual corresponde más bien a una cultura dictatorial que a una vocación democrática.¹⁰ Vale más una estrategia que valoriza y fomenta la soberanía de la población y la participación de la ciudadanía en el proceso de diseñar y realizar una reforma del sector seguridad social (vea Weber et al. 2002, p. 41). Para ello hay que trabajar con la opinión pública a través de decididas campañas publicitarias, la prensa y los otros medios masivos, foros, talleres y todas formas de comunicación social.

No basta con generar nuevos recursos para financiar la seguridad de vejez y la atención de salud ni con implementar mecanismos fiables y aceptables para la asignación de fondos. Para toda reforma sectorial hay que establecer prioridades globales y transparentes en la protección

¹⁰ „Como una excesiva gradualidad puede aumentar las posibilidades que una coalición de afectados se organice para oponerse a la reforma, acá se recomienda proceder lo más rápido posible. Esto es factible en el caso paraguayo ya que, como se mencionó anteriormente, no parecen haber muchos grupos que se opongan, con lo cual el costo de ser rápido puede no ser muy alto” (Aedo, Sapelli 1998, p. 49).

Es claro que existe un “timing” que hay que tener en cuenta en la reforma que se deriva de presiones sociales y el cabildeo de los grupos involucrados (Carrizosa 1996, p. 82). Sin embargo, la estrategia propagada por los dos economistas chilenos sería también contradictoria a la recomendación general de entender las reformas sectoriales como procesos graduales, sometidos continuamente a la revisión, revalidación y al mejoramiento (ver Carrizosa 1996, p. 81).



social (Weber et al. 2002, p. 11). Como en gran parte de los países en vías de desarrollo, los principales retos para el Paraguay se derivan de la necesidad de:

- responder más eficazmente a la cambiante situación epidemiológica y revisar las tendencias negativas en morbilidad, mortalidad y esperanza de vida
- combatir las amenazas medioambientales a la salud y los estilos de vida poco saludables
- luchar contra la pobreza, la exclusión económica, política y social así como contra la corrupción y el nepotismo
- determinar los objetivos y las actividades relacionadas con los sistemas de protección social y con las reformas de financiación basándose en la evidencia
- realizar una valoración realista del potencial y las oportunidades para emprender una reforma, y apoyar las políticas comprensibles y transparentes
- respetar los principios de buena gobernabilidad, transparencia y participación política de todas las partes implicadas, y garantizar el cumplimiento de la ley
- tener en cuenta las desigualdades existentes con relación a la accesibilidad y al uso de los servicios de pensiones y de salud
- sustituir estructuras y procedimientos burocráticos y centralizados, por un sistema de administración descentralizado adaptado a las necesidades del país (compare Weber et al. 2002, p. 22).

3.2. Conseguir consensos técnicos y sociales

Los sistemas de seguridad social suelen ser espejos fieles de características esenciales y del consenso que existen en una sociedad. Este fenómeno se puede observar tanto en los países industrializados como en los que están en vías de desarrollo. Durante la formación de los estados nacionales, las sociedades europeas han logrado implementar sistemas sociales prácticamente universales, integrales y con un alto nivel de solidaridad, mientras que los Estados Unidos de América carecen de un sistema amplio de seguridad social aunque sí dedican una parte importante del gasto público a sustentar los sectores menos privilegiados. En América Latina, una serie de naciones caribeñas - tanto Cuba como la mayoría de las islas anglófonas - disponen de sistemas sociales bastante igualitarios y universales, mientras que un número importante de países - entre ellos Paraguay - exhiben sistemas de protección social altamente fragmentados y de cobertura parcial.

El análisis comparativo de la situación y de los resultados actuales en algunos de los lugares mencionados induce a muchos expertos y políticos a plantear propuestas para sus propios países sin considerar de forma adecuada las condiciones históricas, sociales y políticas bajo las cuales las experiencias consideradas como positivas se han desarrollado. Actualmente en América Latina no faltan quienes sueñen con el modelo costarricense para sus propios países, pasando olímpicamente por encima de todas las diferencias que existen entre aquel país centroamericano, sus vecinos otros países latinoamericanos.¹¹

A pesar de que es válido y necesario sacar las conclusiones y aprender las lecciones de otras experiencias, copiar las estrategias de otros países o aplicar modelos esquemáticos no puede ser la solución de los problemas concretos de un lugar. Los modelos más bonitos fracasan al confrontarse con una realidad socioeconómica, social y política con la cual resultan ser incompatibles. Por consiguiente, los proyectos y las reformas que se están implementando deben

¹¹ Costa Rica, denominada también como „la Suiza de América Central“, no comparte la larga historia de dictaduras arbitrarias, de resistencia social armada y de altísimos gastos militares; es el único país de la región que no se ha visto sumergido a largas guerras civiles y otro tipo de enfrentamiento militar o dictadura. Más aún, abolió su ejército en los años 40 del siglo XX y se destacaba por altos gastos sociales en una sociedad con características sociológicas bien distintas de los otros países centroamericanos.



respetar y reflejar los criterios fundamentales de las sociedades para ser exitosos. Ello hace imprescindible iniciar un debate técnico, político y social sobre los problemas identificados, sobre las situaciones más apremiantes para definir de forma consensuada tanto las prioridades sistémicas y temporales como los pasos que hay que dar hacia una reforma sustentable de la protección social.

El debate sobre la protección social y los sistemas de seguridad social, con especial énfasis en la atención de salud, está principalmente dominado por cuestiones como (Weber et al. 2002. p. 7):

- ¿Cuál es la plataforma ética, es decir, la base de valores de la protección social en el contexto específico de un país y de una cultura?
- ¿Cómo equilibrar los objetivos sociales compartidos con las aspiraciones y preferencias privadas e individuales?
- ¿Cómo interrelacionar igualdad, eficiencia y eficacia?
- ¿Cómo atender a los indigentes y a los desfavorecidos?
- ¿Cómo establecer los dispositivos organizativos adecuados? ¿Cómo tener en cuenta los diferentes papeles e intereses de todas las partes implicadas? ¿Cuál es el papel de las instituciones estatales y públicas?

3.3. Definir conceptos básicos y objetivos centrales: Aportes europeos¹²

Con más de 120 años de experiencia en crear y desarrollar sistemas de protección social, Europa Continental ofrece un amplio espectro de soluciones sistémicas factibles, de experticia y de conocimientos técnicos especializados. Los sistemas europeos de protección social se basan en algunos principios y valores intrínsecos que merecen ser discutidos a escala internacional para determinar si son dignos de una aplicación universal. Hay evidencia de que las lecciones aprendidas en el Viejo Continente pueden contribuir a la creación e implementación de un sistema amplio y sustentable de protección social (v. gr. Bärnighausen 2002, Weber et al. 2002).

El aporte que Europa puede ofrecer al debate internacional sobre protección social y atención de salud va mucho más allá de las cuestiones técnicas. Abarca también fundamentos éticos y conceptuales, conocimientos teóricos, así como habilidades y conocimientos prácticos para poder aplicar los principios. Dentro de esta lógica, esta monografía pretende aportar a la discusión paraguaya algunos conceptos y experiencias que han resultado ser fundamentales para la sustentabilidad de otros sistemas de seguridad social. Como principales aportes de los modelos de protección social europeos destacan la universalidad, la *solidaridad*, la *sustentabilidad*, la *descentralización* con *subsidiariedad*, así como la *participación*, la *variedad*, la *coordinación*, la *convergencia* y la *portabilidad*.

Universalidad

En la medida que se logre implementar, la universalidad contribuye a reducir la exclusión social y la postergación de importantes grupos sociales. En muchos países en vías de desarrollo, garantizar el acceso universal a los sistemas de protección social es un reto tan ambicioso como difícil de conseguir. Mientras no se logre dar seguridad social a todos los ciudadanos del país, el esfuerzo debería orientarse hacia la inclusión de la mayor porción posible de la población en los esquemas de protección social existentes.¹³ Para tal efecto hay principalmen-

¹² Por detalles respecto de los aportes y valores europeos, vea Weber, Axel; Stierle, Friedeger; Hohmann, Jürgen; Schmidt-Ehry, Bergis (2002). Protección social en salud. Valores y contribuciones de Europa. Borrador final, Eschborn.

¹³ Existe una percepción generalizada que los sistemas de protección social europeos han logrado la cobertura universal y la proporción de beneficios integrales debido a su riqueza en recursos, y que, por esta razón, los paí-



te tres estrategias que se pueden aplicar de forma paralela: la adaptación de las disposiciones jurídicas, la ampliación de los esquemas de seguro social existentes y el fomento de estructuras alternativas de protección social.

Solidaridad

El apoyo mutuo y la solidaridad se han convertido en valores europeos fundamentales y principios básicos que incumben a todos los Estados y a todos los niveles de la sociedad. A pesar de la diversidad de sus expresiones, la ayuda mutua y el apoyo solidario se han convertido en pilares decisivos para la estabilidad tanto económica como social en el Viejo Continente. Hoy en día, la solidaridad establecida en la Unión Europea traspasa las fronteras nacionales, no sólo a través de mecanismos de redistribución (Fondo Social, Fondo de Desarrollo Regional etc.) sino también mediante la portabilidad de los beneficios de la protección social.

Subsidiariedad

A menudo se argumenta que la ayuda mutua y la solidaridad reducen la iniciativa y la responsabilidad individuales. Sin embargo, el concepto de la subsidiariedad contrarresta los potenciales efectos negativos de los mecanismos de solidaridad formales. En la práctica, refuerza la responsabilidad, la obligación de rendir cuentas y la autoconfianza, no sólo de los niveles más bajos o descentralizados de la administración pública, los servicios y los gobiernos locales, sino también de las organizaciones de la sociedad civil, comunidades, hogares e individuos. El principio de subsidiariedad está ligado a una descentralización efectiva de funciones y a la toma de responsabilidades a nivel más descentral posible para que desarrolle su capacidad. Implica un cierto grado de corresponsabilidad descentralizada, autoconfianza y capacidad resolutive autónoma que permiten la autogestión, soberanía económico-financiera y un mayor grado de independencia de los niveles de decisión.¹⁴ A nivel internacional, respecto del Mercosur o de otros bloques económicos o políticos que surjan, significa que los países primero deben intentar solucionar sus problemas utilizando medios y capacidades locales y nacionales antes de que intervenga la comunidad de Estados.

Participación

La delegación de responsabilidades y funciones por parte del Estado en instituciones no estatales es una parte esencial del concepto europeo. La “economía social” es uno de los sectores más relevantes en términos de importancia económica así como de participación social. Las organizaciones benéficas y religiosas, las asociaciones, las organizaciones mutuales de salud, las cooperativas y las sociedades amistosas de trabajadores, han jugado un papel importante en el sector salud de Europa y asumido funciones y tareas que, en otros contextos, son asumidas por el Estado.¹⁵ Todas estas actividades no sólo tienden a reducir la responsabilidad del

ses en vías de desarrollo no son capaces de conseguir niveles comparables en sus sistemas. Esta percepción olvida el grado de pauperización de las sociedades europeas a fines del siglo XIX y principios del siglo XX. Es más, históricamente hay muchos indicios que demuestran una interrelación directa entre la construcción del estado de bienestar y el crecimiento económico.

¹⁴ En la línea del principio de subsidiariedad, algunos estados miembros de la UE (por ejemplo Alemania) han delegado algunas de las tareas mencionadas anteriormente en instituciones autónomas del sector público, sin ánimo de lucro y descentralizadas, controladas por la legislación pública. Estas instituciones asumen - en el nombre del Estado - funciones importantes, como garantizar el financiamiento adecuado de la atención de salud (“fondos de enfermedad”), la provisión de atención de salud (“asociación de comisiones de doctores”), la capacitación especializada, la implementación y supervisión del código de conducta de los médicos (“junta médica”). Se les ha otorgado un estatus de autogobierno, lo cual significa una administración autónoma, una soberanía financiera y un control autosuficiente y democrático por parte de los representantes elegidos por los miembros (empresarios y empleados asegurados) (Weber et al. 2002, p. 31).

¹⁵ Las organizaciones descentralizadas europeas son responsables de las siguientes funciones: la provisión de la atención preventiva, curativa y rehabilitadora y de larga duración, la organización del financiamiento del sector salud (mutualidades, seguros de salud, fondos de asistencia social etc.), la abogacía y defensa de los intereses y



Estado respecto a estas obligaciones, sino que también contribuyen al crecimiento económico y generan nuevos puestos de trabajo.

Más que la combinación público – privado

La *privatización* es uno de los asuntos más ferozmente debatidos en todo el mundo. En el sentido estricto de la palabra, privatización se refiere a una particular manera de posesión de capital. Privado, es todo aquello que no es poseído por entidades públicas (ya sea el gobierno central, los gobiernos locales, o entidades administradas de forma autónoma, pero controladas por capital público).¹⁶ En el sentido amplio de la palabra, privatización se refiere a la transferencia de capital y/o responsabilidades del sector público al privado.

A veces, sin embargo, el concepto de privatización y combinación público-privado, sólo se discuten en términos ideológicos y en su interpretación reducida,¹⁷ en la mayoría de los casos neoliberal, cerrando los caminos a un análisis serio de las ventajas y desventajas de cada uno de los conceptos. Aferrándose a los principios fundamentales de solidaridad y equidad, Europa ha establecido un plan regulador estable para los actores privados del sector social. No se ha limitado a una visión simplista de “una cosa u otra”, sino que ha desarrollado un gran número de modelos que integran elementos privados en la parte de la financiación y, sobre todo, de la provisión. Siempre que se garantice un control y una regulación adecuados, los mecanismos del mercado y la propiedad privada de los servicios pueden ofrecer ventajas beneficiosas para la provisión de salud. En cambio, la financiación (es decir, la generación de recursos)¹⁸ y la asignación de fondos, tienden fácilmente a producir efectos no deseados si no se acompañan de una intervención pública directa y de una regulación mucho más estricta.

Portabilidad

En Europa, continente que representa un mosaico en lo que se refiere a los sistemas de protección social, la portabilidad de derechos se ha conseguido gradualmente. Hoy en día, toda persona que cambie de residencia dentro de la UE mantiene todos los derechos de seguridad social adquiridos en cualquier parte de la unión.¹⁹ Además, los trabajadores emigrantes están protegidos por un completo conjunto de regulaciones y directrices. Las regulaciones relacionadas con los sistemas nacionales de protección social están subordinadas al objetivo común de la libertad de movimiento.²⁰ Se han establecido regulaciones especiales para las zonas fronterizas y para las personas que deben cruzar la frontera asiduamente para trabajar. El principio de portabilidad no sólo se aplica a los beneficiarios, sino que también a los prestadores de salud, muchos títulos y exámenes están recíprocamente reconocidos en toda Europa. Teniendo

derechos de los pacientes y profesionales de la salud, la provisión de formación continua y especializada, la organización de actividades de información, educación y capacitación así como campañas dirigidas a la concienciación.

¹⁶ Sin embargo, existe una importante diferencia entre propiedades con y sin ánimo de lucro. El término “con ánimo de lucro” indica que particulares han invertido capital en el negocio, y esperan conseguir y acumular ganancias. El término “sin ánimo de lucro” describe una categoría rectora para diferentes formatos organizativos (organizaciones de la sociedad civil, como iglesias, instituciones benéficas, diversas asociaciones y uniones) en la que ningún grupo de individuos ha arriesgado su capital para sacar provecho de él (Stierle, 1998).

¹⁷ A menudo se argumenta que la privatización allanaría el camino para una mayor competencia y un comportamiento eficiente de las organizaciones, beneficiando con ello a los usuarios. Sin embargo, la privatización no conduce necesariamente a una mayor competitividad (monopolios, carteles de oligopolios). En cambio, no se puede descartar que un conjunto de organizaciones públicas, incluidos los servicios de atención de salud públicos, instauren un mercado.

¹⁸ En la mayoría de los casos, mediante alguna forma de afiliación obligatoria y/o cotizaciones, y por un amplio *pooling* de los riesgos.

¹⁹ A partir del 1 de julio de 2004, los ciudadanos de la UE tienen derecho a atención médica sin pago en cualquier parte de los países de la unión sólo a base de su carnet de afiliación de la caja médica de su país de origen.

²⁰ A diferencia de otros proyectos internacionales, esta libertad no se limita al capital y las inversiones, sino vale también para los ciudadanos y sus beneficios.



en cuenta las diferencias de los sistemas de salud europeos, esta experiencia demuestra que es posible perseguir objetivos sociales acordados sin que ello signifique imponer la uniformidad.

Variedad, coordinación, convergencia

Los sistemas de salud europeos presentan todos los enfoques y elementos que se debaten a nivel mundial, como la dicotomía afiliación versus ciudadanía, conceptos variados de financiamiento, paquetes de prestaciones y la separación de funciones. La gran variedad de características sistémicas requiere un particular esfuerzo de coordinación a nivel de la UE. En lugar de planes para imponer una uniformidad de los sistemas tan variados, se está aplicando una estrategia de coordinación de los distintos sistemas que existen al interior de la UE. El concepto de convergencia pretende compatibilizar todos los nuevos avances que se produzcan para que los objetivos acordados se alcancen gradualmente. El objetivo final es conseguir niveles iguales o comparables de desarrollo socioeconómico, y, si es conveniente, regulaciones y estructuras comunes.

Modelar en lugar de implementar modelos

Las experiencias europeas enseñan una importante lección: los sistemas, en primera instancia, no fueron diseñados como tales, sino son el resultado de complejos procesos que se ven afectados por numerosos factores y desarrollos históricos, políticos, culturales y sociales que demuestran una clara interdependencia y una estrecha relación con las condiciones sociopolíticas del país. Teniendo en cuenta que la base y la clave de cualquier proyecto de reforma exitoso es el consensuar un conjunto de valores y principios rectores que se derivan de las experiencias históricas de la sociedad, es difícil imaginar que exista un modelo rector o una fórmula de oro para emprender las reformas sociales. Al contrario, en lugar de imponer modelos hechos, es imprescindible “modelar” las propuestas derivadas de experiencias empíricas según las necesidades y condiciones específicas del lugar y del tiempo.



4. El Sistema Vigente de Jubilaciones y Pensiones

Los problemas que enfrenta el sistema previsional paraguayo provienen en muchos casos del régimen de beneficios establecido y de su financiamiento, así como de los condicionamientos técnicos de la “economía de las pensiones”. Estos problemas son comunes a los países latinoamericanos que han reformado sus sistemas de pensiones o se encuentran transitando en ese proceso. Los principales inconvenientes son la baja cobertura, la relación entre contribuciones y beneficios, la alta evasión, la discontinuidad de aportes, la creciente informalización del mercado laboral, los déficit financieros, la asignación de fondos, los altos costos, la ineficiencia administrativa y la falta de independencia administrativa y presupuestaria de los fondos de jubilaciones y pensiones.

Estos inconvenientes se encuentran agravados por una cierta presión demográfica y la situación socioeconómica del país. Debido principalmente a los problemas de la Caja Fiscal, el sistema paraguayo genera ineficiencias en la economía que se traducen en un menor nivel de ahorro, inversión y crecimiento. Por otra parte, se está produciendo una creciente demanda por servicios de seguridad social como directa consecuencia del empeoramiento del nivel de vida de los sectores medios que anteriormente apelaban a otros servicios. Esto hace que los costos aumenten sin que ello sea acompañado por un incremento de las recaudaciones, con consecuencias económico-financieras altamente negativas.

En el sector informal urbano como en el rural, la previsión para la vejez depende hoy en día sobre todo del esfuerzo individual de las personas y del apoyo mutuo de las familias. Esto se debe, por un lado, a la falta de reglamentación de la Ley que permite la afiliación de los independientes al IPS, y por el otro, a la lógica de un régimen jubilatorio basado en el empleo asalariado estable que no corresponde a la realidad del sector informal urbano, y menos a las condiciones que determinan la vida económica del sector rural del país.

4.1. Sistemas de seguro pensional existentes

El sistema de jubilaciones y pensiones en el Paraguay se compone de ocho regímenes o entes regulados y seis entidades privadas no reguladas. Entre el IPS, con casi el 50 % de los afiliados activos, y la Caja Fiscal con más del 50 % de los afiliados pasivos, los dos principales entes del sector regulado reúnen aproximadamente el 94 % de la población total cubierta por algún régimen de jubilación y pensión. Los seis regímenes restantes del sector regulado tienen bajo protección 9 % de la población de beneficiarios, y el sector no regulado al 4 % restante. A fines de la década pasada, adicionando la población bajo amparo de los regímenes no contributivos de la Caja Fiscal se llegaba a un total de aproximadamente 400.000 afiliados (Barreto, Ramírez 1997, p. 47).

Cuadro 1: Distribución de la población con cobertura

Programas	Cobertura
Sector regulado (IPS y Caja Fiscal)	91 %
Resto sector regulado	5 %
Sector no regulado	4 %
Total	100 %

Fuente: Rodríguez 2003

A pesar de la ausencia de normativas, a partir del año 1985, la oferta de fondos previsionales se incrementó con la aparición de un sector no regulado conformado por cajas mutuales (Ca-



jas de Cooperativistas y Caja Médica y de Profesionales Universitarios, Caja de la Mutualidad Notarial, Caja Mutual del Personal Docente de la Universidad Católica y Sozialversicherung Chaco (SVCh) de la Colonias Mennonitas), empresas con planes de ahorro y planes de jubilación (JUPEP²¹ y Bienestar Familiar, Garantía S.A.), bancos (UNAFON S. A.²² y Programa Previsional BUSAIF²³). La siguiente tabla resume los sistemas aseguradores de jubilaciones y pensiones existentes en el Paraguay:

Cuadro 2

Sistemas regulados de jubilaciones y pensiones

Instituto de Previsión Social

Dirección de Jubilaciones y Pensiones del Ministerio de Hacienda (Caja Fiscal)

Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal Municipal

Caja de Jubilaciones y Pensiones de Empleados Bancarios

Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal de la Administración Nacional de Electricidad

Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal de la Itaipú Binacional

Caja de Jubilaciones y Pensiones de Empleados y Obreros Ferroviarios

Fondo de Jubilaciones y Pensiones para miembros del Poder Legislativo de la Nación

Esquemas no regulados de jubilaciones y pensiones

En funcionamiento:

Caja Mutual de Cooperativas: Renta vitalicia, capitalización colectiva, aportes mínimos y beneficios definidos

Caja Médica y de Profesionales Universitarios: Renta vitalicia, capitalización colectiva, aportes mínimos y beneficios definidos

Caja Mutual del Personal Docente de la UCA: Capitalización individual y colectiva, aportes y beneficios definidos

SVCh (Seguro Social Chaco): Aporte solidario, renta vitalicia en un valor de medio salario mínimo

Que han dejado de funcionar:

JUPEP: Ahorro programado o renta vitalicia, aportes mínimos, beneficios definidos en Gs. y US-\$

Bienestar Familiar: Ahorro programado o renta vitalicia, aportes mínimos y beneficios definidos en Gs. o US-\$

UNAFON: Renta vitalicia o retiro programado, capitalización individual, aportes flexibles

BUSAIF: Renta vitalicia, retiro programado, capitalización individual, aportes flexibles

²¹ Fondo mutuo de jubilación privada, empresa que formaba parte del Grupo Bienestar Familiar (ver esquema siguiente sobre "esquemas no regulados que han dejado de funcionar").

²² Unión Administradora de Fondos Mutuos

²³ Banco Unión Sociedad Anónima de Inversión y Fomento



El sistema de las Cajas Mutuales es el de capitalización, en el que los aportes periódicos de cada asociado se administran en cuentas individuales, a las cuales se suman los excedentes generados por la Caja, que se distribuyen entre sus asociados, dependiendo del saldo de su fondo acumulado. El sistema es básicamente flexible y programado y permite al asociado tomar una posición activa respecto de identificar sus necesidades futuras. En general, las Cajas Mutuales ofrecen también pensiones de sobrevivencia y créditos diversos para los asociados. Sin embargo, a la par de la aparición de nuevas entidades, otras han desaparecido permaneciendo hoy en funcionamiento sólo aquellas de carácter mutual o cooperativo.

A pesar de la existencia de un número importante de entes y cajas de jubilación, la cobertura total del régimen vigente siempre ha sido baja y sigue decreciendo.²⁴ En el sector público la cobertura está cerca del 100 %, pero en el privado no alcanza el 30 %, situándose entre 35 % y 40 % en el área metropolitana de Asunción y en menos del 15 % en las otras regiones (Witte 1998, p. 10). La baja cobertura se explica en parte por la estructura de la PEA en el Paraguay donde la proporción correspondiente a la agricultura, comercio y servicios representa más del 75 % de la PEA total, siendo estas actividades las de mayor informalidad en la economía.²⁵ Además, se debe considerar que prácticamente uno de cada dos paraguayos vive en el área rural.²⁶ El 44 % de la población ocupada en las zonas urbanas del país trabaja en el sector informal, y de este porcentaje el 45 % corresponde a trabajadores entre 25 y 44 años de edad (Witte 1998, pp. 10/11).²⁷ Actualmente, los trabajadores ocupados en el sector informal urbano superan el medio millón de personas (548.170), y veinticinco de cada cien personas en este grupo se hallan subocupadas, un 10,9 % subempleadas visibles y un 14,8 % subocupadas invisibles (www.dgeec.gov.py 2003).²⁸

4.2. Normativas y regulaciones del acceso a la jubilación

El sistema paraguayo de jubilaciones y pensiones se caracteriza por una evidente y relevante multiplicidad de normativas para acceder a la protección de vejez, invalidez y sobrevivencia. Los programas existentes muestran una gran variedad de fuentes y composición de las aportaciones y una notoria variedad de requisitos y tasas de sustitución para acceder a la jubilación ordinaria (vejez) y niveles de prestaciones pecuniarias resultantes. La ausencia de reciprocidad de trato y de coordinación entre los distintos regímenes se deben a la inexistencia de cualquier mecanismo que haga computable los aportes parciales del afiliado a más de uno de ellos. De este modo, sólo algunas legislaciones sectoriales poseen disposiciones que permiten la "devolución de aportes" para quien abandona o cesa su labor o prevén facilidades para

²⁴ Ya a mediados de los años 90, apenas el 21 % de la Población Económicamente Activa (PEA) y el 37 % de la población mayor de 60 años estuvieron afiliados a alguno de los mencionados planes de régimen previsional. Sin embargo, según Barreto y Ramírez ambas cifras eran sobrevaloradas porque representaban resoluciones de concesión de beneficios y no individuos y además incluyen a los veteranos de la Guerra del Chaco en un número no determinado. Respecto del mismo período, otras fuentes dan cuenta que la cobertura del sistema era de 18 ó 19 % de la población total país. Y, como se mencionó anteriormente, actualmente la proporción de las personas cubiertas por algún sistema previsional no supera el 12,2 % de la PEA (Navarro 2003, p. 158).

²⁵ Un 44 % de las microempresas se dedican a actividades de comercio, el resto a los servicios y producción de bienes (27 % respectivamente) y sólo una mínima proporción a actividades agropecuarias (Caballero 2003, pp. 3/4).

²⁶ La mayoría relativa de la población rural que se observó todavía en la segunda mitad de la década de los 90 (más del 52 % de la población total) ha bajado a alrededor del 43 % según el último censo del DGEEC (www.dgeec.gov.py, 2003).

²⁷ Para mayor detalle ver *ibid.*, p. 5-6.

²⁸ Los subocupados invisibles son las personas ocupadas que trabajan un total de 30 horas por semana en su ocupación principal y en sus otras ocupaciones (si las tienen), y su ingreso mensual es inferior a un mínimo legal establecido en el período de referencia. Subocupado visible se refiere a las personas ocupadas que trabajan menos de un total de 30 horas por semana en su ocupación principal (www.dgeec.gov.py).



"continuar" o "permanecer" aportando a la misma caja después de desvincularse del empleo que había generado la afiliación.

Las condiciones de acceso a la jubilación varían enormemente entre las distintas cajas previsionales. Dentro del sector público es posible acceder a los beneficios jubilatorios desde los 40 años (sector docente) o a un mínimo de 60 años (IPS, Caja Bancaria, ANDE). El tiempo mínimo de aportación varía entre 10 (Caja Parlamentaria, Itaipú) y 30 años (IPS, Cajas Bancaria y Fiscal). Los asalariados activos cotizan entre 5 (ANDE) y 18 % (Caja Parlamentaria) sobre el sueldo imponible, pasando por el 6 % de Itaipú, el 9 % del IPS, el 10 % de las Cajas Municipal, Bancaria y Ferroviaria así como el 14 % de la Caja Fiscal. El Estado tiene la obligación de contribuir sobre la totalidad de los salarios de los trabajadores afiliados a las cajas, pero hasta este momento nunca ha cumplido su deber cofinanciador (Amarilla 2002, p. 306).

Las regulaciones en cuanto a invalidez son también bastante variables de una caja jubilatoria a otra. Tres entes (Caja Municipal, Caja Bancaria, Caja Parlamentaria) aceptan de manera similar, como condiciones de acceso tanto la enfermedad común y la senilidad como el accidente del trabajo y la enfermedad profesional. Otros tres entes (IPS, Caja Itaipú Ferroviaria) no prevén sino la enfermedad común, el accidente laboral y la enfermedad profesional como prerrequisito para recibir una pensión de invalidez. Sin embargo, difieren las condiciones para el acceso según las primeras causas. La Caja Fiscal (régimen general) y ANDE sólo requieren tiempos mínimos de 20 años de servicios. La cuantía de la prestación por invalidez va desde el 4 % del último sueldo por cada año de servicio (Caja Fiscal) o el 4 % de la jubilación ordinaria por cada año de servicios, con tope de 25 años (Caja ANDE) hasta 100 % de la jubilación ordinaria (Caja Bancaria).

Las condiciones normativas y financieras de la pensión a sobrevivientes difieren según los siguientes criterios:

- El mínimo de años de aportes a la Caja del afiliado activo-causante: 1-20 años, y 0 años en cinco entes en caso que la causa del fallecimiento sea enfermedad profesional o accidente del trabajo
- La definición del grupo familiar: en la mayoría de los entes son beneficiarios los componentes primarios de la familia: cónyuges e hijos menores, sólo Caja Bancarias, ANDE e Itaipú consideran también semi-hermanos beneficiarios
- El sesgo "feminista" de la protección existe en por lo menos cinco entes: Caja Fiscal, Ferroviaria, ANDE, Itaipú e IPS
- La cuantía de la pensión: Para cuatro entes es asignado el 75 % de la jubilación, en dos el 100 % de la jubilación (Caja Bancaria y Ferroviaria), el 60 % en la Caja Municipal y en el caso del IPS es el 60 % del promedio salarial de los últimos 36 meses. La relativa uniformidad del parámetro, sin embargo, no significa semejanza en los haberes, dada la disparidad en las tasas de sustitución.

La siguiente tabla resume las principales regulaciones de antigüedad, de bases de cálculos de tasas de la cobertura de vejez de los distintos entes de jubilación y pensión.

**Cuadro 3:** Sinopsis de las regulaciones más significativas en la cobertura de vejez y su financiamiento²⁹

Entes o régimen	Tasas/Aportes		Requisitos de Jubilación. Ordinaria Edad/Servicios	Tasa/sustitución y parámetros para cuantía/haber
	Afiliados ^a	Empleadores		
IPS		12.5	60/25	100 % promedio últimos 36 meses
Dirección J/P (C. Fiscal) - R. General -Magisterio Nacional y Gráficos	14 ^b	c/	45/30 (Mujer) 50/30 (Varón) 40/ (Mujer) 45 (Varón)	93 % último sueldo/cargo desempeñado durante 12 meses
C. Municipales ^d	10	10	55/30	100 % promedio últimos 24 meses
C. Bancarios	10	16	55/80 puntos 50/75 puntos (transitorio)	100 % promedio últimos 30 meses
C. ANDE	5	5	60/20	66,7 % promedio últimos 36 meses
C. Itaipú	6	15+ 2.32 (40 años)	60/10	80 % promedio últimos 36 meses
C. Ferroviarios ^c	10	10	50/25	100 % promedio últimos dos años (con límite 3 sueldos mínimos al igual que las aportaciones)
C. Parlamentarios ^e	18	5	60/15 55/20	90 % de la última dieta

Fuente: Conte-Grand, Spataro 1999.

²⁹ Con base en la legislación vigente a fines de 1998.

^a Con excepción de IPS y C. Itaipú todos los entes cuentan con aportes adicionales de los afiliados, por incorporación (primer mes) y por aumentos salariales de cualquier naturaleza.

^b Vigente desde 1971; las modificaciones sucesivas fueron: 1909/36: 5 %; 1937/55: 6 %; 1956/64: 7 %; 1965: 10 %; 1966/69: 11 %; 1970: 12 % y 1971 en adelante 14 %.

^c La Administración Central cubre el déficit.

^d La legislación contempla menores requisitos con tasas de sustitución inferiores pero flexibles en función de la cantidad de "años reconocidos":

con 15, corresponde una cuantía equivalente al 45 % (promedio últimos 24 meses) + 2 % por cada año en exceso de 15

con 20, 55 % (igual promedio) + 4 % por cada año en exceso de 20

con 25, 75 % (igual promedio) + 5 % por cada año en exceso de 25.

^e La legislación prevé, además: jubilación "extraordinaria" con 60/10 o 55/15 y jubilación "reducida" con 60/5 ó 55/10.



4.3. Principales Programas: IPS y Caja Fiscal

El Instituto de Previsión Social es el componente más importante del sistema de seguridad social paraguayo y el único ente de mayor envergadura que cubre tanto la parte de salud como jubilaciones y pensiones.³⁰ La cobertura se extiende a todos los asalariados del sector formal del país, personal de entes descentralizados del Estado o empresas mixtas, maestros del sector público y privado y el servicio doméstico.³¹ Los beneficios son extensibles a los cónyuges o convivientes, hijos y padres del asegurado en situación de dependencia. La cobertura del IPS en el año 1993 fue de 22,3 % de la población total del país y considerando sólo afiliados activos, el 8,7 % de la PEA, pero actualmente se ubica en tan sólo 10,9 % y 6 %, respectivamente.

El régimen de afiliaciones permite tres categorías: La regular, que incluye a todos los trabajadores en situación de dependencia y sus familiares a cargo, cubre riesgos de accidente, enfermedad, maternidad y vejez. El régimen especial de salud incluye al servicio doméstico³² de Asunción y Departamento Central y al magisterio público y privado en todo el país, limitando la cobertura para el último grupo a los beneficios de enfermedad y maternidad. La última categoría corresponde a los veteranos de la guerra del Chaco y sus beneficiarios con un régimen de privilegio no contributivo y con cobertura exclusiva de salud. Las jubilaciones pueden ser ordinarias, de invalidez por enfermedad común y de invalidez por accidentes de trabajo o enfermedad profesional.

El sistema se financia a través de las contribuciones percibidas (un 77 % de los ingresos en el año 1995) y la rentabilidad obtenida de las inversiones. Las reservas acumuladas del IPS se dirigen básicamente hacia dos tipos de inversiones: financieras e inmobiliarias. Los intereses cobrados por las inversiones financieras representaron en 1995 el 98 % de ambos tipos de inversiones mientras que los alquileres de las inversiones inmobiliarias representaron sólo un porcentaje mínimo. Por el momento, casi el 45 % de los fondos del IPS están retenidos en bancos y financieras intervenidas, y el 11 % es incobrable por préstamos efectuados entre 1994 y 1998 en situación fraudulenta (Amarilla 2002, p. 308).³³

La Caja Fiscal es una dependencia del Ministerio de Hacienda y administra el sistema de jubilaciones por vejez y antigüedad, jubilaciones por invalidez, pensiones de sobrevivencia y accidentes de trabajo para los funcionarios del sector público. Con más de 150 mil activos y 60 mil pasivos es la segunda institución previsional en el número de afiliados. Se limita únicamente al pago de las jubilaciones y pensiones con los recursos que le son transferidos desde la Dirección del Tesoro, no tiene ninguna responsabilidad en el cobro de los aportes ni en la administración de los recursos financieros.

³⁰ Fuera del IPS sólo el Sozialversicherung Chaco (Seguro Social Chaco de los menonitas en el Chaco Central) y la Caja Médica y de Profesionales Universitarios de COOMECEIPAR reúnen la cobertura de salud con la de jubilaciones.

³¹ Vale destacar que por disposición interna el IPS limita la cobertura de las empleadas domésticas a Asunción y de hecho se extiende también al Departamento Central, pero no se hace efectiva en los otros departamentos del país.

³² La Carta Orgánica del IPS (Ley 98/92) establece que las cuotas mensuales del personal del servicio doméstico son del 2,5% calculado sobre el salario mínimo del trabajador de la Categoría A de los establecimientos ganaderos hasta que se establezca el salario mínimo para el sector. Si su salario es de mayor monto, este será la base del aporte que las empleadas domésticas tributan actualmente de hecho sobre un mínimo sectorial fijado por el Ministerio de Justicia y Trabajo de 350.689 Guaraníes, en un porcentaje de 2,5 %, agregando el empleador 5,5 % lo que totaliza un 8 %. Es decir que las trabajadoras del servicio doméstico cotizan 28.069 guaraníes por mes para un seguro integral de salud en el IPS. Este arreglo está vigente en Asunción y partes del Departamento Central y no se aplica en el resto del país.

³³ Ver detalles de la cartera vencida y los fondos retenidos en Amarilla 2002, p. 309.



Los aportes de los afiliados son los únicos ingresos y la tasa de cotización es uniforme para todos los trabajadores (14 %). Sin embargo, los criterios de elegibilidad son diferentes entre los regímenes que componen la Caja Fiscal. Para la obtención de la jubilación por vejez y antigüedad, la edad exigida fluctúa entre 40 y 50 años, siendo la exigencia superior para varones que para mujeres. Los años de aporte exigidos van de 20 años para docentes universitarios a 30 años para funcionarios en general. Los miembros de la Policía Nacional y de las Fuerzas Armadas adquieren derecho a la jubilación con solo cumplir 10 y 15 años de servicio, respectivamente. Para obtener una pensión por invalidez, los requisitos y el monto del beneficio inicial varían de acuerdo a los regímenes. Para la pensión de sobrevivencia por parte de los familiares y beneficiarios, el afiliado fallecido tiene que haber cumplido un mínimo de 20 años de servicio, excepto la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas.

El sistema comprende dos regímenes: el contributivo y el no contributivo. El primero cubre a 1) todos los funcionarios de la Administración Central, 2) magisterio nacional, 3) docentes de la universidad nacional, 4) magistrados judiciales, 5) Fuerzas Armadas, 6) Policía Nacional y 7) empleados gráficos del Estado. El sistema no contributivo corresponde a los veteranos de la guerra del Chaco y a las pensiones de gracia concedidas a personalidades del país que no cuentan con jubilación.

Desde 1980, la Caja Fiscal arrastra crecientes déficit financieros anuales. No sólo en términos de previsión, sino también por su impacto en el presupuesto público, la Caja Fiscal es el problema número uno (Amarilla 2002, p. 306). En el 2000, el déficit de la Caja Fiscal alcanzó el 56 % del déficit del Gobierno Central y el 1,8 del Producto Interno Bruto (SNRE 2001). Otras fuentes indican que el déficit de la Caja Fiscal es igual, e inclusive superior, al déficit fiscal del Gobierno Central. Sólo dos regímenes de la Caja Fiscal tienen resultados superavitarios: el de los funcionarios y empleados públicos y el de los docentes universitarios, pero con tendencia decreciente. El resto de los regímenes tienen resultados deficitarios que tienden a agravarse.

4.4. Problemas y desafíos

Los problemas que enfrenta el sistema previsional paraguayo, así como se mencionó anteriormente, se encuentran transitando en ese proceso. Todos estos inconvenientes se encuentran agravados principalmente por las características socioeconómicas del país, y en menor escala por presiones demográficas. Pero a diferencia de los países más desarrollados, el Paraguay cuenta todavía con una población demográficamente solvente: El número de personas en edad de retiro no es muy significativo en comparación a la población que está en condiciones de llevar una vida económicamente activa (Amarilla 2002, pp. 303/304). Las serias limitaciones de la capacidad de las personas de afiliarse a algún régimen de jubilación se derivan más bien de la estructura de la PEA que se caracteriza por una fuerte representación de la agricultura, del comercio y de los servicios, actividades mayoritariamente informales, y el alto porcentaje de la población rural.³⁴ Ello explica el que la proporción de las personas mayores de 60 años que recibe algún tipo de pensión no suele superar el 30,8 % (Barreto, Ramírez 1997, p. 62). Además, las altas cifras de desempleo y subempleo, que actualmente suman cerca del millón de personas, agravan la situación y empeoran la capacidad potencial de aporte de las personas afectadas.³⁵

En términos económicos el sistema existente tiene, como ya se mencionara, serias inequidades y genera ineficiencias en la economía que se traducen en un menor nivel de ahorro, inver-

³⁴ Según las encuestas nacionales más recientes, las personas residentes en áreas rurales siguen representando el 43,3 % la población paraguaya (CENSO 2002, www.dgeec.gov.py 2003).

³⁵ Rodríguez (2003). Observación: No hay seguro nacional u oficial de desempleo en Paraguay.



sión y crecimiento. En términos sociales y sociopolíticos los regímenes establecidos son fuertemente excluyentes y marginalizan a la mayoría de la población del país. Una de las razones de la deficiente cobertura de los sistemas de protección social se deriva del hecho que los seguros sociales en Paraguay, en su diseño vigente, están específicamente y sin excepción orientados a cubrir y servir la población asalariada formal y a los familiares de estos obreros (Amarilla 2002, p. 305).³⁶ Aún cuando los trabajadores rurales pudieran incorporarse al sistema previsional en forma voluntaria, en general carecen de información y medios para realizarlo dado que los gobiernos no suelen considerarlos como “población objetivo” para ampliar la cobertura (Jiménez, Cuadros 2003, p. 6).

Los siguientes factores se pueden describir como los principales inconvenientes:

Baja cobertura y enorme mercado informal

El problema más notorio de la seguridad social en el Paraguay resulta de la desprotección de vastos sectores de la sociedad. Teniendo en cuenta que sólo entre el 17 y el 21 % de la PEA está afiliada a algún régimen previsional, el IPS es responsable de la protección del 74,9 % del total del sistema, pero su evasión se estima bastante superior al 70 %.³⁷ La causa principal de la importante brecha de cobertura se deriva del alto grado de informalidad de la economía del país, aún cuando los motivos pueden variar según el grupo social afectado.

- 75 % de la PEA total se sustenta en actividades de mayor informalidad (agricultura, comercio, servicios)³⁸
- 43,3 % de la población reside en áreas rurales
- 35 % de la fuerza laboral urbana trabajan en microempresas o como “cuentapropistas” (Caballero 2003, pp. 2/3), y el 92 % de los microempresarios carece de seguro jubilatorio y más del 70 % de un seguro médico (ibid., pp. 22-24)
- Alta tasa de relaciones laborales informales en el sector privado.

Baja relación entre contribuciones y beneficios

Las tasas de contribución de las cajas previsionales, que carecen de fundamento actuarial, no guardan relación con los egresos y alcanzan cada vez menos para cubrir los elevados y extendidos beneficios que otorgan. Las jubilaciones anticipadas (militares, policías, maestros, trabajadores bancarios), la repercusión de los reajustes de sueldo de los trabajadores activos y el otorgamiento de servicios adicionales de algunas cajas tienden a agravar el desequilibrio financiero.

Además, no existe relación entre las contribuciones que paga y los beneficios que recibe el afiliado (o su familia) una vez jubilado. Por una parte, los beneficios al jubilarse dependen exclusivamente de sus últimas remuneraciones, concepto que rompe con toda relación de los beneficios con lo aportado. Por otra parte, una cotización proporcional uniforme conduce a una notoria heterogeneidad de los beneficios otorgados y particularmente de las condiciones de elegibilidad respecto de las jubilaciones. El ejemplo más llamativo es nuevamente la Caja

³⁶ En un sentido estricto habría que comparar el número de asegurados con el de la población asalariada, resultando una cobertura que trepa a poco más del 40 por ciento. Sin embargo, desde un ángulo sistémico del concepto de la universalidad de la protección social el referente debe ser la PEA, comparación que da el mencionado porcentaje de cobertura de alrededor del 18 %.

³⁷ Estudios más recientes ubican la evasión en el orden del 80 % dentro del grupo de los asalariados del sector privado: De los 788.935 asalariados privados – que representan a su vez un 30,2 % de la PEA – no más de 154.587 cotizan directamente al IPS (Navarro 2003, p. 159).

³⁸ Valga la aclaración de que el desempleo abierto está incluido dentro de la PEA y que la cantidad de personas sin trabajo es cada vez mayor en Paraguay (Rodríguez 2003).



Fiscal cuyo déficit - el cual en 2001 superó al valor del déficit fiscal del Gobierno³⁹ - en un 85 % corresponde al pago de los haberes de los militares y policías retirados y sus herederos más de los veteranos de la guerra del Chaco y sus respectivos herederos. Todos ellos han contribuido solamente por un período reducido o no han hecho nunca ninguna contribución en absoluto (Amarilla 2002, p. 306).

Alta evasión y elusión de aportes

El sistema del IPS funciona sobre la base del aporte tripartito: empleado, empleador y Estado. A pesar de la expresa obligación de hacerlo, el Estado nunca hizo aporte alguno.⁴⁰ El otro gran agente evasor son las patronales que obvian totalmente su contribución o realizan sub-aportes, problema directamente relacionado con una alta evasión de impuestos que perjudica aún más la capacidad de aumentar la financiación pública de la seguridad social. Al interior del IPS se estima una evasión de entre 77 y 80 % sólo respecto del sector asalariado. Los factores que colocan al mayor ente previsional en un delicado estado económico-financiero y presionan por el ofrecimiento de servicios de reducida calidad son principalmente los siguientes:

- Elevada evasión en todos los niveles de la sociedad paraguaya
- Altos índices de desempleo y subempleo en el sector formal de la economía
- Informalización de las relaciones laborales supuestamente “normales” ⇒ crecimiento del sector informal ⇒ progresiva baja de la cobertura
- Subdeclaración de los sueldos pagados y/o cobrados
- Incumplimiento de la transferencia de cotizaciones por parte de los patrones
- Incentivos a subvalorar los salarios durante la vida laboral activa y a sobrevalorar los últimos siendo éstos la base del monto de la jubilación

Distorsiones en el mercado laboral

La inexistente relación entre aportes y beneficios, el rendimiento inseguro de las cotizaciones y la escasa cultura previsional en el país hacen que se tienda a percibir la cotización como un impuesto adicional. Dada la heterogeneidad de tasas de aportes y de beneficios ofrecidos y, sobre todo, de los beneficios adicionales ello tiene efectos inequitativos que distorsionan el mercado laboral y acentúan a su vez el crecimiento del sector informal.

Además, a pesar de la gran incidencia y frecuencia de este tipo de relación laboral, los sistemas formales no contemplan la situación del trabajo estacional, variable e inestable. Igualmente, las mujeres están enfrentando un problema sistémico de discontinuidad laboral debido al diseño de los seguros de pensiones y a las insuficiencias del cuidado materno-infantil.

Discontinuidad de aportes y beneficios

Otro problema del sistema de beneficio definido es la pérdida de derechos adquiridos por el trabajador asegurado al trasladarse a otro régimen previsional. Si bien las regulaciones y condiciones varían de una caja a otra, en todos los casos los afiliados sufren pérdidas en el poder adquisitivo de sus contribuciones, siendo la verdadera y mayor pérdida la de los beneficios futuros adquiridos por derecho. Frente a esta situación, la discontinuidad de aportes y beneficios incorporan fuertes rigideces al mercado laboral dificultando el libre movimiento de la mano de obra, sobre todo para aquellas personas de mayor edad y años de servicio que no

³⁹ El déficit de la Caja Fiscal es permanente y previsible en sus magnitudes. El déficit de todo el presupuesto público, sin embargo, varía sustancialmente de año en año: a veces es mayor, a veces menor. De allí que el porcentaje del déficit de la Caja Fiscal sobre el déficit total del Gobierno Central sea considerablemente distinto según los años (Rodríguez 2003).

⁴⁰ De acuerdo a estimaciones recientes, la deuda que el Estado ha acumulada asciende a 500 mil millones de Guaraníes o más de 70 millones de Euros (80 millones de US-\$).



están dispuestas a sacrificar los derechos adquiridos en el régimen en que se encuentran. En el caso de las mujeres, su tasa de reemplazo suele ser inferior a la de los varones debido a la combinación de salarios más bajos, mayores vacíos previsionales, mayor expectativa de vida y jubilación a una edad más temprana. El sistema de seguridad social debería flexibilizar las condiciones de afiliación y abrir la posibilidad de cotizaciones temporales durante los períodos de actividad laboral.⁴¹

Pérdida del poder adquisitivo de los beneficios

El valor real de las pensiones pagadas después de algunos años de jubilación tiende a ser diferente de su valor inicial en términos de poder adquisitivo debido a la falta de indexación y reajustes. Las fórmulas de beneficio de la mayoría de las Cajas paraguayas consideran promedios de remuneraciones anteriores en términos nominales sin reajustarlas previamente por la inflación del período considerado. Los afiliados pasivos disfrutaban gratuitamente de los beneficios del incremento de productividad de los trabajadores activos, pero quedan expuestos a la pérdida del poder de compra del beneficio en caso de que estas remuneraciones no sean ajustadas.⁴²

Déficit financiero

Tres cajas previsionales (Fiscal, Ferroviaria y Parlamentaria) son deficitarias dado que sus ingresos no alcanzan a cubrir los egresos por lo que el Gobierno debe proveer los recursos necesarios para cubrir el déficit a través del presupuesto público. La actual posición superavitaria de algunas cajas y del IPS no se mantendría por mucho tiempo, aunque un estudio reciente de la OIT señala que el IPS estaría actuarialmente viable, manteniendo las condiciones actuales, hasta el 2035 (Grushka, Altieri, Bertranou 2002, p. 8). En el futuro las contribuciones, los ingresos por inversiones y las reservas no serían suficientes para cubrir sus obligaciones.

Tendencias poblacionales adversas

La sociedad paraguaya puede ser considerada como mayoritariamente joven con una población demográficamente solvente, con una tasa de afiliados activos/pasivos cercana a 4 (el promedio de Latinoamérica es de 5). Los siguientes datos sociales resumen la situación en el Paraguay (DGEEC 2003, p. 34 [1-3]; www.dgeec.com.py [4]; Barreto, Ramírez 1997, p. 58 [5]):

1. 64,4 % menores de 30 años
2. 38,2 % menores de 15 años
3. Sólo 5,3 % mayores de 65 años
4. Crecimiento poblacional anual: 2,6⁴³
5. Ratio de dependencia demográfica actual: 77,0 (1970: 99,3; 1990: 78,4)

Para la evolución y los desafíos futuros del sistema previsional en el Paraguay es importante ver que la relación entre afiliados activos y pasivos está teniendo una evolución decreciente

⁴¹ En el Paraguay, las colonias menonitas en el Chaco identificaron la inestabilidad laboral como causa importante de la no-afiliación de los trabajadores indígenas de su área económica y empezaron a superar este problema a través de la implementación de un seguro médico adaptado a las condiciones de trabajo de la población indígena, la Asociación Mutual Hospitalaria.

⁴² En el IPS, por ejemplo, las pensiones, una vez otorgadas, por lo general no mantienen su poder adquisitivo. Esto se verifica al ver que en 1994 sólo el 7,7 % de sus pensionados y el 5,8 % de sus jubilados recibían beneficios superiores al sueldo mínimo de ese año, mientras que un poco más del 70 % de ambos cobraba menos de la mitad de ese salario.

⁴³ Esta es la tasa histórica previa al Censo Nacional de 2002. Las primeras estimaciones del último Censo dan cuenta de que la tasa de crecimiento demográfico actual sería del 2,3 % (Rodríguez 2003).



en los últimos años.⁴⁴ Para el 2010, el porcentaje de la población mayor de 60 años se elevará al 7 % pudiendo llegar al 16 % para el 2050. De este modo se incrementará la presión en el equilibrio financiero del sistema, dejándolo en algún momento sin reservas suficientes para hacer frente a sus obligaciones (Barreto/Ramírez 1997, pp. 58/59).

Inequidad y perversos efectos redistributivos

En términos generales, los sistemas de reparto corren el riesgo de ser inequitativos en el tiempo porque benefician a las primeras generaciones a costa de las futuras. En el Paraguay, hoy en día las pensiones y jubilaciones están virtualmente congeladas, experimentando un progresivo deterioro a consecuencia de la inflación. Los pensionados y jubilados se ven arrojados a precarias condiciones de existencia y forzados a sumarse al creciente sector informal (Barreto, Ramírez 1997, p. 65).

Independiente de las exclusiones existentes, la cobertura al interior de las diferentes cajas resulta ser inequitativa. El sistema privilegia ciertas actividades y sectores⁴⁵ dejando de lado a otros como el sector informal. La cobertura de los entes establecidos de seguridad social está enfocada hacia la población urbana y prácticamente no incorpora a los trabajadores independientes del sector agrícola, donde se concentra mayormente la pobreza. Mientras que a nivel nacional el 33,9 % de las familias se encuentra en situación de pobreza y el 15,6 % en extrema pobreza, en el área rural del país más de dos de cada cinco habitantes son considerados pobres y hasta una cuarta parte de la población como indigente (PNUD 2003, p. 47).⁴⁶

Asignación ineficiente de reservas

En la mayoría de las cajas que no son de reparto puro⁴⁷ y en las cuales la rentabilidad de las inversiones realizadas constituye una importante fuente de ingresos, la mala asignación de estos recursos puede provocar o acelerar el desequilibrio financiero de un régimen previsional. Mientras las disponibilidades financieras del IPS representan más de la tercera parte de la base monetaria, el 62 % de su cartera de inversiones se encuentra colocado en el sistema financiero frágil, lo que amenaza fundamentalmente la sustentabilidad de la previsión. Las inversiones de otras Cajas están focalizadas en depósitos en el sistema bancario, inversiones inmobiliarias y préstamos a afiliados. Debido al poco desarrollo del mercado financiero y a las condiciones dadas, su rendimiento está sujeto al nivel inflacionario.

Altos costos e ineficiencia administrativa

Frente a la gran ineficiencia administrativa, en el sistema jubilatorio paraguayo los costos de administración parecen altos, y se da un prolongado proceso de gestión para la obtención de beneficios. Ambos fenómenos son más obvios en las cajas jubilatorias grandes (Caja Fiscal e IPS) que en las que tienen menor cantidad de afiliados. Décadas de gestión discrecional no han sido superadas ni sus efectos minimizados, y el desorden administrativo conduce hasta hoy en día a una elevación innecesaria de los costos de los servicios y afecta la propia funcionalidad del sistema. La infraestructura administrativa de las entidades es marcadamente po-

⁴⁴ En el IPS la tasa de activos/pasivos pasó de 6,8 a 5 en la última década, lo cual indica un crecimiento superior de afiliados pasivos sobre los activos, empujando hacia la madurez y una mayor presión financiera al sistema.

⁴⁵ Por ejemplo, protege totalmente a los funcionarios del sector público.

⁴⁶ Se consideran pobres extremos aquellos con ingreso inferiores a una canasta básica y pobres no extremos aquellos con ingreso mayores a una canasta básica pero inferiores al consumo total de alimentos.

En las zonas rurales hay un 25,6 % de pobres extremos y un 15,7 % de pobres no extremos, en las áreas urbanas se cuenta sólo un 7,1 % de indigentes y un 20,5 % de pobres no extremos (PNUD 2003, p. 47). El ingreso promedio de los hogares en las zonas urbanas es 2,4 y de las personas hasta 2,6 veces mayor que en las áreas rurales (PNUD 2003, p. 44).

⁴⁷ Sólo la Caja Fiscal está desprovista de un fondo de reservas.



bre; se carece de personal adiestrado y apto, además faltan sensiblemente mecanismos informatizados. Otro factor importante es la corrupción dentro del sistema, visible por ejemplo en la aparición de gestores que prestan servicios a cambio de una comisión.⁴⁸

Falta de independencia en la administración del fondo de jubilaciones y pensiones.

La estructura estatal y centralizada de la administración de la Caja Fiscal afecta seriamente la equivalencia contributiva. El presupuesto del ente previsional no está claramente separado del gasto público en general y la administración carece de independencia respecto del poder político. En el caso del IPS, la dirección financiera administra conjuntamente los recursos pensionales con los del fondo de enfermedad-maternidad lo que facilita una distribución de los fondos contraria a la reglamentación vigente.⁴⁹

⁴⁸ Mayores detalles sobre el manejo administrativo y financiero del IPS en el pasado véase Roberto Paredes 1997.

⁴⁹ Así el IPS debería distribuir el superávit en un 70 % al fondo común de pensiones, 25 % al fondo de previsión para el ajuste de pensiones, y 5 % al fondo de previsión de imprevistos.



5. El sistema de salud y exclusión social

La situación del Paraguay se caracteriza por los típicos fenómenos de los países en vías de desarrollo donde se combinan los problemas derivados de la pobreza con el creciente impacto de las patologías “de civilización”. Los indicadores demográficos en el Paraguay muestran un acelerado crecimiento poblacional, altas tasas de fecundidad (4,2 %) y mortalidad así como una población predominantemente joven con un 38,2 % de menores de 15 años (DGEEC 2003, p. 34). Más de la mitad de los paraguayos (56,7 %) vive en zonas urbanas, y la tasa de crecimiento es del 3,2 % (DGEEC 2003, p. 33, www.dgeec.com.py, 28.4.2003). El perfil epidemiológico combina tasas elevadas de enfermedades infecciosas y parasitarias con una alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, cáncer y accidentes. La situación socioeconómica muestra grandes carencias sociales y refleja la ausencia de un mejoramiento sustancial en los últimos años. A pesar de la garantía constitucional del derecho a la salud de todos los ciudadanos, de hecho un 75 % de la población está viviendo sin protección adecuada y sin ninguna clase de seguro médico (OPS 2002, p. 10).

El sistema de salud paraguayo es mixto y se compone de entes del subsector público (el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Instituto de Previsión Social, la Universidad Nacional, la Sanidad Militar y Policial) y el subsector privado, con y sin fines de lucro (empresas de seguro, empresas de medicina prepaga, consultorios, clínicas, hospitales y establecimientos caritativos, de benevolencia y cooperativas). Frente a la diversidad de actores, se destaca la falta de coordinación institucional entre sectores que trae como consecuencia la ausencia total de servicios médicos en algunas localidades y, a la vez, la duplicación de responsabilidades que conduce a una competencia innecesaria entre establecimientos médicos localizados en las mismas áreas geográficas (vea OPS/ASDI 2001, p. iv).

Las fuentes de financiamiento del sector público son igualmente mixtas (Presupuesto General de la Nación, aportes del trabajador y del empleador, primas, pagos directos por servicios, aranceles, contribuciones variadas y cooperación externa), con un control precario de procesos y resultados. El financiamiento del sector privado con fines de lucro depende de las primas de distintos planes (empresas de medicina prepaga) y del pago directo del usuario a los prestadores privados. En el sector sin fines de lucro, particularmente en las cooperativas, las prestaciones de salud se financian a través de las contribuciones solidarias y/o de primas de aseguramiento así como de pagos del usuario y/o de copagos.

En 1998, el gasto público del Gobierno Central paraguayo en salud no superó el 1,6 % del PIB, tras haber experimentado porcentajes inferiores al 1 % hasta 1991, y el gasto en salud efectuado por el IPS representó el 1 % del PIB. Por otra parte, en 1990 apenas el 12,7 % del gasto en salud del Paraguay era público mientras que la abrumadora mayoría correspondía a gastos particulares (ILO/PAHO 1999, p. 8). En 1996, el gasto en el sector privado, que incluye en gran parte los gastos directos de bolsillo de las personas, se ubicó en unos 510 millones de US-\$, equivalentes al 5,1 % del PIB (PNUD 2003, p. 106; G. Benegas, P. Sauma según OPS/ASDI 2001, 22). Según datos más recientes, en 2001 el gasto público del Paraguay en salud no superó el 2,9 % del PIB (34,3 US-\$ per cápita) frente al 5,4 % del gasto privado en salud (693,1 US-\$ per cápita) (MSPyBS/DGEEC/OPS 2003, p. 32). El gasto promedio en salud alcanza el 4,2 % del consumo familiar total, y la proporción de estos gastos es mayor cuanto más pobre es el área de residencia o el estrato de la población. En términos absolutos, el gasto en salud por persona en el estrato alto (el 20 % de la población de mayores ingresos) es seis veces mayor que en el quintil más bajo. Analizando la naturaleza de los gastos en salud, resulta que una familia en el área rural destina el 47 % de sus gastos totales en salud a medicamentos, mientras que una familia de Asunción sólo el 28 % (OPS/ASDI 2001, p. 21).

Especialmente en las áreas rurales donde hay menor oportunidad de ver a un profesional de salud, gran parte del gasto en farmacia sale directamente del bolsillo de las personas, lo que



representa uno de los gastos más inefectivos en términos médicos como financieros. La automedicación, que en todas las capas sociales tiende a ser mayor en los hombres, disminuye claramente en la medida en que aumenta el nivel de ingreso de las personas, diferencia más pronunciada en el entorno rural que en las áreas urbanas (OPS 2002, pp. 13, 15).⁵⁰ Por otra parte, ello demuestra que incluso en las capas más pobres de la sociedad paraguaya existen algún poder adquisitivo y la disposición de gastar en salud. Teniendo en cuenta la poca utilidad de los mencionados gastos en medicamentos, parece no sólo posible sino también altamente recomendable establecer mecanismos que permitan la recaudación de esos recursos financieros en el marco de un sistema de salud que garantice una mejor relación costo-eficiencia de los gastos.

Un reciente estudio de la OPS, que tomó en cuenta los niveles de pobreza, el lugar de residencia y el idioma hablado con más frecuencia, permite sacar una conclusión bastante desalentadora: en 1999 el 47 % de las personas que reportaban dolencias consideradas no leves no consultaba en ninguna parte. En el primer quintil de la población, hasta el 67 % de las personas no llegó a consultar, llegando esta proporción a sólo 27 % en el quintil de ingreso más alto. Desagregando estos datos por zona geográfica, en el área rural el respectivo porcentaje casi duplica el de la capital (58 versus 31 %) (OPS/ASDI 2001, p. v). Estos indicadores, además, revelan un empeoramiento del grado de atención y un incremento de la exclusión de la protección social en salud.

Así como se mencionara anteriormente, la evasión del IPS supera el 77,5 %, o sea corresponde a más de tres de cada cuatro empleados y trabajadores del sector privado que tendrían que cotizar al Instituto (OPS/ASDI 2001, p. 20). En la población rural este porcentaje alcanza el 93 %, y entre los paraguayos que hablan guaraní en su hogar un 92 %. En total, más del 80 % de la población paraguaya carece de toda clase de aseguramiento médico, ya sea IPS, sanidad militar, sanidad policial, medicina pre-paga, cualquier esquema local, regional, cooperativo, microseguro o en el exterior. Del 20 % de la población afiliada a algún tipo de seguro médico, 62 % corresponde al IPS, 32 % a seguros de prepaga y el 6 % restante a otros sistemas aseguradores. La falta de cobertura es casi completa entre los pobres extremos del país de los cuales sólo uno de cada setenta dispone de algún tipo de seguro médico.⁵¹ Por otra parte, más de la mitad del 20 % de los paraguayos con los mayores ingresos carece igualmente de un seguro de salud (ibid.).

En el Paraguay existe una notoria brecha entre la demanda y la baja oferta de servicios de atención de salud. En las áreas rurales la insatisfacción de las necesidades se debe en parte a la escasez de servicios médicos, pero no cabe duda que la falta de financiación agrava el impacto negativo. Como se mencionara anteriormente, este problema no afecta sólo la atención de salud donde las personas demuestran cierta disposición a gastar,⁵² sino que el gasto realizado en el momento de necesidad tiende a ser muy poco efectivo. A esto se agrega la pérdida de ingresos provocada por incapacidad laboral por enfermedad que representa un peligro real en muchos hogares.⁵³ Esta situación de doble costo que las patologías traen sobre todo para los

⁵⁰ En las zonas urbanas, el porcentaje de atención de automedicación en el primer quintil de población representa 2,1 veces el del último quintil, mientras que en las áreas rurales esta relación alcanza el valor de 2,7 (OPS 2000, p. 15).

⁵¹ Tasa de tenencia de seguro médico en 1999: Quintil I 1,4 %, II 7,5 %, III 17,2 %, IV 26,8 % y V 46,5 % (OPS/ASDI 2001, p. 20).

Tasa de tenencia de seguro médico en 2001: Quintil I 2,2 %, II 7,7 %, III 13,6 %, IV 24,1 % y V 45,2 % (PNUD 2003, p. 173).

⁵² Son precisamente aquellas personas que no consultan cuando están enfermos quienes se automedican (80 %) hecho que se ve reflejado en el elevado porcentaje de gastos en medicamentos de las familias.

⁵³ En los países pobres, las enfermedades siguen siendo la causa más importante del empobrecimiento de los hogares (vea Claeson, Mariam et al. 2001).



más pobres, requiere una solución organizadora, sistémica y sustentable para mitigar las consecuencias sociales e individuales de las enfermedades y de la amenaza de pauperización que está viviendo una parte importante de la población paraguaya.

El impacto de la inactividad debido a enfermedades y accidentes no sólo tiende a ser mayor en los hombres que en las mujeres y en las personas de avanzada edad (sobre todo en los mayores de 49 años), sino que afecta en mayor grado a las capas socioeconómicas inferiores y a la población rural (OPS 2002, pp. 6/7).⁵⁴ Independiente del género, la utilización de los prestadores de salud se incrementa con el nivel de ingreso de las personas y es mayor en las áreas urbanas que en las rurales.⁵⁵ De este modo, en los núcleos urbanos el porcentaje de atención de salud en el último quintil de población es 2,2 veces mayor que en el grupo socioeconómico más pobre, mientras que esta relación sube a 2,6 en las zonas rurales (OPS 2002, pp. 10/11).

5.1. Sistemas de seguro de salud existentes

Actualmente, el Paraguay cuenta con una amplia y variada gama de esquemas y modelos de financiamiento de la protección social, sobre todo en el área del sistema de salud. Los múltiples enfoques que existen a lo largo del país ofrecen una enorme riqueza de experiencias las cuales merecen un análisis más detallado dado que enseñan una serie de lecciones válidas e interesantes. Para dar una visión en conjunto de la variedad de enfoques y esquemas que se encuentran en el país, a continuación, se presentan brevemente los diferentes entes de protección social en salud que coexisten en el sistema paraguayo.⁵⁶

5.1.1. El subsector público

Como seguro médico implícito, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) presta servicios en las 18 regiones sanitarias en tres niveles de atención a la población cuyo poder adquisitivo no les permite pagar la atención de salud que recibe. Las actividades del MSPyBS abarcan acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, así como de provisión de medicamentos con precios subvencionados. El MSPyBS financia sus servicios de salud con recursos provenientes del Tesoro Público, de fondos especiales y regalías, de los copagos aportados por los usuarios y la cooperación internacional. El 40 % de la población paraguaya depende de la oferta de prestaciones sanitarias del MSPyBS.

El Instituto de Previsión Social (IPS), organismo autónomo del sector público, es el sistema asegurador de salud más importante del país. Como se mencionara en el capítulo sobre pensiones, el IPS cubre los riesgos de enfermedad profesional y no-profesional, maternidad, accidentes de trabajo, invalidez, así como vejez y muerte de los trabajadores asalariados y de los veteranos de la Guerra del Chaco. Los maestros del sector público y privado y sus familiares gozan de la cobertura de enfermedad y maternidad, y las empleadas domésticas de Asunción y Central de cobertura integral en salud. El IPS otorga los beneficios de prevención, promoción, atención médica, farmacia, rehabilitación, subsidio por accidentes y licencias médicas por enfermedad.

⁵⁴ La relación del promedio de días de inactividad entre los grupos extremos de la distribución del ingreso es de 1,5 en las zonas urbanas y de 1,4 en las áreas rurales. Este resultado del estudio OPS sobre “Desigualdades en salud” corresponde a la vasta evidencia empírica salubrista que muestran la mayor vulnerabilidad sanitaria y una reducida esperanza de vida de las capas socioeconómicas inferiores de todas las sociedades.

⁵⁵ En cuanto a la distribución según género, sin embargo, las mujeres demuestran un mayor necesidad de atención médica.

⁵⁶ Para mayor detalle, vea el documento „Protección Social - Esquemas de financiamiento de salud en el Paraguay” en esta página web (www.gtz.de/health-insurances).



La empresa Itaipú Binacional otorga un seguro médico a los funcionarios y sus dependientes con una amplia cobertura de prestaciones de salud, en su mayoría sin tope y copago, incluyendo gran parte de los medicamentos, salvo en el caso de la recientemente establecida cobertura de tratamiento odontológico. Por otra parte, debido al carácter binacional de la empresa que incluye la obligación a una política de salud conjunta con el Brasil, la empresa aporta la suma de 80.000 US-\$ mensuales al prestador principal de la zona en función de cofinanciar la atención de la población del departamento de Alto Paraná. Los servicios otorgados abarcan programas preventivos y de asistencia. La población cubierta por este sistema representa más de 56 mil personas, o sea alrededor del 1 % de la población paraguaya.

Además, en el Paraguay existen dos proyectos de seguros de salud que cuentan con el aval del MSPyBS y merecen una atención especial. Tanto en el municipio de Fram (Departamento de Itapúa) como en la capital del Departamento de Caazapá se están implementando sistemas de seguro médico que cuentan con financiamiento compartido entre los distintos entes públicos y los mismos usuarios. Mientras que el Proyecto de Salud Comunitaria de Fram se ha lanzado a fines del 2002, el Seguro Integral de Caazapá ha iniciado sus servicios a mediados del mismo año y va a entrar en una segunda fase durante el año 2003.⁵⁷

La notoria escasez de cobertura y el limitado acceso a la salud despertó otra estrategia interesante, el programa de Farmacias Sociales. Por una parte, en el Paraguay se observa un alto gasto de bolsillo en farmacia por parte de los más necesitados, y por otra, los medicamentos se han convertido en un importante instrumento de campaña política así como de corrupción y desvío de fondos. Independientemente de su capacidad de enfrentar esta actitud política, los fondos rotatorios para medicamentos básicos contribuyen a mejorar la accesibilidad de los medicamentos esenciales a precios sustancialmente reducidos. A través de la compra al por mayor se consigue superar parcialmente la exclusión de la gente y abrir algunos espacios para acceder a una mínima atención curativa.

El mayor número de farmacias sociales se ha establecido a nivel local en el Departamento de Itapúa, donde se concentra el 33,7 % de los pobres del país. Sin embargo, el sistema se destaca por sus características altamente fragmentadas, se ve impedido por las distancias, el estado de los caminos y la disponibilidad de transporte. Sin embargo, a través de las farmacias sociales, se espera reducir los gastos de bolsillo de las familias, y racionalizar el uso de medicamentos incentivando la prescripción oportuna por profesionales de salud (Martínez 2001, p. 36). Entre 1996 y 1999, en las zonas donde se implementaron los fondos rotativos se observa no sólo una reducción del precio de medicamentos básicos en un 60 % sino también una mejora notoria de algunos indicadores sanitarios como la mortalidad infantil por diarrea (-67 %) y por infecciones respiratorias (-35 %) (ibid.).

El proyecto de farmacias sociales tropieza con la falta de descentralización efectiva y de compromiso resolutivo por parte del MSPyBS. La administración de los fondos sigue dependiendo del Ministerio de Hacienda y los responsables han mostrado poca conducción y firmeza en la gestión, dejando espacio a que los proyectos pudieran ser manejados por grupos con intereses propios dejando que se impusiera el clientelismo político. Otro problema surgió de la falta de sensibilización de la gente involucrada y de compensación del trabajo extra que significa el mantenimiento de un tal servicio para la población.

⁵⁷ Una descripción más detallada de los esquemas locales y regionales mencionados en este párrafo se encuentra también en el documento „Esquemas de financiamiento de salud en el Paraguay” en esta página web (www.gtzt.de/health-insurances), incluido el estudio del caso del Seguro Integral de Caazapá (***)



5.1.2. El subsector privado

Las empresas de medicina prepaga (aseguradoras privadas) con fines de lucro están ofertando una gama variable de servicios. Las instituciones privadas se nutren de las primas que abonan sus clientes y financian la compra de servicios médicos privados de toda clase. Este sector, que abarca un 7 % de los paraguayos, dirige su oferta a la población más privilegiada del país. Actualmente se encuentra en una grave crisis que ha llevado a la quiebra de importantes empresas. Generalmente, la medicina prepaga ofrece una protección bastante reducida contra los riesgos de salud y se orienta a la resolución de diagnósticos de menor complejidad, obligando a sus afiliados a recurrir a la infraestructura del IPS o del MSPyBS para resolver las patologías complejas. Preocupa la incapacidad actual de los aseguradores privados de cubrir los eventos de salud de alta complejidad, los que suelen dar origen a catástrofes financieras (Valenzuela 2002, pp. 10/11).

Históricamente, algunos grupos de inmigrantes en distintas zonas del país empezaron a implementar sus propios sistemas de seguridad comunitaria basados en fondos mutuales o el aporte de los usuarios. En la mayoría de los casos, la afiliación a estos seguros sigue siendo voluntaria y se limita a un determinado grupo étnico o social. Estos esquemas se destacan por una gran variedad en cuanto a la cobertura y a la amplitud de prestaciones. A los ejemplos de mayor trayectoria pertenecen el Seguro Médico de Colonias Unidas con sede en Obligado/Itapúa y el Seguro Social de las colonias mennonitas del Chaco Central (Sozialversicherung Chaco – SVCh) que otorga prestaciones médicas, pensionales, de desempleo y recientemente de cuidados de enfermería.

El Sanatorio de La Paz/Itapúa es el único esquema de financiación de salud que se mantiene en las colonias japonesas del país. Se aplica un sistema de prepago relativamente sencillo ofreciendo una canasta de las prestaciones médicas más requeridas. Los socios de la Cooperativa La Paz pueden adquirir una libreta que incluye una serie de servicios a los cuales pueden recurrir sin pago alguno durante un año entero.⁵⁸ A fines de los años 80, se implementó en el área de las colonias mennonitas en el Chaco Central la Ayuda Mutual Hospitalaria (AMH) para financiar los gastos de salud de los indígenas de la región. Este seguro se basa en cotizaciones compartidas entre trabajadores (5 % del salario) y patrones (5 % en el caso de los obreros estables de Fernheim y 10 % para los jornaleros) y cubre consultas, hospitalización y medicamentos del trabajador y su familia, incluyendo un mes de desempleo.

En el área de las instituciones financiadoras de salud destaca el sector privado sin fines de lucro representado por el movimiento cooperativista. Existe una gran variedad de fondos administrados por distintas cooperativas que se han creado o que se están implementando para amortiguar los impactos de enfermedad en las personas asociadas y mitigar el empobrecimiento provocado por un evento de salud. En el Paraguay existe hoy en día una amplia gama de esquemas de seguro médico cooperativo que va desde sencillos modelos de prepago hasta sistemas elaborados de seguridad social. Dado el creciente rol de las organizaciones cooperativas en el financiamiento y también en la atención de salud en el Paraguay, la rica e interesante experiencia de esas estructuras sociales en el campo de la salud merece un análisis más detallado que se presenta en los siguientes párrafos.

⁵⁸ Inicialmente, se suponía que esta oferta iba dirigida a los dueños de terrenos y empleadores de la colonia que estaban en condiciones de prefinanciar cierta cobertura de salud a sus trabajadores a fin de bajar el riesgo de los costos de la atención médica que solían pagar por ellos. Sin embargo, en la práctica fueron los mismos socios de la cooperativa quienes adoptaron el sistema, quedando excluidos los trabajadores dependientes.



5.2. Potenciales actores importantes

5.2.1. El movimiento cooperativo

Ante la baja capacidad resolutoria del Estado, el déficit y la crisis financiera, el alto grado de ingobernabilidad así como el impacto de la corrupción y la desconfianza en las instituciones públicas, las organizaciones cooperativistas han experimentado un notorio incremento de asociados durante los últimos años. Entre los socios de las cooperativas de ahorro y crédito, productivas o mixtas, se observa una creciente inquietud por una adecuada atención sanitaria, por una previsión social de salud y, en menor grado, de vejez. Un creciente número de cooperativas están proyectando, implementando o ya ofreciendo algún sistema de aseguramiento para prevenir los riesgos económicos de un siniestro de salud y el impacto financiero a veces ruinoso de una enfermedad. Existen esquemas variados, algunos funcionan propiamente como seguros y contratan a prestadores, otros como esquemas de integración vertical con uno o pocos prestadores y con una estructura organizativa tipo HMO.⁵⁹ Existen esquemas aseguradores que funcionan como mutualidades o seguros mutuales de salud,⁶⁰ y otros como pequeños fondos de ahorro o rotatorios. Dependiendo del grado de organización y de la capacidad económica de los asociados, se diferencian por otros factores importantes como la obligatoriedad de la afiliación, las vías de financiación, la amplitud de las prestaciones otorgadas, la cobertura y los mecanismos de solidaridad y redistribución establecidos.

En la actualidad, en el Paraguay existen 702 cooperativas activas,⁶¹ de las cuales 480 son de ahorro y crédito, 100 de producción, 50 de comercialización y 72 son de sectores diversos. El movimiento cooperativista demuestra una dinámica de crecimiento habiéndose inscripto 228 nuevas organizaciones sólo entre 2000 y 2002 (180 de ahorro y crédito, 20 de producción y 28 multiactivas). Hoy en día, unas 650.000 personas están asociadas al movimiento cooperativista,⁶² lo que representa el 12 % de la población paraguaya, el 18,6 % de la población en edad de trabajar y hasta el 23,9 % de la PEA. Calculando que cada socio tiene una influencia sobre tres personas en promedio, el área de influencia llega a casi 2 millones de personas o el 32 % de la población total del país (CONPACCOOP 2003, p. 4).

Por otra parte, el activo de las cooperativas se estima en casi mil millones de US-\$ lo que corresponde a un promedio de 1.495 US-\$ por socio. El volumen de depósitos de ahorro representa 180 millones de US-\$ lo que significa que las cooperativas concentran un 11 % del ahorro nacional (CONPACCOOP 2003, pp. 4/5).⁶³ La relevancia económico-financiera y numérica de las cooperativas y su alto grado de organización social convierten al sector en una destacada contraparte en el ámbito de la protección social. El movimiento cooperativista reúne una serie de opciones y condiciones para ampliar y mejorar la situación de la seguridad social en el país. En cierta medida, las cooperativas paraguayas están reviviendo la experiencia europea de que la solidaridad contribuye a la estabilización de la demanda, al crecimiento de los mercados internos y a la formación de capital.

⁵⁹ Se refiere al concepto estadounidense de los Health Maintenance Organisations en las cuales existe una estrecha co-organización entre un (grupo de) prestador(es) y el seguro de salud que en muchos casos incluso está administrado por los proveedores.

⁶⁰ Este concepto ha creado experiencias especiales en las zonas de influencia francobelga en el continente africano donde el difícil acceso a los servicios de salud y su financiamiento, la exclusión de las mayorías pobres y la progresiva pérdida de las redes tradicionales de protección social (familia, estirpe, tribu etc.) incentivaron la creación de formas alternativas de ayuda mutua y protección comunitaria. Estas experiencias revisten importancia para un país como el Paraguay donde la mayoría de la población es pobre y casi la mitad sigue viviendo en áreas rurales. Para mayor detalle, vea Huber, Hohmann, Reinhard 2003. Mutual Health Organization (MHO) – Five years Experience in West Africa (www.gtz.de/health-insurances).

⁶¹ Las cooperativas están organizadas en 2 federaciones, 10 centrales y 1 confederación.

⁶² De las cuales 366.000 son hombres y 284.000 mujeres (CONPACCOOP 2003, p. 4).

⁶³ Un 78 % de los ahorros está colocado en las 18 organizaciones más grandes (CONPACCOOP 2003, pp. 4 y 5).



Las organizaciones cooperativas enfocan de una forma muy interesante e innovadora la problemática de la seguridad social. Conscientes de los problemas de tipo legal, económico financiero, institucional, social y cultural y de recursos humanos (CONPACCOOP 2003, p. 2), el movimiento cooperativista ha elaborado una serie de estrategias y propuestas orientadas a la participación de las cooperativas en las tareas de protección social para contribuir a la solución de los problemas más impactantes como la baja cobertura, la poca confiabilidad y la mala calidad de los beneficios otorgados. Los cooperativistas focalizan su crítica en la obligatoriedad de los institutos formalizados de seguridad social y proponen la provisión de seguridad social voluntaria como alternativa a la falta de cobertura de ingentes estratos poblacionales (CONPACCOOP 2003, p. 3).⁶⁴ La confederación de cooperativas ha presentado recientemente una serie de objetivos para adaptar tanto el marco normativo, legal y de cabildeo adecuado como el marco institucional cooperativo a las exigencias de una mayor participación activa en la protección social (CONPACCOOP/CCS 2002, pp. 3/4).

Las cooperativas plantean una serie de estrategias de distinto alcance y nivel de elaboración orientadas a enfrentar las necesidades de la población en materia de la seguridad social. Las directivas cooperativistas tienen conciencia de los problemas actuales y apoyan soluciones basadas en las experiencias cooperativas tanto a nivel nacional como internacional. En términos concretos, se sugiere la promulgación de leyes que apoyen a las cooperativas y que las hagan participar en el sistema de protección social. Por ello se exige la desmonopolización del IPS y de las Cajas jubilatarias en función de abrir los esquemas de seguridad social hacia algunos sectores que actualmente están excluidos del sistema previsional.

En la medida en que se incremente la cobertura de los asociados en los seguros médicos cooperativos emergerá la necesidad de establecer conexiones y regular las relaciones entre los distintos actores, en primer lugar al interior del movimiento cooperativista y en el mediano plazo fuera del mismo. Otro reto altamente interesante surge de la potencialidad de las confederaciones cooperativistas de crear una especie de organización consorcio de fondo y hasta una estructura de reaseguro para la diversidad de esquemas aseguradores que existen dentro de las cooperativas. Ello permitiría a los esquemas de seguro de salud no sólo recurrir a un importante apoyo tanto técnico como logístico y una continua revalidación y retroalimentación de los procesos que se están dando, sino también los dotaría de una mayor estabilidad financiera y, por lo tanto, de mejores perspectivas de sustentabilidad en un entorno de recesión y escasez económicas.

5.2.2. Potencialidades de las microempresas

El diagnóstico comparativo de la cobertura previsional en América Latina muestra que los países de transición demográfico-epidemiológica incipiente presentan dificultades para aumentar la cobertura más allá del 20 % y los en plena transición el 30 %, mientras que las naciones de transición avanzada superan el 40 % de cobertura. Cuando este último grupo ha logrado alcanzar mayores niveles de cobertura previsional, es porque se han esmerado para incorporar a trabajadores agrícolas y al sector informal urbano (Jiménez, Cuadros 2003, p. 8). Es sobre todo el segundo grupo de personas que combina características específicas, menores obstáculos geográficos y algún grado de organización con un cierto dinamismo económico que abre perspectivas interesantes y alentadoras en el área de la protección social.

⁶⁴ El carácter voluntario parece referirse en primer lugar a la elegibilidad de las instituciones previsionales y no a la libre decisión respecto del hecho de afiliarse a un ente de seguridad social como tal; precisamente la cuestión de la obligatoriedad de los seguros representa un tema de discusión dentro de las cooperativas y tiende a resolverse de distinta forma.



Entre 1999 y 2001, la economía urbana ha creado unos 104.000 empleos mostrando un dinamismo superior al promedio de crecimiento en el país.⁶⁵ Hoy en día, más de la tercera parte de la fuerza laboral urbana se dedica a actividades de cuenta propia o microempresariales de las cuales prácticamente la totalidad (98,9 %) tienen entre uno y cinco empleados (Caballeros 2003, pp. 2/3). Sin embargo, la situación financiera de este sector de la economía es bastante precaria, cuando el 56,2 % no produce ningún superávit lo que significa que menos de la mitad de los microempresarios está en condiciones de ahorrar (ibid., p. 5), hecho que no deja de tener implicaciones para su capacidad de pagar cotizaciones a un esquema de seguridad social. Hoy por hoy, el 92 % de los microempresarios carece de seguro jubilatorio y más del 70 % de un seguro médico (ibid., pp. 22-24) aunque una proporción importante de las personas quienes se dedican a actividades microempresariales son empleados o trabajadores del sector privado y lo hacen para mejorar sus ingresos percibidos como insuficientes.⁶⁶ Tarde o temprano este grupo deberá recibir asistencia por parte del Estado como microempresarios necesitados o como población envejecida sin fuente de ingreso (ibid., p. 23).

Además, se observa un obvio temor al endeudamiento, sólo una cuarta parte de este grupo accede a algún tipo de crédito, y la mayoría de los que sí lo hacen los consiguen en una cooperativa (ibid., pp. 5/6). Este fenómeno se debería tener en cuanto en el momento de plantear la ampliación de la cobertura de la protección social al sector microempresarial puesto que abre oportunidades adicionales en la medida en que las cooperativas logren fortalecer su rol en la seguridad social e implementar una red prestadora y/o aseguradora abierta para otros grupos sociales fuera de las cooperativas. Las características de las microempresas, a pesar de las diferencias que haya respecto de las ramas de actividad y del nivel de inserción en el mercado, facilitan la organización del sector aunque sea en un principio a un nivel básico. Las estrategias para ampliar la cobertura de las estructuras de protección social hacia los microempresarios y “cuentapropistas” deben considerar una redefinición de los incentivos y una complementación de los beneficios de largo plazo con otros de corto plazo (Jiménez, Cuadros 2003, p. 16). Ello se podría alcanzar hasta cierto grado a través de la combinación de los sistemas de jubilaciones y salud, pero convendría agregar beneficios adicionales como subsidios estatales, acceso preferencial a créditos tanto públicos como cooperativos, esquemas de lotería, juegos de azar y otros mecanismos que crean incentivos adicionales para el pago regular de cotizaciones.

5.3. Análisis de los problemas del sector salud

El sistema de salud paraguayo padece deficiencias sistémicas en cuanto a la generación y asignación de recursos, la administración, el equipamiento, la corresponsabilidad, la efectividad, la eficiencia y la capacidad resolutoria. En la actualidad, el país está enfrentando un doble reto. Por una parte, la pobreza y la marginalización de grandes sectores de la sociedad se traducen en pauperización, inequidades sociales y problemas de salud. Para un alto porcentaje de la población rural y los sectores marginados de los centros urbanos, existen altas barreras de acceso a los sistemas de atención de salud que se derivan no sólo de la insuficiencia de la infraestructura y equipamiento de prestadores sino, sobre todo, de los obstáculos económicos y la incapacidad financiera de la mayoría de los ciudadanos. Al mismo tiempo, ya se vislumbran los problemas asociados al envejecimiento de la sociedad, a la larga esperanza de vida, a estilos de vida poco saludables, y a amenazas medioambientales que empiezan a confrontar los sistemas de seguridad social en el Paraguay.

⁶⁵ Son precisamente los sectores “cuentapropista” y “empleador” los responsables de casi la mitad de estos nuevos empleos (48 %) (Caballeros 2003, p. 2).

⁶⁶ Esta observación subraya la alta tasa de evasión en los sistemas de seguridad social (ibid., p. 18)



A pesar de la garantía constitucional del derecho a la salud de todos los ciudadanos, casi un 90 % de la población está viviendo sin protección contra la pérdida de ingreso en la vejez y un 80 % sin ninguna clase de seguro médico. Frente a esta situación, la creación de un sistema de financiamiento fundamentado y sustentable del sector social representa un reto primordial para el Gobierno del país. El desarrollo de una estrategia adecuada es imprescindible para crear y administrar los recursos necesarios que permitan implementar sistemas sustentables que protegen a los ciudadanos contra los riesgos de la vejez, incapacidad laboral y salud.

Hay vastas experiencias que demuestran que la implementación de esquemas aseguradores de jubilación y salud de carácter social es un paso decisivo para solucionar los actuales problemas de desprotección social con equidad, solidaridad y subsidiariedad⁶⁷ y mitigar o superar la pobreza promoviendo la cohesión social. El reto principal es el de ofrecer alternativas viables a la mayoría de los paraguayos que pertenecen al sector informal. A pesar del gran número de esquemas de seguros médicos existentes en el Paraguay, la cobertura a nivel nacional sigue siendo muy baja y demuestra una pronunciada concentración en la capital. El porcentaje de los paraguayos que pertenece a uno de los sistemas mencionados anteriormente no supera el 20 % de la población. En la capital del país, esta cifra supera del 35 % de los ciudadanos mientras en las zonas rurales alcanza apenas el 7 % (OPS/ASDI 2001, p. 20).

Otro problema importante se deriva de la fragmentación de los sectores involucrados en la solución de los problemas sociales: Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Trabajo, Ministerio de Educación, Secretaría de Acción Social de la Presidencia de la República, Instituto de Bienestar Social, Dirección de Beneficencia, Fundación de la Primera Dama, Instituto Nacional de Indígenas. Para realizar una reforma efectiva de los regímenes de la protección social e implementar una política social orientada hacia la universalización de los seguros de pensión y salud, parece imprescindible buscar la concertación de los distintos actores, tanto públicos como gremiales y particulares, en la construcción de un sistema nacional de seguridad social.

En este marco, la descentralización de las estructuras decisoras no sólo presenta un reto adicional, sino a la vez una oportunidad especial para relegar la capacidad resolutoria al nivel de las gobernaciones y los municipios que tienen un rol muy importante en las políticas sociales a nivel local, sobre todo en los esquemas de corte regional como los de Fram y Caazapá. El fomento de la subsidiariedad (toma de decisiones al nivel más bajo posible) permitirá la adaptación de los distintos esquemas a las necesidades fundamentales y la implementación de sistemas universales y solidarios en las respectivas regiones.

Ni el MSPyBS ni el IPS por sí solos estarán en condiciones de solucionar las falencias e incompatibilidades de la seguridad social en salud. El Ministerio, con su inmensa red prestadora a lo largo del país y sus recursos tanto humanos como de infraestructura, mantendrá su papel

⁶⁷ El principio de subsidiariedad surgió como un concepto de la doctrina social católica desarrollado por el jesuita Nell-Breuning y se ha convertido en un principio dominante del proceso de unificación europeo. Pretende establecer mecanismos de protección contra la preponderancia de los niveles jerárquicos superiores y se hace efectiva al referirse las decisiones a los entes regionales y locales en el mayor grado posible (Laaser 2002, p. 13). Subsidiariedad implica que las tareas y obligaciones siempre deben ser desempeñadas por el nivel más bajo de la sociedad que sea capaz de cargar con la responsabilidad y/o resolver el problema. Este principio conlleva que el gobierno sólo tenga que intervenir como regulador de asuntos privados si el sistema privado no consigue reconocer como suyos los objetivos sociales compartidos (Weber et al. 2003, p. 21).

En este sentido, el concepto europeo de subsidiariedad dice estrecha relación con el proceso de descentralización y da autonomía al funcionamiento descentralizado de las distintas instituciones sociales y políticas sin que el Estado tenga que intervenir o hasta determinar. Esto también implica que el gobierno debe dirigir sus subsidios monetarios y otras formas de asistencia principalmente a aquellos individuos de la sociedad que no puedan valerse por sí mismos. Sin embargo, hay que subrayar que el concepto europeo es más amplio y se distingue esencialmente del concepto norteamericano de subsidiariedad el cual adscribe al Estado un rol complementario y compensatorio en las áreas donde el mercado no consigue solucionar los problemas existentes (Reinhardt 1993).



destacado en el suministro de prestaciones de bienestar social y tendrá que aumentar la eficiencia para estar en condiciones de enfrentar los crecientes desafíos de la ciudadanía. El IPS, por su parte, no puede dejar de jugar un papel fundamental en la protección social y debería buscar estrategias para aumentar su cobertura a nivel poblacional incorporando paulatinamente a otros grupos sociales. Sin embargo, en un futuro mediano es muy poco probable que el IPS logre dar solución a los problemas de la mayoría de los paraguayos que están viviendo y trabajando en condiciones informales.

Para ser sustentable y enfrentar de forma efectiva el enorme problema pendiente de la universalidad de la protección social en salud, cualquier proyecto de reforma del sistema de seguridad social debe ir más allá de la reforma los esquemas públicos establecidos y buscar una transformación integral y concertada de los sistemas de protección social. Como en todos los países del subcontinente latinoamericano, hoy por hoy el reto principal es la creación de un modelo que dé abasto a las necesidades del sector informal. La escasa cobertura de los regímenes existentes que se observa sobre todo en los departamentos paraguayos, invita a identificar y analizar atentamente los distintos esquemas formales e informales de seguro de pensiones y de salud para utilizar las experiencias tanto positivas como negativas en la construcción de un sistema que tenga sustento financiero, social y ético.



6. Principales desafíos en protección social

6.1. Enfoque multisectorial

Para evolucionar un concepto viable de protección social que persiga los objetivos de universalidad, solidaridad con obligatoriedad, participación ciudadana y descentralización con subsidiariedad es imprescindible buscar la cooperación de los más diversos sectores de la sociedad sin desmedro de ningún grupo ni de ningún aporte que pueda parecer inviable para algunos. La fuerte superposición de intereses particulares de los grupos involucrados y la notoria ideologización del debate frenan en muchos países la elaboración de estrategias que enfrenten los problemas subyacentes desde una perspectiva sistémica. Una tarea de tal envergadura como la reforma de los sistemas de protección social que significa a la vez la implementación de mecanismos innovadores y la extensión de la cobertura a la mayoría actualmente excluida, no puede limitarse a determinados sectores ni a los grupos profesionales que están tradicionalmente involucrados. Los representantes de cada una de las profesiones se ven afectados por la “deformación profesional” y por los enfoques específicos de su área, condición que limita la capacidad de desarrollar soluciones sistémicas, participativas y representativas. Sólo un enfoque abiertamente interdisciplinario y emancipatorio abre el camino hacia una solución seria y compartida de los problemas existentes.

Ni los economistas ni los administradores ni los expertos de contabilidad ni los inversionistas ni los expertos en estadísticas y proyecciones van a ofrecer por sí solos el esquema perfecto de jubilaciones y pensiones. En el área de salud, se necesita incluso más de una estrecha colaboración entre economistas, personal médico, salubristas, expertos de contabilidad y administradores para diseñar una estructura válida de un seguro médico para todos los grupos de la sociedad. Es igualmente importante involucrar a sociólogos, pedagogos, antropólogos y, sobre todo en el caso del Paraguay, etnólogos que entiendan de las condiciones socioeconómicas y culturales de las personas, se necesitan trabajadores sociales y enfermeros para evaluar los distintos niveles de necesidad que tienen los potenciales usuarios del sistema, se depende de los aportes de los pedagogos y comunicadores sociales para divulgar los conceptos en los distintos niveles de la sociedad, se precisa a politólogos para captar las condiciones político-sociales y crear un entorno que auspicie la implementación de reformas serias.

Ello exige también a los representantes de los distintos sectores y organismos que se mantienen más o menos arrinconados abrirse hacia otros sectores de la sociedad. Es sintomática la falta de comunicación entre los distintos ministerios que tienen que ver con el tema de la protección social, fenómeno más notorio entre los distintos sectores de la sociedad paraguaya. Los intentos de establecer una mesa de diálogo sobre la materia de la seguridad social no han logrado abrir un debate más amplio entre los actores involucrados, hecho que explica por lo menos en parte la inexistencia de un trabajo político serio sobre el tema y la elaboración de proyectos de ley que se negocien entre los distintos bandos parlamentarios en función de la presentación y aceptación de una ley contundente de reforma de los sistemas sociales. Más allá de la voluntad política, lo que hace falta en el Paraguay es un compromiso amplio e interdisciplinario de gestión en favor de la implementación de un sistema tan efectivo como compartido de protección social.

Igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, en el Paraguay se observa tradicionalmente un peso predominante de los representantes de las profesiones médicas en el Ministerio y en todas las áreas del sector de salud. Sin embargo, los retos que se presentan actualmente en salud resultan ser mucho más complejas que en años anteriores y exigen respuestas multidisciplinarias en las que participen no sólo médicos, enfermeros, farmacéuticos, dentistas y epidemiólogos sino también sociólogos, economistas, expertos en gestión, pedagogos, politólogos, psicólogos, antropólogos, abogados y otros expertos. Para enfrentar los desafíos actuales no sólo del sector salud, sino también en las otras áreas de la protección social, se nece-



sita una preparación más interdisciplinaria y adaptada a las exigencias nuevas. Para tal efecto, habría que crear una academia de salud pública “nueva” (new public health)⁶⁸ que abarque las áreas de investigación y docencia; es recomendable establecer una tal institución dentro de una universidad importante del país, pero en todo caso de una forma que garantice la mayor independencia de las facultades médicas. Hay buenas razones de implementar el enfoque multidisciplinario a través de una facultad propia, con vínculos a las ciencias sociales y de gestión, bajo un concepto de “ciencias de salud” (Laaser 2002, pp. 3, 14, 15).

Muchos expertos coinciden en hacer hincapié en la importancia primordial de la educación y la formación de la población. Existe una estrecha relación no sólo entre la morbi-mortalidad y la escolaridad de las personas, sino también entre ésta y la cobertura de los sistemas de seguridad social. Por una parte, una mejor educación y formación profesional de las personas aumenta sus perspectivas de conseguir un trabajo mejor remunerado y de ubicarse en el sector formal de la economía, dos factores claves para la afiliación a un seguro jubilatorio o médico. Por otra parte, la educación abre perspectivas de mejorar el acceso a información sobre el funcionamiento, los principios y las ventajas de la protección social (Jiménez, Cuadros 2003, pp. 12, 18).⁶⁹ Aún cuando en el camino para ampliar la cobertura influyen el desarrollo económico, la situación del IPS y del MSPyBS y el grado de estructuración del empleo, todo depende a la vez de una política de mediano y largo plazo de incrementar los niveles de escolaridad de la población (ibid., p. 14).

En términos generales, la población paraguaya carece de información respecto de los beneficios del sistema de seguridad social y de las potencialidades de una protección social de carácter universal, solidario y eficiente. Mejorar la información sobre el tema y los debates al respecto permite una mayor credibilidad frente a los sistemas de previsión y su capacidad de cumplir las expectativas creadas. No basta con divulgar la información a través de los medios de comunicación, sino hay que incorporar el tema en el sistema educativo del país y establecer mecanismos permanentes y estrategias de información que tomen en consideración la mentalidad, la cultura y otros antecedentes de la población (vea Jiménez, Cuadros 2003, pp. 18/19).

Frente a la notoria inmovilidad en el asunto y el continuo empobrecimiento cuantitativo y cualitativo de la protección social en el país, el presente documento ofrece un catálogo de medidas que se podrían tomar dentro y fuera de los sistemas existentes de seguridad social. Las propuestas de tipo técnico-administrativo se complementan por una serie de conceptos estratégicos multisectoriales que deberían acompañar todo proceso de reforma de la seguridad social desde un principio y que van dirigidos a la sustentación sistémica del proceso, a la capacitación y concientización de los ciudadanos así como a un cambio de la mentalidad políti-

⁶⁸ En América Latina se sigue usando un concepto de “salud pública” diferente de lo que se entiende a nivel internacional como “public health”. Mientras que en la mayoría de los países latinoamericanos el término suele referirse al sector público de salud respecto de las funciones sanitarias clásicas de las poblaciones, en América del Norte y Europa el concepto de “public health” – en muchos casos sustituido ya por la noción “health sciences” (ciencias de la salud) – se refiere a un enfoque multi- e interdisciplinario más amplio. Las universidades y centros de investigación en el subcontinente no han seguido la tendencia internacional de enfocar de forma sistemática las implicancias sociales, interpersonales y políticas que las condiciones de vida, los niveles del capital social, la ayuda mutua y otras características de las sociedades tienen en la salud de los individuos, deficiencia que se refleja también en las publicaciones científicas de la región (Pellegrini 2000, p. 346). Respecto del concepto „moderno“ de salud pública (new public health) ver en el CD adjunto: Laaser, Ulrich (2002). The Institutionalization of Public Health Training and the Health Sciences (La institucionalización de la formación en salud pública y las ciencias de salud). Public Health Reviews 30/1-4, 71-95.

⁶⁹ La interrelación que existe entre pobreza, educación y afiliación a un sistema de seguridad social la demuestra M. Caballeros G. para el sector informal urbano en su análisis de la situación de las microempresas urbanas (Caballeros 2002).



ca y social. La sociedad paraguaya está enfrentando el gran reto de crear, implementar y desarrollar una cultura de previsión.

Generalmente, las personas y las comunidades pobres tienen poca participación en la toma de decisiones respecto de los procesos que afectan su propia vida. En el Paraguay, la sociedad civil no ha acumulado suficiente fuerza para reclamar sus derechos y presentar sus necesidades en el área de la protección social. Sin embargo, hay evidencia de que la participación de las comunidades y la posesión de los servicios de atención pueden contribuir al aumento de la utilización, mejorar la satisfacción y los conocimientos de los pacientes y reforzar las capacidades de las comunidades. Igualmente, la participación activa de las comunidades puede ser una herramienta efectiva para mejorar el funcionamiento y estrechar los vínculos con los proveedores en las zonas más remotas y marginadas (OECD 2002, p. 41).

Frente a la potencialidad de una incipiente recuperación de la decaída producción y mercantilización tanto en la economía informal urbana como, sobre todo, en el área rural del Paraguay parece ser un momento conveniente para fomentar y fundamentar la creación de estructuras de protección social de las personas las cuales puedan en el futuro ayudar a amortiguar el impacto de una crisis y fortalecer la posición de la población frente a los vaivenes de la demanda interna, del medio ambiente y del comercio internacional, condición importante para prevenir y mitigar la pobreza en el país.⁷⁰

6.2. Perspectivas conjuntas en los sectores jubilaciones y salud

Para conseguir una cobertura amplia de los sistemas de seguridad social es imprescindible lograr la aceptación por parte de los usuarios y hacer que perciban una correspondencia directa entre sus aportes y los beneficios. Por una parte, ello tiene estrecha relación con el grado de confiabilidad del sistema de seguridad. Como en muchos países del subcontinente, en el Paraguay la obligatoriedad del pago de las cotizaciones contrasta con la incertidumbre en cuanto a recibir los beneficios en su plenitud (Jiménez, Cuadros 2003, p. 10). Por otra parte, tanto en jubilaciones como en el área salud, es fundamental implementar sistemas que ofrezcan la oportunidad de conseguir beneficios personales y propios a costa de un aporte razonable. Mientras el trabajador cotizante siente el costo de aportar al sistema mayor que los provechos que pueda sacar, existen pocos incentivos para que participe voluntariamente (ibid., p. 9).

En este contexto hay que tener en cuenta que la protección contra eventos sanitarios tiene importancia durante toda la vida, mientras las prestaciones jubilatorias se limitan en la mayoría de los casos a la tercera edad. Desde un punto de vista sistémico y en favor de las posibilidades de extensión de la cobertura no se debe separar la relación entre la afiliación al régimen de pensiones y de salud (vea Conte-Grand, Spataro 1999, p. 5). El rediseño del sistema de protección social debe orientarse especialmente a la satisfacción conjunta de las necesidades previsionales básicas, en particular respecto de las emergencias de salud las cuales deberían atenderse universal y automáticamente y de las jubilaciones que tendrían un carácter asistencialista (Jiménez, Cuadros 2003, p. 14).

⁷⁰ En esta situación, el actual proceso de reforma de los sistemas de protección social presenta una serie de retos específicos y alentadores para la cooperación técnica europea/alemana que se derivan por una parte de la amplia experiencia histórica cuya revisión se justifica frente al desarrollo actual en el Paraguay y por otra del enfoque multisectorial que parece ser el más adecuado para enfrentar un tema tan complejo. El apoyo mutuo y la solidaridad son pilares decisivos para la estabilidad tanto económica como social, lo cual se materializa través de la generación de recursos y de la redistribución. Los mecanismos sociales contribuyen a la mitigación de la pobreza, a una sociedad más justa y equitativa, a la seguridad, a la armonía y a la cohesión social.



Los sistemas de capitalización individual parecen lograr un mayor vínculo entre cotización y beneficio y prometen un notorio aumento de los niveles de cobertura. Sin embargo, ello no significa necesariamente que el número de contribuyentes efectivos se haya incrementado, dado que una buena parte contribuye esporádicamente y en algunos países la relación de cotizantes a beneficiarios incluso ha descendido (Jiménez, Cuadros 2003, p. 20). En lo que se refiere al sector salud, en ningún país de América Latina la privatización ha alcanzado el mismo nivel que la privatización de las pensiones.⁷¹ Existe cada vez más evidencia de los problemas de sustentabilidad del sector asegurador privado, y tampoco la implementación o el fomento de aseguradoras privadas han contribuido a una ampliación sustentable de la cobertura (Holst 2002, pp. 6, 8).

Para universalizar el sistema de seguridad social a través de la incorporación de importantes sectores de la sociedad que hoy en día están sin protección alguna, es menester rediseñar los sistemas previsionales para adaptarlos a las condiciones y características de los grupos excluidos. Para ello, hay que bajar los desincentivos de participar en los sistemas reduciendo los costos alternativos, los altos gastos administrativos, el carácter irrevocable de las contribuciones y la falta de flexibilidad y la rigidez de los fondos previsionales (Jiménez, Cuadros 2003, pp. 12-15). En lo que se refiere al sector salud, la efectividad y aceptación de los sistemas de seguro médico – sea seguro social o un esquema más informal – se logra aumentar enfrentando las opciones de actitud oportunista evidenciada por parte de los grupos excluidos al acceder a otros prestadores (públicos) como indigentes y exentos de cualquier pago (ILO/PAHO 1999, p. 20).

6.3. Mecanismos de mercado: Dosis y control adecuados

En los últimos años, las entidades de medicina pre-paga, los aseguradores privados de salud en el Paraguay, están enfrentando una fuerte crisis y una continua desafiliación de su población atendida. Según una investigación de mercado realizada por las mismas empresas, han perdido entre un 10 % a un 15 % de su cartera debido a la incapacidad económica de sus afiliados (CIMAP 2000, p. 2.). En términos sistémicos preocupa particularmente la imposibilidad actual de los seguros médicos privados de cubrir los eventos de salud de alta complejidad y baja frecuencia, los que suelen dar origen a catástrofes financieras y representar por lo tanto los eventos esencialmente asegurables. Sin embargo, la infraestructura privada está orientada a la resolución de diagnósticos no complejos, lo que obliga a sus usuarios a recurrir a la infraestructura del IPS o del MSPyBS para resolver las patologías más complejas. Esto abre una interrogante respecto de la capacidad del sector privado para transformarse, al menos en el mediano plazo, en una auténtica oferta integral. Un elemento importante en la configuración del sistema de seguros privados de salud actual que privilegia la cobertura de eventos no complejos, es lo pequeño del mercado, lo que lleva a que los precios de los servicios de mayor complejidad resulten muy altos para ser incorporados a los planes de salud de las prepagas.

Por una parte, la libertad de elección representa una condición imprescindible para introducir mecanismos de competencia en función de optimizar la asignación de recursos. Por otra parte, la competencia debe ser ventajosa para los participantes o, por lo menos, para uno de los participantes del mercado. No hay evidencia de que sea así, y encuestas realizadas en Chile indican que los usuarios del sistema de salud en Chile tienen otras prioridades encima de la libertad de elección, vale decir la extensión y amplitud de la cobertura de prestaciones (Holst 2002, p. 18; Fundación Salud y Futuro 1999 s.p.).

⁷¹ En Chile, después de 22 años de la reforma sectorial, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), los seguros privados creados en 1981, brindan cobertura a un 18 % de la población del país, habiendo alcanzado su auge en 1997 con una cobertura de un 27 % de los chilenos (Holst 2002, p. 7).



En el caso de que la reforma del sector salud, independientemente del reducido impacto de las prepagas en la actualidad, pretenda a fomentar el sistema de seguros privados de salud, tendrían que definirse una serie de requisitos y condiciones que parecen recomendables para no repetir las lecciones negativas de otros países (Valenzuela, Bitrán 2002, pp. 27/28):

- Fortalecimiento de la capacidad reguladora del ente rector público con énfasis en la regulación del componente privado del sector, sin descuidar la fiscalización y control del componente público.
- Introducción de elementos que promuevan la competencia en el sector, particularmente en la provisión pública, tendientes a una entrega de servicios más eficiente.
- Definición un plan de salud obligatorio para toda la población y todos los esquemas de seguro médico del país.
- Creación un marco legal adecuado para cualquier sistema en que el aseguramiento privado juegue un papel.
- Implementación y fortalecimiento de entidades reguladoras competentes (sobre todo la Superintendencia de Salud como entidad clave en la fiscalización y control de los aseguradores y proveedores de servicios; MSPyBS en su rol normativo y de dirección del sistema en su conjunto).
- Introducción de elementos de solidaridad concretos en el modelo, para abordar el financiamiento de las poblaciones de mayor riesgo (mujeres en edad fértil, personas de tercera edad, enfermos crónicos) y/o de más bajos ingresos, de forma equitativa, al menos, en términos de acceso a los beneficios.

6.4. Propuestas para la implementación de un sistema amplio de protección social

6.4.1. Solvencia económica

Como reto primordial y de corto a mediano plazo, cualquier reforma del sector protección social debe pretender asegurar la solvencia sustentable de los fondos tanto jubilatorios como de salud, incluyendo el IPS y la Caja Fiscal como mayores entes de seguridad social existentes en el Paraguay. Es obvio que las medidas al respecto deben ir más allá de la reducción de la corrupción al interior de los organismos del sector público, de la superación de las millonarias pérdidas en entidades financieras quebradas y del despilfarro de los recursos públicos aportados por trabajadores, empleados, patronos y el Estado. El análisis financiero de los sistemas de protección social muestra que es imprescindible mejorar la captación de contribuciones mediante la implementación de estrategias complementarias para combatir la evasión contributiva y captar otros sectores sociales actualmente excluidos del sistema. Al mismo tiempo, hay que optimizar la administración y la gestión de los fondos de forma transparente y responsable para evitar pérdidas pecuniarias a costa de los beneficiarios. Los esfuerzos al interior de los sistemas de seguridad social tendrían que complementarse por instancias de control independientes y mecanismos efectivos de supervisión. En el caso específico del IPS, conviene intentar de eliminar los subsidios cruzados entre los fondos de pensiones y el programa de salud aplicando una adecuada separación administrativa de los recursos. Sin embargo, ello no debería llevar a separar los mecanismos de afiliación entre uno y otro régimen. Una estrategia común jugará en favor de las opciones de extensión de la cobertura lo que debería ser el objetivo principal de la reforma de la seguridad social (Conte-Grand, Spataro 1999, p. 5).

En términos más generales, parece fundamental para toda reforma de la protección social en el Paraguay incrementar significativamente el financiamiento público en el sector. Es imprescindible que el Gobierno muestre mayor decisión política y, sobre todo, financiera frente a los grandes retos sociales y socioeconómicos para abrir un camino hacia la protección sustentable de las personas. A diferencia de otras formas de financiación, el gasto público en salud y pro-



tección social actúa de manera más progresiva beneficiando particularmente las capas de menores ingresos. Sin el decidido compromiso del gobierno central, departamental y local, contra la desprotección de los ciudadanos, el Paraguay corre el riesgo de quedarse al margen o incluso fuera de la lucha global por la superación de la pobreza y su reducción a la mitad hasta el año 2015.

6.4.2. Depuración del seguro social

Otro elemento útil para mejorar el funcionamiento y la sustentabilidad de los seguros sociales sería la adopción de un plan de protección o seguro colectivo financiado por parte de los patrones. Este sistema debería contemplar cobertura para la promoción de la salud ocupacional y la prevención de riesgos, para la curación y reparación de los daños, y para la rehabilitación y reeducación del accidentado. Los empleadores estarían obligados a reasegurarse como empresa a una aseguradora e incorporar a ella a todos sus trabajadores (vea Aedo, Sapelli 1998, pp. 57/58). La separación organizativa del complejo de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del paquete de jubilaciones y de los seguros de salud aumentaría la capacidad financiera de los sistemas de seguridad social. En el caso de los trabajadores dependientes este plan será financiado por los empleadores a través de cotizaciones adaptadas al riesgo laboral de su personal. Para los trabajadores independientes o por cuenta propia, la cotización el financiamiento de un tal seguro correría a su cargo.

La creación de un seguro de trabajo y profesional independiente tendría ventajas adicionales debido a la consiguiente disminución de los gastos de los fondos jubilatorios y sanitarias existentes puesto que crearía incentivos para implementar medidas de prevención, precaución y salud ocupacional en los lugares de trabajo. Como obstáculos se prevén la esperada resistencia por parte del empresariado y la carga adicional que significaría para el sector informal y los trabajadores independientes. Para evitar que la implementación del seguro de trabajo dificulte la universalización de la protección social, será imprescindible acompañarla con opciones de subsidios para los sectores no formalizados. Un tal sistema de apoyo debería incentivar la demanda del seguro profesional y enfrentar la incapacidad de pago de los de menores ingresos.

6.4.3. Coordinación, portabilidad y redistribución

Un desafío particular es la necesidad de mejorar la coordinación de los distintos regímenes en función de la implementación de una portabilidad efectiva de los derechos y servicios adquiridos. La falta de coordinación entre los distintos regímenes y la ausencia de reciprocidad tienen efectos negativos en la movilidad laboral. Es menester reunir bajo un mismo caso - el afiliado concreto - la totalidad de las actividades, servicios y desempeños que ejerce durante la vida y sus respectivas aportaciones para facilitar el acceso a la cobertura. Para superar la desventaja "biológica" de las mujeres, habría que implementar un mecanismo para compensar la discontinuidad en el pago de las cotizaciones durante los períodos de actividades domésticas en función de la crianza de los niños, sea mediante el reconocimiento de los respectivos períodos como tiempos de contribución determinada, sea en forma de un crédito en años cotizados para las mujeres que cuidan a niños o ancianos, sea a través de un subsidio estatal correspondiente al aporte anterior durante los tiempos de inactividad profesional.

Esta problemática es abordada hasta hoy con despreocupación aunque la reciprocidad de trato representa para el Paraguay una obligación de derecho internacional, y la superación de su ausencia no requiere esfuerzos extremos. Es perfectamente captable si se observan las normas referidas a la "devolución de aportes" para quien abandona o cesa sus labores, y también respecto de las facilidades para "continuar" o "permanecer" aportando al ente aún después de



desvincularse de un empleo. Frente al impacto de fluctuaciones macroeconómicas que se expresa en la tasa de desempleo parecería altamente interesante establecer un sistema de seguro de desocupación para proveer a los trabajadores de un ingreso en una fase de crisis y asegurar la continuación de las contribuciones a los dos pilares de la seguridad social establecidos (Jiménez, Cuadros 2003, p. 17).

Desde el punto de vista sistémico, tanto la diversidad de los niveles de prestaciones pecuniaras como la variedad en materia de las regulaciones y normativas son indicativas de una heterogeneidad difícilmente sustentable. Además, en cuanto a la invalidez y pensión, dos contingencias asociadas directamente con los objetivos primarios de la seguridad social, es notoria la diferencia del encuadramiento jurídico según la longevidad de las normas y la ausencia de adaptación a nuevas realidades que las propias necesidades de la sociedad impone. Estos obstáculos impiden armonizar la vigencia actualizada de los programas de protección a las contingencias sociales. Sin embargo, la armonización no es la única forma para introducir la portabilidad de los derechos adquiridos en distintas fases de la vida laboral de las personas.⁷² Portabilidad no significa uniformidad, sino el establecimiento de regulaciones para definir, normatizar y controlar la transferencia de los haberes a otra caja jubilatoria en caso que una persona se cambia del trabajo o afiliación (vea Weber et al. 2002, p. 35). El reto está en buscar caminos para lograr compatibilizar los distintos esquemas en cuanto a la relación que existe entre los aportes y los beneficios de los usuarios.

En cualquier proyecto de reforma de los sistemas de protección se debería evitar poner en peligro los elementos del principio solidario que se han establecido y que siguen funcionando. No hay que subestimar los efectos redistributivos que los esquemas existentes en el Paraguay han conseguido tanto al interior de la cohorte de afiliados como entre grupos de obreros de diferentes niveles de ingreso, entre áreas urbanas y rurales así como entre diferentes regiones geográficas o políticas. Sin duda, las perspectivas de una redistribución solidaria del futuro sistema de protección social en el país se mejorarán si se abren caminos hacia una cobertura más completa de la población.

Los mecanismos de solidaridad promueven una sociedad más justa y equitativa y ayudan a mitigar las brechas sociales y la pobreza. Especialmente aquellos implementados en los sistemas de protección social, contribuyen a la estabilización de la demanda, al crecimiento del mercado interno y a la formación de capital. De este modo, la solidaridad es el primer paso hacia la estabilidad socioeconómica, la cual se puede considerar como un bien público. No sólo beneficia a los sectores que precisan solidaridad y ayuda, sino tiene efectos positivos sobre los “pagadores netos” y sobre la sociedad en general, lo se puede dar por dos vías. Por un lado, un día los “pagadores netos” también se pueden convertir en beneficiarios, y por otro lado los que gozan de una cómoda situación económica, se benefician de un entorno estable y apacible que no amenaza su estilo de vida ni la coherencia de la sociedad (Weber et al. 2002, p. 28).⁷³

⁷² El concepto europeo de la portabilidad, que no depende de la cotización a fondos individuales sino se da también en los sistemas de reparto, se refiere a la capacidad de mantener vigentes todos los derechos y haberes adquiridos en una determinada fase o un determinado lugar sin correr el riesgo de perder los aportes realizados. No sólo se aplica a los beneficiarios, sino también a los prestadores de los servicios de salud y, en menor grado, de los fondos de jubilaciones y pensiones (Weber et al. 2002, p. 35).

⁷³ En el Paraguay, esta situación se puede observar en el caso de las Colonias Mennonitas, Colonias Unidas, Fram y otros.



6.4.4. Exclusión y cobertura

En el Paraguay el desafío fundamental es el de ofrecer cobertura de salud y de jubilación a todos los ciudadanos del país. En teoría, el sector público de salud en el Paraguay viene aplicando la accesibilidad universal con tratamiento gratuito de los indigentes. Sin embargo, el carácter universal de la prestación no existe sino en el papel, y un porcentaje importante de la población carece de toda clase de atención de salud. Las perspectivas de ampliación espontánea de la cobertura para estos segmentos no son muy favorables tanto para regímenes públicos como privados, por lo que su inclusión no se conseguirá sin una acción pública deliberada en base al reconocimiento de sus factores específicos para desarrollar la cobertura hacia una futura universalidad de la protección social. Los países de la región aplican distintas modalidades de aseguramiento tanto público como privado, y en todos los casos es el Estado quien asume la responsabilidad principal para atender a la población excluida, focalizando en los grupos más vulnerables de la sociedad (Madies, Chiarvetti, Chorny 2000, pp. 40/41; ver también Carrizosa 1996, p.78).⁷⁴

En este contexto, los fondos de ahorro y préstamo en el sector rural, parecen representar un instrumento viable. Al mismo tiempo, son importantes las formas de seguridad social que protegen la propiedad privada, ya que de esa propiedad depende, en gran parte, la previsión para la vejez. En todo caso, la formalización de los esquemas existentes y la introducción de la obligatoriedad de los mismos representan pasos decisivos para que los pequeños sistemas voluntarios e informales se conviertan en puntos de partido para un incremento sucesivo de la cobertura y la inclusión de otros sectores de la población (Bärnighausen 2002, p. 1560). Es igualmente importante implementar y aplicar una regulación unitaria de todo el sector de la protección social para evitar desniveles, inequidades y selecciones ineficientes. En el caso del Paraguay, en una primera fase parece legítimo concentrar los esfuerzos a la cobertura del primer nivel de la atención de salud abriendo el acceso a toda la población (Carrizosa 1996, p. 76), pero siempre evaluando las perspectivas de mediano plazo para conseguir la universalidad respecto de otros elementos de la protección social.

En vista de este objetivo, no se deben menospreciar los efectos que pueden conseguirse a través de la redistribución de ingresos entre grupos de diferentes niveles socioeconómicos y condiciones de vida. Las perspectivas mejoran en la medida que previamente se abran caminos hacia una cobertura más completa de la población (Titelman, Uthoff, Jiménez 2000, p. 116). En función de una evolución de crecimiento económico en paz social parece imprescindible fomentar la universalización de la protección social mediante la ampliación de la cobertura hacia el sector informal. Este largo, complejo y muchas veces difícil camino debería emprenderse con decisión y voluntad política a través de la adaptación de las condiciones, pero paso a paso y de acuerdo a los consensos que se logren establecer entre los distintos grupos involucrados.

Como en la mayoría de los países en vías de desarrollo, en el Paraguay existe un gran número de leyes, decretos y otras disposiciones legales que incrementan la extralegalidad y obstaculizan la formalización de las relaciones laborales y de la protección social de una proporción importante de la población (de Soto 2002, pp. 36, 41, 107, 189). La experiencia histórica de Alemania hace suponer que el papel que juega el Gobierno central es crucial en la implemen-

⁷⁴ Conviene hacer hincapié en el hecho de que todo programa de focalización traen elevados costos administrativos y políticos y tienden a estigmatizar a los individuos o grupos objetivo. Normalmente se aplican los siguientes mecanismos de focalización: autoevaluación individual de necesidad, indicadores de grupo como *proxy* de la necesidad, auto-focalización y focalización basada en comunidades. A nivel internacional no hay evidencia que permitan evaluar el costo administrativo y político frente a los efectos positivos en la eficiencia, equidad y justicia social (Devereux 2002, pp. 3-7, 29).



tación y ampliación de los sistemas de seguridad social (Bärnighausen 2002, p. 1564).⁷⁵ Es imprescindible derogar obstáculos burocráticos y legalistas y adaptar las disposiciones a los desafíos actuales a fin de implementar un marco legal adecuado que permita superar las ineficiencias institucionales que impiden la cobertura universal de la población.

Otro paso importante es la extensión de los seguros sociales que existen en el país para facilitar la afiliación de sectores que han estado tradicionalmente excluidos. Al mismo tiempo, hay que apoyar y fomentar los otros esquemas de aseguramiento que se están creando e implementando en determinadas regiones u organizaciones. La universalidad de la cobertura de los sistemas de protección social se puede conseguir a través del principio regional,⁷⁶ del principio personal⁷⁷ o del principio del lugar de trabajo.⁷⁸ Estos procesos, sin embargo, pueden traer una serie de problemas que hay que tomar en cuenta para evitar altos costos sociales y una resistencia demasiado fuerte por parte de algunos sectores. Durante la ampliación de la cobertura formal y la implementación de mecanismos alternativos de seguridad social, puede resultar un incremento de la inequidad debido a la postergación de los grupos excluidos, y a los afiliados actuales de los sistemas puede costar aceptar la incorporación de otros beneficiarios. Además, es muy complicado evitar un efecto negativo en el acceso de los no asegurados dado el drenaje de recursos a favor de los asegurados y los subsidios cruzados del sector público hacia los seguros sociales (Bärnighausen 2002, p. 1567).

Por razones pragmáticas y de factibilidad, el empeño de ampliar la cobertura de los sistemas de protección social existentes en el país deben dirigirse en primer lugar hacia el sector informal urbano. Para ello, es menester emprender una estrategia multisectorial e interdisciplinaria para frenar la creciente informalización del trabajo. Una tal acción concertada sobrepasa claramente los límites y la capacidad resolutoria del sector pensiones y salud y requiere una iniciativa compartida con la participación del gobierno a nivel nacional, departamental y local, del empresariado, de los sindicatos y de otros entes sociales. Parece recomendable pensar en un sistema relativamente flexible. No obstante, también es aconsejable exigir cierta regularidad de los aportes para generar cierta disciplina financiera y una cultura de previsión, aunque sea mínima. Por esto, la flexibilidad debería prever más los posibles retiros y préstamos que los aportes.

Gran parte de los obstáculos con los cuales el sector informal tropieza al intentar de formalizarse se deriva de las altas barreras de acceso al mercado y a la sociedad formales. El reconocido autor peruano Hernando de Soto, describiendo el reto que existe para todos los gobernantes de los países en vías de desarrollo, refleja también la realidad paraguaya: “El grueso de la iniciativa empresarial en los países del Tercer Mundo se encuentra entre los recolectores de basura, los fabricantes de artefactos y las compañías de construcción ilegales ubicadas en el otro extremo de la sociedad. La única disyuntiva real de los gobiernos de esos países es incorporar esos recursos económicos a un marco legal ordenado y coherente, ...” (de Soto 2002, p. 48).

⁷⁵ Se estima que en la fase inicial del sistema de seguridad social en Alemania se logró duplicar la cobertura de los seguros de salud de 5 a 10 % de la población sólo a base de los cambios de la legislación del sector que Bismarck impuso en 1883 (Bärnighausen 2002, p. 1564).

⁷⁶ Un esquema de seguro se implementa primero en una determinada región, normalmente de mayor grado de desarrollo, y se extiende de allí gradualmente a las zonas menos desarrolladas.

⁷⁷ La ampliación a nivel personal se refiere a la incorporación de nuevos individuos o grupos de individuos en un sistema existente y se puede dar de dos formas: horizontalmente a través del acceso de los ciudadanos al mercado laboral y el aumento de la ocupación formal, y verticalmente como consecuencia del incremento de ingreso.

⁷⁸ En el caso paraguayo, antes de concentrarse en la afiliación de otros grupos laborales o gremiales hay que pensar en la importancia de combatir la evasión y elusión del IPS. De forma horizontal, el principio del lugar de trabajo se refiere a la inclusión de otros sectores económicos (empleadas domésticas, taxistas, microempresarios, campesinos etc.), y de forma vertical se da a través del aumento del tamaño de las empresas y la consecuente formalización de las mismas.



7. Síntesis de medidas necesarias y recomendaciones

El compromiso del Gobierno central y la actitud decidida de los poderes públicos son cruciales para crear un sistema de protección social que sea amplio y equitativo, o hasta universal y solidario. Este empeño concertado debe enfocar una serie de condiciones tanto en el marco legal como en el ámbito político-institucional que obstaculizan e impiden la implementación de una protección social adecuada a las necesidades reales de la gente. En este contexto se consideran esenciales, por una parte, una sólida base económica y financiera, una administración independiente, rigurosa y transparente de los recursos así como un estricto control y monitoreo de balances y proyecciones. Y por otra parte, hay que identificar y enfrentar los mecanismos, los reglamentos y las prácticas que impiden la implementación de una política social que tenga un efecto palpable en la población del país. Antes de entrar en el debate de las recomendaciones y propuestas más concretas, vale destacar la importancia de un primer enfoque analítico fundamental que resume los desafíos que existen en el ámbito político-institucional como precondiciones de toda medida concreta:

1. Adaptar las disposiciones a los desafíos actuales
2. Derogar obstáculos burocráticos y legalistas
3. Combatir efectivamente las ineficiencias institucionalizadas
4. Ampliar la cobertura de los seguros sociales formales
5. Formalizar los esquemas (semi-)informales existentes
6. Permitir e incentivar la creación de esquemas alternativos

Desagregando los retos existentes por nivel organizacional, institucional, social y conceptual, eso significa más específicamente una serie de medidas que se presentan de forma sintetizada en las siguientes páginas.

Medidas al interior de los esquemas existentes

Financiación/administración:

- Aumentar la base de sustentación económica de los sistemas existentes de seguridad social:
 - Incrementar el presupuesto social de los gobiernos central, departamental y municipal
 - Establecer un sistema continuo de cruzar informaciones con Hacienda para bajar la alta tasa de evasión y elusión en el IPS y otros esquemas
- Mejorar el rendimiento de los recursos e incrementar la eficiencia del MSPyBS y del IPS
- Separar las funciones de seguro médico y jubilatorio dentro del IPS y garantizar la equivalencia de contribuciones
- Estudiar detalladamente y por separado el funcionamiento administrativo, organizativo y financiero del seguro de salud y de la Caja jubilatoria del IPS
- Implementar gradualmente un sistema de control, rendición de cuentas y monitoreo al interior del IPS
- Evolucionar la conexión de prestadores del MSPyBS y del IPS para incrementar y mejorar la cobertura geográfica de la atención de salud
- Ampliar la cobertura del servicio doméstico a todo el terreno nacional



- Fomentar la apertura de los sistemas establecidos a otros grupos de la sociedad (MSPyBS, IPS, Sanidad Militar, Sanidad Policial)
- Permitir la implementación de relaciones administrativas y financieras entre éstos y los diversos esquemas de seguro que se crean o existen en el país
- Crear un marco legal que permita establecer vínculos contractuales entre los distintos prestadores y los sistemas de aseguramiento de salud

Medidas fuera de los esquemas existentes

- Una condición imprescindible de cada intento serio de mejorar la cobertura de la población y la calidad de las prestaciones otorgadas es un incremento palpable del financiamiento público en el área social. Hay evidencia de que el gasto público en salud y protección social actúa de manera progresiva beneficiando particularmente las capas de menores ingresos (Rodríguez, Tokmann 2000, p. 15).
- Buscar la implementación de sistemas que ofrezcan la oportunidad de conseguir beneficios personales y propios a costa de un aporte razonable
- Identificar, apoyar, asesorar y regular los esquemas aseguradores que existen a lo largo del país, sean:
 - Seguros regionales/locales
 - Seguros de empresa/rama industrial
 - Microseguros
 - Fondos/seguros de cooperativas
- Estudiar las condiciones socioeconómicas, psicosociales, étnicas y antropológicas de los sectores informal y sobre todo rural
- Profundizar la base de datos acerca de las necesidades epidemiológicas de la población actualmente marginalizada
- Fomentar el intercambio de experiencia y experticia tanto a nivel nacional como internacional y hacer disponibles las “lecciones aprendidas” a fin de evitar la repetición de los errores, para aprovechar de las prácticas exitosas (“best practice”) y racionalizar el empeño respecto de la reforma sectorial
- Estudiar los requisitos para abrir los esquemas existentes hacia los sectores informal y rural y diseñar estrategias para la incorporación sucesiva de aquellos grupos
 - Igual que en otros países, en el Paraguay se observa una continua fuga del campo a las ciudades. Sería cínico postergar la solución de la grave y preocupante situación de protección de la población rural hasta la extinción de aquella especie. Al contrario, para frenar el continuo éxodo de los campesinos a las ciudades y el incremento de la población marginal en los suburbios es urgente establecer mecanismos de financiamiento no sólo para prevenir los gastos de salud sino también la pérdida de ingresos debida a la avanzada edad.
 - Toda reforma de la protección social en el país tiene que tener en cuenta un criterio fundamental: Los hogares de bajo nivel de ingresos tienen necesidades inmediatas que atender que les impiden toda capacidad de ahorro para el futuro (Conte-Grand, Spataro 1999, p. 5). Frente a esta situación poco pueden lograr los esfuerzos para explicar la importancia de ahorrar para el momento en que la gente ya no cuenta con ingresos. Hasta la fecha, la “protección social” en el



área rural se limita a estrategias informales y, por lo tanto, altamente inestables.⁷⁹

- Focalizar los recursos a las patologías de mayor impacto epidemiológico: Las mortalidades materna e infantil siguen superando ampliamente el promedio de América Latina.⁸⁰
- Creación e implementación de esquemas aseguradores: Hay vastas experiencias que demuestran que la implementación de seguros de salud de carácter social es una manera factible de organizar el sector salud y un paso decisivo para solucionar los actuales problemas. Los seguros médicos facilitan el acceso a los servicios de salud en el momento de necesidad y ayudan a mitigar y superar la pobreza y a promover la cohesión social y la equidad.
- Estudiar todas las posibilidades de conexión de los distintos esquemas aseguradores y los sistemas prestadores de salud en función de superar la desprotección de ingentes sectores de la población:
 - Establecer convenios entre distintos esquemas aseguradores para la contratación de prestadores, la complementación de servicios etc.
 - Mejorar la gestión de conocimientos y experiencias para interconectar los esfuerzos conceptuales y los diseños programáticos
 - Implementar posibles conexiones entre los distintos subsistemas para dar abasto a la demanda no satisfecha y aumentar la utilización de establecimientos prestadores para la atención de determinados grupos sociales) mejorando el uso de recursos subutilizados (v.g. CPT (Confederación Paraguaya de Trabajadores) – FFAA (Fuerzas Armadas))
 - Establecer áreas piloto para aplicar, probar y evaluar formas alternativas de prevención y promoción, de afiliación y recaudación de cotizaciones, de remuneración de prestadores y de autonomía financiera
- Estudiar las opciones de focalizar los recursos y los esfuerzos del sector público en los grupos más necesitados y las áreas más desprotegidas, evitando incentivos no deseados y la marginalización de otras personas

Medidas referentes a los esquemas adicionales

- Identificar y analizar los sistemas de fondos de jubilaciones y pensiones y los seguros de salud que existen en la actualidad al margen de las Cajas reguladas y del IPS
- Aplicar las modificaciones adecuadas a la legislación vigente y crear los requisitos para aumentar la cobertura de la población y mejorar el estado de protección social

⁷⁹ La manutención de la rendición de la propia entidad productiva, la ayuda por parte de una familia extendida, el clientelismo como la satisfacción de algunas necesidades de corto plazo durante los períodos preelectorales o la migración dentro y sobre todo fuera del país.

⁸⁰ En muchos casos se pretende fomentar la demanda de las prestaciones vinculadas a las patologías de mayor impacto individual y colectivo a través de la subvención de los costos de los respectivos servicios, de las tarifas al usuario (user fees) o del presupuesto global del proveedor. En un sector público basado en presupuestos históricos, tan poco regulado y carente de los criterios mínimos de contabilidad como el paraguayano una tal estrategia crearía fácilmente incentivos no deseados y tendería a mantener su baja calidad de atención. Por otra parte, existe la posibilidad de incentivar la demanda por servicios de aseguramiento mediante la subsidiación de las prestaciones médico-salubristas más adecuadas para combatir aquellas patologías. Sin embargo, ello también exige la implementación y el funcionamiento básico de un sistema de costeo y pago a los proveedores para que se desarrollen los efectos deseados.



- Concretizar las disposiciones legales previstas en la Ley 1032 respecto de los fondos propios de los prestadores
 - Implementar una mayor independencia y flexibilización de los prestadores de salud en términos de contratación, pago a prestadores, mecanismos de monitoreo, gestión de calidad etc.
 - Crear un sistema relativamente flexible, sobre todo en los posibles retiros y préstamos, pero con cierta regularidad de los aportes, con disciplina financiera y cultura de previsión.
 - Frente a los problemas generales de ingobernabilidad, corrupción y escasez de control parece recomendable mantener o asegurar la mayor independencia organizadora y administrativa posible de los organismos sociales para que éstos puedan implementar y desarrollar sus programas de apoyo mutuo y aseguramiento sin interferencia de intereses de tipo político, partidista etc.
 - Asegurar la representación de las organizaciones especializadas del área salud, particularmente del movimiento cooperativo, en el MSPyBS para optimizar la vinculación de las medidas que se adopten en los distintos subsectores y evitar la superposición inefectiva y pérdidas por duplicación de esfuerzos
 - Implementar sistemas de protección social que ofrezcan la oportunidad de conseguir beneficios personales y propios mediante un aporte razonable
 - Estudiar los requisitos y las condiciones necesarias para ampliar la cobertura de los esquemas existentes y diseñar estrategias para incorporarlos en un sistema universal de protección social.
 - Establecer fondos de ahorro y préstamo así como otras formas de seguridad social que protejan la propiedad privada de la cual depende, en gran parte, la previsión para la vejez en el sector rural.
 - Formar equipos capacitados de consultores para asesorar los distintos grupos sociales, sobre todo las cooperativas, que manifiesten interés de implementar un esquema de seguro no sólo de salud⁸¹ sino también de vida, de sepelio, de accidente, de invalidez etc. que puedan convertirse en un punto de partida para sistemas de aseguramiento más amplios.
- Vincular el tema de la seguridad y protección social con otras temáticas:
- Ampliar los enfoques de prevención a la protección social, incluyendo a los familiares de los jóvenes
 - Crear conciencia de la importancia de la previsión a partir de una edad joven, sobre todo en las instituciones escolares
 - Vincular el tema de la ocupación y desocupación juvenil desde un principio a la protección social de los jóvenes
- Implementar mecanismos de prefinanciación – aunque sean de valor simbólico – para el uso de los servicios diferenciados, incluyendo un sistema de “castigo” y “premio” por comportamientos que perjudican o favorecen la comunidad

⁸¹ Respecto de los esquemas de seguro de salud, la OPS ya está ofreciendo apoyo técnico y conceptual a los distintos sistemas que se están implementando (Seguro Integral de Caazapá) o desarrollando (Cooperativa de Luque). Por otra parte, el CIRD está asesorando el Seguro Municipal de Fram, y la GTZ ya organizó asistencia técnica al seguro de Caazapá. Parece oportuno ampliar la asesoría técnica y probablemente también política a través de una creciente coordinación de las consultorías y la capacitación de personas y organizaciones nacionales.



- Crear conciencia y apoyar el desarrollo de mecanismos para intensificar la vinculación de la producción y los ingresos de las personas con la protección de la salud y posiblemente de la vejez e incapacidad laboral:
 - Trabajar el tema del ahorro colectivo
 - Incentivar el ahorro individual y/o colectivo en función del aseguramiento
 - Bajar la evasión y desarrollar incentivos adicionales adaptados a la realidad de los habitantes en las zonas rurales para el prefinanciamiento de futuros o potenciales siniestros (pago en especie, pago adaptado a cosecha, componente de juego de azar, etc.)
 - Crear fuentes adicionales de ingreso para los esquemas de protección social (v.g. “interés solidario” adicional en préstamos de los bancos de fomento agrícola, cuota adicional sobre renta de establecimientos o maquinaria de comunidades, etc.)

Sector cooperativas

Dada su importancia económica y organizadora, las cooperativas ofrecen una serie de opciones para ampliar y mejorar la situación de la protección social. Para fomentar el aporte y las potencialidades de las organizaciones cooperativas, se recomiendan las siguientes medidas:

1. Modificar el marco legal de tal forma que permita la participación más activa y sustentable de las cooperativas en la protección social
2. Implementar una legislación que permita regular y normatizar los esquemas de seguridad social de las cooperativas de tal forma que sean compatibles con las necesidades existentes, cumplan su rol de dar protección real a las personas y tengan a la vez la suficiente libertad para desarrollarse.
3. Promover la creación e implementación de esquemas de seguro médico y servicios de jubilación en las cooperativas
4. Propugnar que los cooperativistas del país reciban la cobertura de los servicios de asistencia a la salud a través de alianzas con cooperativas especializadas
5. Desarrollar campañas para que cada cooperativa destine un porcentaje del excedente para afiliar a sus socios al servicio de jubilación privada
6. Coordinar las actividades dentro de las distintas cooperativas y fomentar la creación de un solo organismo que atienda la salud integral de los cooperativistas
7. Crear centros asistenciales médicos y geriátricos con la participación de la mayor cantidad posible de cooperativas.

Medidas multisectoriales/interdisciplinarias y a nivel internacional

1. Comunicación y capacitación
 - Mejorar la información sobre el tema de la protección social a través de los medios de comunicación y de estrategias informativas permanentes
 - Capacitación y concientización de los ciudadanos para mejorar la credibilidad y crear una mentalidad de previsión
 - Incorporación tanto de programas de prevención y promoción de salud como del tema de la previsión y protección social en salud en el curriculum escolar y de colegio.
 - Desarrollar material didáctico (textos, documentos, juegos y otros conceptos interactivos) sobre el tema de protección social (posiblemente adaptado a los distintos grupos etáreos de la enseñanza).
2. Enfoque interdisciplinario
 - Incentivar la cooperación sistemática y estructurada de los expertos de distintos sectores profesionales y especialidades



- Crear una academia de salud pública “nueva” (new public health) que abarque las áreas de investigación y docencia y sea independiente de la carrera de medicina
- Paralelamente, habría que iniciar un programa de formación en salud pública “nueva” siguiendo el concepto internacional de las “ciencias de salud”, basándose en la experiencia y experticia internacional.

3. Perspectivas internacionales

- Respecto de los contratos (comerciales) bi- y multilaterales (Mercosur, ALCA), los temas sociales deben tratarse en la mesa de negociaciones (igual que los laborales, ambientales etc.):
 - Incluir elementos de protección social en los contratos y convenios comerciales, dentro de las disposiciones imprescindibles respecto de las condiciones laborales, medioambientales y sociales
 - Negociar los temas de portabilidad de derechos dentro de los bloques económicos, tanto para la migración formal como para la informal
 - Establecer regímenes especiales en las zonas fronterizas para asegurar la atención y cobertura de los ciudadanos
 - Estudiar la situación específica y posibles traslapes en las zonas fronterizas del país para identificar potenciales sinergias y efectos positivos que se deriven de la oferta y de la movilidad.⁸²

4. Cooperación técnica internacional

- Buscar financiamiento dirigido a la reforma del sector social
- Solicitar asesoría y consultoría a organismos internacionales
- Dar soporte a los entes regionales y locales (gubernaciones, intendencias, consejos de salud etc.) en su proceso de descentralización de acuerdo al principio de subsidiariedad⁸³
- Apoyar a las cooperativas en su evolución económica y financiera así como en sus actividades educativas de prevención, concientización y capacitación
- Prestar soporte técnico y de capacitación a nivel de las cooperativas o a través de la CONPACCOOP (u otra asociación cooperativa) para mejorar el funcionamiento de los esquemas de seguro cooperativos
- Acompañar la creación, la implementación y el funcionamiento de los esquemas de seguro creados por las cooperativas contrapartes
- Procurar becas y apoyo logístico para la formación de expertos en el tema de la protección social

⁸² Más allá del mencionado ejemplo de la empresa pública binacional de Itaipú, la progresiva colonización de la zona fronteriza con Brasil ha tenido efectos en la oferta de prestadores y llevado a un traslapes de distintas formas de seguridad social.

⁸³ Según el concepto europeo, lo que implica que las tareas y obligaciones siempre deben ser desempeñadas por el nivel más bajo de la sociedad que sea capaz de cargar con la responsabilidad y/o resolver el problema (compare nota 59).



8. Conclusiones

El problema de la sustentabilidad del sistema de seguridad social paraguayo ocupa la primera plana del debate político y social. Las discusiones al respecto tienden a girar alrededor de las graves dificultades del Instituto de Previsión Social (IPS) y la creciente deuda fiscal de la Caja Fiscal que afecta de forma creciente el presupuesto público. Existe unanimidad respecto de la necesidad y urgencia de reformar y ampliar los sistemas de seguridad social. Sin embargo, hay conceptos diferentes y hasta contradictorios de como se puede dar protección a la abrumadora mayoría de los ciudadanos paraguayos actualmente excluidos de los sistemas existentes.

El Paraguay necesita una reforma previsional profunda y sustentable que tome en cuenta los distintos desafíos y persiga un enfoque interdisciplinario y multisectorial. Ni el cambio del marco legal y regulatorio, ni el aumento de los mecanismos de control, ni un nuevo espíritu previsional van a resolver por sí sólo los graves problemas existentes en la protección social. Tampoco es de esperar que la tan citada “voluntad política” sea asumida por todos los decisores. Hacen falta serios empeños y actividades concertadas para implementar un sistema que dé una verdadera seguridad frente a los riesgos de vejez y enfermedad.

Para enfrentar tal tarea, es menester definir los conceptos básicos y objetivos centrales de la reforma, identificar las prioridades, iniciar un debate amplio y participativo y conseguir consensos técnicos y sociales. Esta monografía aporta algunos valores esenciales de la política social de la Europa Continental. Sin duda alguna, el reto principal es la universalidad de la cobertura. Para ampliar la protección social en el Paraguay hay que implementar estrategias paralelas y complementarias, extendiendo la afiliación de los sistemas existentes, apoyando la creación de esquemas nuevos y adicionales de protección social e introduciendo una serie de otras medidas sociales, políticas, comunicativas y de otra índole. Del mismo modo, parece importante mantener los elementos de solidaridad establecidos e implementar mecanismos adicionales de redistribución. La descentralización con participación, corresponsabilidad y subsidiariedad permitirá una mayor flexibilidad de las medidas a tomar y una mayor cercanía entre decisores y usuarios.

A pesar de las características especiales, hay una serie de razones para emprender las modificaciones de los distintos pilares de la seguridad social. Una combinación de los enfoques del sector pensiones y salud tiene efectos sinérgicos para la reforma de la protección social. Debido al alto grado de ingobernabilidad, la corrupción y la desconfianza en las instituciones públicas han surgido un número importante de esquemas aseguradores fuera del IPS y de las cajas jubilatorias que existen en el Paraguay. Actualmente, el movimiento cooperativista ofrece opciones interesantes para enfrentar las necesidades en materia de protección social. En base a un diagnóstico compartido de los problemas actuales, las cooperativas participan en la elaboración de soluciones basadas en la solidaridad, la participación y la justicia social.

Sin duda alguna, el ente rector y regulador del proceso de reforma debe ser el sector público estatal a nivel nacional, departamental y municipal. Sobre todo en una reforma que no persigue la implementación de una sola estructura de seguridad social sino la paulatina evolución y conexión de los más variados subsistemas y esquemas proveedores y financiadores, es imprescindible aplicar una firme conducción y elaborar un sistema efectivo de regulaciones. Un enfoque consecuentemente multisectorial sin menosprecio de otros sectores debe completar el proceso de reforma sectorial para darle sustancia y sustentabilidad.



9. Bibliografía

- Aedo, Cristián; Sapelli, Claudio (1998). Sistema de Seguros de Salud en Paraguay: Una Propuesta. Santiago/Asunción.
- Amarilla, José María (2002). El Estado del Derecho a la Seguridad Social en Paraguay. Centro de Documentación y Estudios (Eds.). Derechos Humanos en Paraguay 2002. Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay, Informe Anual. Asunción. S. 300-317.
- Bärnighausen, Till; Sauerborn, Rainer (2002). One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Social Science & Medicine* 54, S. 1559-1597.
- Barreto, César; Ramírez, Ramón (1997). Reforma Previsional: Elementos de Análisis. CEP-PRO (Centro Paraguayo para la Promoción de la Libertad Económica y de la Justicia Social), Serie Estudios N° 15, Asunción.
- Benegas, G., Sauma, P (2000). El gasto público en servicios sociales básicos en Paraguay: Análisis desde la perspectiva de la Iniciativa 20/20 Mimeo.
- Bennett, Sarah; Gilson, Lucy (2001). Health financing: Designing and implementing pro-poor policies. DFID Health Systems Resource Centre, London.
- Bertranou, Fabio (1999). Are market-oriented health insurance reforms possible in Latin America? The cases of Argentina, Chile and Colombia. *Health Policy* 47, 19-36.
- Borda, Dionisio (Ed.) (2003). Seguridad Social. Experiencias de Argentina, Bolivia, Costa Rica y Paraguay. CADEP/KAS (Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya/Konrad Adenauer Stiftung), Asunción.
- Caballeros, Manuel (2003). Caracterización de las Microempresas Urbanas. Monografía para el VI Foro Económico FECON 2002 CADEP – KAS –IRCD. Asunción.
- CADEP/KAS (Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya/Konrad Adenauer Stiftung) (2003). Balance y Perspectivas de la Economía Paraguaya 2002-2003. Asunción (CADEP/KAS 2003).
- Cámara de Diputados (2002). Ley Superintendencia de Salud. Asunción.
- Carrizosa, Agustín (1996). La Reforma de la Seguridad Social en el Paraguay: El caso del Sector Salud. CEPPRO, Serie Estudios N° 12, Asunción.
- Carrizosa, Agustín (1998). Proceso de Descentralización del Sector Salud en el Paraguay: Logros y Obstáculos. CEPPRO, Serie enfoques N° 14. Asunción.
- Centurión, Faustino (1997). Reforma del Sistema Previsional en Paraguay. CEPPRO, Serie Enfoques N° 10. Asunción.
- CIMAP (2000). Informe de Paraguay, X Congreso ALAMI. Cartagena/Colombia, 23 de septiembre 2002.
- CIRD/USAID (Centro de Información y Recursos para el Desarrollo/United States Agency or International Development) (2003). El Informativo de la Salud, Año 1, N° 1, Abril 2003.
- Claeson, Mariam; Griffin, Charles; Johnston, Timothy; McLachlan, Mildred; Soucat, Agnes; Wagstaff, Adam; Yazbeck, Abdo (2001). Health, nutrition and population. Sourcebook for the poverty reduction strategy paper. Washington (Banco Mundial).
- Comisión de Seguimiento del Proceso de Reforma de la Seguridad Social (2000). Anteproyecto de Ley del Sistema Paraguayo de Seguridad Social. Asunción.



Congreso Nacional/Cámara de Senadores (2002). Democracia. Agenda Pública y Políticas Sociales. Memoria del Primer Congreso Nacional de Políticas Sociales (26.7.2002). Asunción.

CONPACCOOP/CCS (Confederación Paraguaya de Cooperativas/Centro Cooperativo Sueco) (2002). Estrategias y Acción para el Desarrollo Económico y Social del Movimiento Cooperativo Paraguayo. Asunción.

CONPACCOOP (Confederación Paraguaya de Cooperativas) (2003). Diagnóstico de Cooperativas del Paraguay. Fundamento para el Control de las Cooperativas. Propuesta de Ley del INCOOP. Asunción.

Conte-Grand, Alfredo; Spataro, Alcides (1999). Sugerencias y alternativas para la Reforma de la Seguridad Social. Informe para el Honorable Congreso Nacional del Paraguay. Organización Internacional del Trabajo, Buenos Aires.

Departamento de Bioestadística del MSP y BS (2000). Indicadores Básicos de Salud Paraguay. Asunción.

Departamento de Bioestadística del MSP y BS (2001). Indicadores Básicos de Salud Paraguay. Asunción.

De Soto, Hernando (2002). El misterio del capital. Por qué el capitalismo triunfa en Occidente y fracasa en el resto del mundo. Editorial Sudamericana, Buenos Aires.

Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC) (2003). Juventud en cifras: Paraguay. Asunción (DGEEC 2003).

Flecha, Oscar; Ortellado, Juan M.; Gaete, Rubén; Martínez, Esperanza; Carrizosa, Agustín (1996). Diagnóstico sobre la Situación del Sector Salud en el Paraguay. CEPPO, Serie Estudios N° 11, Asunción.

Fundación Salud y Futuro (1999). Las Expectativas de los Afiliados respecto a su Sistema de Salud. Santiago/Chile.

Gaete, Rubén; Sánchez, Livia; Villalba, Sandra (2001). Manual para la definición de un conjunto de servicios de salud esenciales. Serie Manuales CIRD 1, 3^{ra} edición. Asunción.

Grushka, Carlos; Altieri, Deborah; Bertranou, Fabio (2002). Examen de situación actuarial del Instituto de Previsión Social. OIT, Santiago.

Guimarães, Luisa (2001). Modalidades de descentralización en el sector salud y sus contribuciones en la equidad: Elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo. Serie Informes Técnicos N° 76, OPS. Washington.

Gobierno de Unidad Nacional (1999). Programa de Gobierno 1999-2003 Consolidado y Complementado. Asunción.

Holst, Jens (2002). El sistema previsional de salud en Chile: Problemas de equidad y selección intermedia de riesgos. Ministerio de Salud, Santiago (Mimeo) y Bonn/Eschborn (www.gtz.de/health-insurances).

Holst, Jens (2003). Sistemas de seguridad social de las colonias mennonitas en el Chaco paraguayo. Bonn/Eschborn (www.gtz.de/health-insurances).

Huber, Götz; Hohmann, Jürgen; Reinhard, Kirsten (2003). Mutual Health Organization (MHO) – Five years Experience in West Africa. GTZ, Eschborn.

ILO/PAHO (International Labour Organisation – (OIT)/Panamerican Health Organisation (OPS)) (1999). Out-of-Pocket Health expenditure in Latin America and the Caribbean. The



efficiency rationale for extending Social Protection in Health. Encuentro regional tripartito en colaboración en la OPS. Mexico.

Klikberg, Bernardo (2001). ¿Qué es Capital Social? Claves para su comprensión y movilización. Asunción.

Laaser, Ulrich (2002). The Institutionalization of Public Health Training and the Health Sciences (La institucionalización de la formación en salud pública y las ciencias de salud). *Public Health Reviews* 30/1-4, 71-95.

Liebig, Klaus (2001). Ongoing Reforms of Latin American Health Systems: Can Market-Oriented Reforms Help to Solve the Problems? En: Sautter, Hermann; Schinke, Rolf: *Social Justice in a Market Economy*. Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main, pp. 113-133.

Livieres, Pablo; Callizo, María del Pilar (1999). Ley N° 1.032 Que crea el Sistema Nacional de Salud. CEPPRO, Serie Análisis Crítico N° 12. Asunción.

López, Tatiana (2002). El Sistema Previsional Militar en Paraguay: Incidencia en la Caja Fiscal y Comentarios a la propuesta de Reforma. CEPPRO, Serie Estudios N° 20. Asunción.

Madies, Claudia; Chiarveti, Silvia; Chorny, María (2000). Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), pp. 33-42. Washington.

Martínez, Esperanza (2001). Fondos rotatorios de medicamentos básicos para farmacias sociales. La experiencia del departamento de Itapúa. CIRD. Asunción.

Mendoza, Ignacio (2002). Situación Económica de los Médicos en el Paraguay. Academia de Medicina del Paraguay, Asunción.

Ministerio de Hacienda (2001). Proyectos de Ley de Ajustes al Sistema de Jubilaciones y Pensiones para Civiles, que crea un Sistema Mixto de Jubilaciones y Pensiones. Asunción.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Organización Panamericana de Salud (1998). Organización de los Servicios de Salud en el Marco de la Reforma Sectorial. Sistema Nacional de Salud. Asunción.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998). Análisis del Sector Salud del Paraguay. Asunción.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)/Dirección General de Estadística, Encuesta y Censos (DGEEC)/Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003). Exclusión Social en Salud: Paraguay. Asunción.

Muñoz, Fernando; López-Acuña, Daniel; Halverson, Paul; Guerra de acedo, Carlyle; Hanna, Wade; Larriou, Mónica; Ubilla, Soledad; Zeballos, José Luis (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), pp. 126-134. Washington.

Navarro, Bernardo (1997). El Proyecto de Ley de Reforma Previsional. CEPPRO, Serie Enfoques N° 9, pp. 3-12. Asunción (Navarro 1997a).

Navarro, Bernardo (1997). La Economía de las Pensiones y la Reforma Previsional. CEPPRO, Serie Enfoques N° 11, pp. 11-19. Asunción (Navarro 1997b).

Oficina Internacional del Trabajo (2003). Seguridad Social. Un nuevo consenso. Ginebra 2002. ISBN 92-2-312624-X

Oficina Internacional del Trabajo (2003). Empleo y protección social. Desafíos institucionales para reducir la pobreza. Santiago. ISBN 92-2-314290-3.



OCDE/OMS (Organización de Desarrollo Económico y Cooperación) (2003). Documento de Referencia: Pobreza y Salud, Comité de Asistencia al Desarrollo (CAD) 25/REV1. París. (Development Assistance Committee - Guidelines and Reference Series: Poverty and Health. Paris. ISBN: 92 4 156236 6 (WHO), 92 6 410018 8 (OECD)).

Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) (2001). Exclusión de la protección social en salud en Paraguay. Asunción.

Organización Panamericana de Salud (OPS) (2002). La Salud en las Américas. Vol. II. Washington.

Organización Panamericana de Salud (OPS) (2002). Desigualdades en Salud - Hoja de Resumen. División de Salud y Desarrollo Humano/Programa de Políticas Públicas y Salud. Washington.

Paredes, Roberto (1997). Informe de DDHH en Paraguay 1997: Derecho a la Seguridad Social. Asunción.

Pelligrini, Alberto (2000). Science for Health: notes on the organisation of scientific activity for the development of health in Latin America and the Caribbean. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 7(5), Washington.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2003). Informe Nacional sobre Desarrollo Humano Paraguay 2003. Asunción.

Presidencia de la República, Secretaría de Acción Social (1996). Plan Estratégico de Desarrollo Social. Santiago de Chile/Asunción.

Presidencia de la República, Secretaría de Acción Social. (1997) Panorama Social del Paraguay. Desarrollo Humano Sostenible. Santiago/Chile.

Presidencia de la República (2001). Plan Estratégico Económico y Social (PEES). Asunción.

Registro Oficial de la República (1996). Ley N° 1032 Que crea el Sistema Nacional de Salud. Hoja N° 2/9. Asunción.

Reichard, Stephen (1996). Ideology drives Health Care Reforms in Chile. Journal of Public Health Policy 17, 1, 80-98.

República del Paraguay (1974). Ley N° 480 – Que actualiza el Arancel Médico-Quirúrgico Privado y de Medicina Prepaga (Seguros). Asunción.

República del Paraguay (1998). Disposiciones Legales Vigentes sobre el Seguro Social. Folleto N° 35. Asunción.

República del Paraguay (2002). Ley Superintendencia de Salud. Asunción (16.10.2002).

Rodríguez, Carlos (2002). Fondos Rotatorios. MSPyBS – Informe Presentado al Consejo de Gobernadores del Paraguay. Asunción. www.cird.org.py.

Rodríguez, Ricardo (2003). Base de datos económicos y sociales. Empleo y Subempleo. www.rodriquezsilvero.com.py, rodsil@rodriquezsilvero.com.py. Asunción.

Schreiner, Jorge (1996). El Régimen de Seguridad Social en Paraguay. La Seguridad Social en América Latina: Seis Experiencias Diferentes. CIEDLA, Buenos Aires.

Secretaría de Acción Social/PNUD (2002). Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad. Asunción.

SNRE (Secretaría Nacional de la Reforma del Estado). Presidencia de la República (2001). La Reforma del Estado Paraguayo. Asunción.



- Tappatá, Ricardo (2002). Proyecto Previsional para otro País. CEPPIRO, Serie Enfoques N° 29, pp. 3-10. Asunción.
- Titelman, Daniel; Uthoff, Andras; Jiménez, Luis Felipe (2000). Hacia una nueva seguridad social en el siglo XXI: sin solidaridad en el financiamiento no habrá universalidad. *Rev Panam Salud Pública* 8 (1/2), pp. 112-117. Washington.
- Uthoff, Andras; Titelman, Daniel; Jiménez, Luis Felipe (2000). Universalidad, solidaridad y responsabilidades fiscales en las reformas a la seguridad social en América Latina. *Ibero-Amerikanisches Archiv. Zeitschrift für Sozialwissenschaften*, 26, 3-4, S. 329-354. Berlin.
- Valenzuela, Rubi; Bitrán, Ricardo (2002). Paraguay. Análisis de las propuestas de reforma al sector salud. Banco Mundial/Bitrán & Asociados, versión preliminar. Santiago.
- Vera, Iván (2001). Salud en los Pueblos Nativos de Paraguay: Una Alternativa a la Ideología Dominante en Salud Pública. UNICEF: Seminario - Taller financiamiento de servicios de salud. Filadelfia, 28 de junio 2002.
- Vigil Moreno, Carlos (2002). Propuesta: Sistema Nacional de Educación Cooperativa del Paraguay. Informe Final. Centro Cooperativo Sueco/CONPACCOOP (Confederación Paraguaya de Cooperativas), Asunción.
- Weber, Axel; Stierle, Friedeger; Hohmann, Jürgen; Schmidt-Ehry, Bergis (2002). Protección social en salud. Valores y contribuciones de Europa. Borrador final, Eschborn.
www.gtz.de/health-insurances.
- Witte, Lothar (1998). El régimen pensional paraguayo: El estado actual y perspectivas de reforma. Secretaría Técnica de Planificación/Proyecto PLANDES. Asunción.
- Worldbank (2002). Paraguay: Attacking poverty. World Bank Development Report. Washington, D.C.
- World Health Organisation (1996). European Health Care Reforms. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Copenhagen.
- World Health Organisation (1996). European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. Copenhagen.
- www.dgeec.org (Febrero – Junio 2003). Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Asunción.