

Caminos de Desarrollo

Estudio multidimensional de Paraguay

VOLUMEN 2. ANÁLISIS DETALLADO Y RECOMENDACIONES



PARAGUAY

Caminos de Desarrollo

Estudio multidimensional de Paraguay

VOLUMEN 2. ANÁLISIS DETALLADO Y
RECOMENDACIONES

El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE o del Centro de Desarrollo.

Tanto este documento, así como cualquier dato y cualquier mapa que se incluya en él, se entenderán sin perjuicio respecto al estatus o la soberanía de cualquier territorio, a la delimitación de fronteras y límites internacionales, ni al nombre de cualquier territorio, ciudad o área.

Por favor, cite esta publicación de la siguiente manera:

OCDE (2018), *Estudio multidimensional de Paraguay: Volumen 2. Análisis detallado y recomendaciones*, Caminos de Desarrollo, Éditions OCDE, Paris.
<https://doi.org/10.1787/9789264306226-es>

ISBN 978-92-64-30621-9 (impresa)
ISBN 978-92-64-30622-6 (PDF)

Serie: Caminos de Desarrollo
ISSN 2521-1544 (impresa)
ISSN 2521-1552 (en línea)

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Fotografías: Portada diseñada por el Centro de Desarrollo de la OCDE.

Las erratas de las publicaciones de la OCDE se encuentran en línea en: www.oecd.org/about/publishing/corrigenda.htm.

© OCDE 2018

La OCDE no garantiza la exacta precisión de esta traducción y no se hace de ninguna manera responsable de cualquier consecuencia por su uso o interpretación.

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos de la OCDE para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento a la fuente y al propietario del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción deberá dirigirse a rights@oecd.org. Las solicitudes de permisos para fotocopiar partes de este material con fines comerciales o de uso público deben dirigirse al Copyright Clearance Center (CCC) en info@copyright.com o al Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) en contact@cfcopies.com.

Prefacio

El crecimiento económico es importante, pero es apenas una faceta del desarrollo. Los responsables de la política pública deben conciliar los objetivos económicos, sociales y ambientales para garantizar que la senda del desarrollo de su país sea sostenible y que conduzca a mejoras duraderas en el bienestar de los ciudadanos.

Caminos de Desarrollo es una serie que analiza el desarrollo desde la perspectiva de los múltiples objetivos que éste implica, más allá de un enfoque exclusivo hacia el crecimiento. Ésta reconoce el bienestar como un componente del desarrollo y ayuda a los gobiernos a identificar las principales limitaciones para un desarrollo más equitativo y sostenible, a través de la elaboración de un estudio multidimensional del país (EMDP). Para cumplir con su ambición de desarrollo, los gobiernos deben comprender las limitaciones que enfrentan, así como desarrollar estrategias integrales y bien secuenciadas que tengan en cuenta las complementariedades y los equilibrios entre las políticas. La metodología EMDP combina el análisis económico cuantitativo, con enfoques cualitativos como los talleres de prospectiva analítica y talleres participativos con actores de los sectores público y privado, la sociedad civil y la academia.

Los EMDP se llevan a cabo en tres fases distintas: evaluación inicial, análisis detallado y recomendaciones, y del análisis a la acción. Este enfoque permite una interacción progresiva y profunda entre la OCDE y el país, así como un proceso de aprendizaje mutuo sobre los desafíos y oportunidades específicos del país. El Grupo de Aprendizaje Mutuo (Mutual Learning Group) de los EMDP reúne a los responsables de política pública especializados en estrategias de desarrollo, con el objetivo de apoyar el intercambio de experiencias sobre los desafíos en común.

Paraguay inició la implementación de dos estudios de la OCDE —un Estudio Multidimensional y un Estudio de Gobernanza Pública— en 2017 como parte de esfuerzo de acercamiento a la OCDE. Este informe es el segundo volumen del Estudio Multidimensional de Paraguay. Presenta análisis complementario y recomendaciones de política pública para hacer frente a tres desafíos clave para el desarrollo, identificados por el Volumen I de este EMDP: un sistema de protección social fragmentado, un sistema de salud que se enfrenta a una doble carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles y un sistema educativo necesitado de reformas. Un adelanto de este informe se presentó en Asunción en julio de 2018.

Este Estudio Multidimensional está diseñado para ayudar al Paraguay a formular estrategias de desarrollo, e identificar y apoyar las reformas de políticas públicas necesarias para el desarrollo sostenible e inclusivo, en el contexto de la implementación del Plan Nacional de Desarrollo y del compromiso de Paraguay con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Un próximo tercer volumen, basado en las recomendaciones que en éste se presentan, analizará las condiciones y acciones necesarias para la implementación de reformas. Estos análisis apoyan la agenda de desarrollo del Paraguay en su afán por construir un mejor futuro para sus ciudadanos

Agradecimientos

Los Estudios Multidimensionales de País (EMDP) son el resultado de un esfuerzo conjunto entre la OCDE y el país analizado. El trabajo en la segunda fase del EMDP de Paraguay fue llevado a cabo por el Centro del Desarrollo de la OCDE, con el apoyo de la Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social de Paraguay (STP).

El estudio fue realizado bajo la dirección de Mario Pezzini, Director del Centro del Desarrollo de la OCDE y Consejero Especial para el Desarrollo del Secretario General, y bajo el liderazgo de Jan Rieländer, Jefe de la Unidad de EMDP. El estudio fue coordinado por Juan Ramón de Laiglesia (Centro del Desarrollo de la OCDE) y redactado por Ian Brand-Weiner, Juan Ramón de Laiglesia y Juan Vázquez Zamora (Centro del Desarrollo de la OCDE). Deirdre Culley dirigió el taller “Escenarios para el futuro de Paraguay”, el cual se llevó a cabo el 4 de diciembre de 2017 en Asunción. La revisión también incluye contribuciones de Nathalia Montoya y Carine Viac (Centro del Desarrollo de la OCDE). Nathalia Montoya también brindó una excelente asistencia de investigación durante la revisión.

El equipo agradece la orientación y los comentarios brindados por José-Luis Álvarez-Galván, Samuel Kim y Elizabeth Fordham de la Dirección de Educación y Competencias de la OCDE, así como por Caroline Berchet, de la Dirección de Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales de la OCDE. El equipo también agradece los valiosos comentarios de Riku Elovainio, Alexandre Kolev, Alexander Pick y Caroline Tassot (Centro del Desarrollo de la OCDE), así como los aportes realizados por los participantes en la sesión de revisión celebrada los días 26 y 27 de abril en Asunción y París. El informe incorpora comentarios e insumos proporcionados durante la revisión del informe por parte del Grupo de Aprendizaje Mutuo para los Estudios Multidimensionales de País, en su reunión del 18 de mayo de 2018. La revisión estuvo a cargo del Excmo. Embajador Carlos Márcio Cozendey (Delegado de Brasil ante las Organizaciones Internacionales en París) y por Catalina Crane (Representante especial de Colombia ante la OCDE).

El Estudio Multidimensional de Paraguay es posible gracias al apoyo financiero de la Unión Europea. El equipo extiende su agradecimiento a la Delegación de la Unión Europea en Paraguay por su apoyo durante el proceso, los conocimientos de su personal sobre el desarrollo de Paraguay y sus esfuerzos para buscar sinergias entre este estudio y otras acciones financiadas por la Unión Europea en Paraguay. El equipo también agradece a Eurosócial la invitación para participar en las actividades del programa de Protección Social en Paraguay.

Este estudio se ha beneficiado enormemente del apoyo del Ministro José Molinas Vega, Secretario Ejecutivo de la Secretaría Técnica para la Planificación del Desarrollo Económico y Social (STP) de Paraguay, y su personal. Jazmín Gustale (Viceministra de la STP) y su equipo fueron contrapartes valiosas. Las contribuciones de Gisella Dimodica, Verónica Gauto, Claudia Martínez y Marcos Martínez, asegurando la interacción fluida entre el equipo de la OCDE y las autoridades paraguayas, fueron particularmente útiles. El estudio también se ha beneficiado de la capacidad de respuesta y los aportes

proporcionados por Martha Peña (Ministerio de Hacienda), María Emilia Ayala, Verónica Bogarín, Octavio Ferreira y Sebastián Ortiz (Ministerio de Relaciones Exteriores). El equipo extiende su gratitud a la Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (DGEEC) y al Ministerio de Empleo, Trabajo y Seguridad Social (MTESS) por proporcionar los microdatos utilizados en este informe. Los siguientes ministerios, organismos e instituciones proporcionaron aportes y contribuciones útiles para la revisión a lo largo del proceso: el Banco Central de Paraguay (BCP), el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), el Ministerio de Educación y Ciencia (MEC), el Ministerio de Empleo, Trabajo y Seguridad Social (MTESS), y su Observatorio del Trabajo, el Ministerio de Hacienda (MH), el Ministerio de Industria y Comercio (MIC), el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (ANEAES), la Secretaría Nacional Anticorrupción (SENAC), el Consejo Nacional de Educación Superior (CONES), el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), el Banco Nacional de Fomento (BNF), el Programa Nacional de Becas Carlos Antonio López (BECAL), la Secretaría Nacional de la Vivienda y el Hábitat (SENAVITAT), la Secretaría Nacional de Turismo (SENATUR), la Escuela Técnica Nacional de Asunción, la Universidad Nacional de Asunción (UNA), la Secretaría de Acción Social (SAS), el Instituto de Previsión Social (IPS), la Superintendencia de Salud y la Unidad Técnica del Gabinete Social (UTGS).

Las siguientes personas y organizaciones también son agradecidas por sus aportes y participación en el proceso de estudio: Caja ANDE, Edgar Giménez Caballero, Investigación para el Desarrollo, Juntos por la Educación, Marta Lafuente, Sape'a, el Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP), el Centro de Recursos de Información para el Desarrollo (CIRD), la Federación de Educadores del Paraguay (FEP), la Federación de Producción, Industria y Comercio (FEPRINCO), el Banco Interamericano de Desarrollo, la Cámara de Mipymes, el Sindicato Nacional de Educadores (UNE), el Equipo Nacional de Estrategia País (ENEP) y sus miembros, la Central Nacional de Trabajadores (CNT), Paraguay Educa, la Asociación Paraguaya de Sanatorios y Hospitales Privados, Paz Peña, Promed, la Central Sindical de Trabajadores del Paraguay (CESITP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El equipo agradece a Andrew Brenner su labor de edición del manuscrito y a la Unidad de Comunicación y Publicaciones del Centro del Desarrollo de la OCDE, especialmente a Delphine Grandrieux, Aida Buendía y Elizabeth Nash por su apoyo en la edición, presentación y producción del informe.

** Esta publicación ha sido elaborada con el apoyo financiero de la Unión Europea. El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva del Centro de Desarrollo de la OCDE y no refleja necesariamente las opiniones de la Unión Europea.*

Índice

Agradecimientos	3
Abreviaciones y acrónimos	11
Resumen ejecutivo	17
Conseguir protección social para todos los paraguayos.....	17
Para lograr atención médica de calidad para todos es necesaria una reforma sistémica.....	18
Reformar el sistema de educación y competencias para promover la inclusión y mejorar la transición de la escuela al trabajo	18
Capítulo 1. Visión general y recomendaciones para alcanzar las ambiciones de desarrollo de Paraguay.....	21
Avances y retos en la senda de desarrollo de Paraguay	23
Lograr protección social para todos los paraguayos exige mayor inversión y un enfoque sistémico	26
Superar la fragmentación y acelerar las reformas puede mejorar la salud de los paraguayos	30
Para fomentar la inclusión y el acceso a empleos de mayor calidad son necesarias reformas del sistema de educación y competencias	34
Anticipar tendencias y prepararse para retos futuros: escenarios para el futuro de Paraguay	38
Referencias.....	41
Capítulo 2. Hacia la protección social para todos en Paraguay	43
Las prestaciones de protección social son limitadas y no llegan a muchos	45
El sistema de pensiones contributivas ha de hacerse más equitativo y ampliar su cobertura	57
El camino a seguir.....	68
Recomendaciones de política.....	91
Notas	95
Referencias.....	95
Anexo 2.A. Visión general de los sistemas de seguridad social y de pensiones.....	102
Capítulo 3. Reformas para fomentar vidas más saludables en Paraguay	107
Paraguay ha fijado ambiciosos objetivos para mejorar la salud de sus ciudadanos.....	108
Salud y necesidades de atención sanitaria en Paraguay	109
El sistema nacional de salud está segmentado y adolece de una débil capacidad rectora	120
La financiación para la salud ha aumentado, pero persisten retos importantes	131
Hacia la Cobertura Universal de Salud.....	143
Recomendaciones de política.....	152
Notas	155
Referencias.....	156

Capítulo 4. Hacia un sistema de educación y habilidades que fomente la inclusión y la empleabilidad en Paraguay	161
Los principales retos educativos han de afrontarse con ambición y un firme compromiso político	163
Ampliar el acceso al sistema educativo y mejorar los resultados del aprendizaje son objetivos clave para fomentar la inclusión y la igualdad de oportunidades	164
Mejorar la transición de la escuela al trabajo es fundamental para favorecer la empleabilidad y el acceso a empleos de calidad.....	178
Recomendaciones de política.....	189
Referencias.....	191

Cuadros

Cuadro 2.1. El sistema de protección social de Paraguay no cubre todas las contingencias.....	47
Cuadro 2.2. Cobertura de contingencias, 2015.....	50
Cuadro 2.3. Indicadores de la situación financiera de los fondos, 2015 o último período disponible ..	65
Cuadro 3.1. Comparación de las 10 principales causas de muerte prematura en el país en 2016	115
Cuadro 3.2. Fuentes de financiación sanitaria, 2015	138
Cuadro 3.3. Déficit de recursos humanos en atención primaria, 2014.....	146
Cuadro Anexo 2.A.1. Visión general de los regímenes de seguridad social por grupo elegible.....	102
Cuadro Anexo 2.A.2. Regímenes públicos de pensiones contributivas en Paraguay.....	106

Gráficos

Gráfico 1.1. Progreso en las dimensiones de los ODS en Paraguay.....	24
Gráfico 2.1. El envejecimiento de la sociedad paraguaya plantea desafíos a la protección social.....	45
Gráfico 2.2. Las vulnerabilidades se distribuyen a lo largo de todo el ciclo vital.....	46
Gráfico 2.3. La clase media de Paraguay queda sin protección	49
Gráfico 2.4. El sistema de seguridad social de Paraguay alcanza a un número reducido de personas de su grupo objetivo	51
Gráfico 2.5. La asistencia social se dirige al grupo objetivo correcto, pero la cobertura es escasa	53
Gráfico 2.6. <i>Tekoporã</i> beneficia a los más necesitados.....	53
Gráfico 2.7. El número de beneficiarios de pensiones no contributivas ha crecido drásticamente	54
Gráfico 2.8. Un número reducido de adultos mayores paraguayos percibe pensión, pero la asistencia social reduce las desigualdades.....	55
Gráfico 2.9. El sistema fiscal de Paraguay reduce la pobreza y la desigualdad	56
Gráfico 2.10. La asistencia social disminuye la brecha de pobreza menos que en otros países.....	57
Gráfico 2.11. Los períodos de cotización y la edad de jubilación no guardan correspondencia	59
Gráfico 2.12. Las tasas de cotización son bajas	60
Gráfico 2.13. Las tasas de remplazo son elevadas	61
Gráfico 2.14. Las pensiones son generosas	63
Gráfico 2.15. Las pensiones son una importante fuente de ingresos.....	64
Gráfico 2.16. La pobreza es menor entre los beneficiarios de pensiones.....	64
Gráfico 2.17. Los afiliados del IPS que no consolidan derechos subsidian a los beneficiarios de pensiones	67
Gráfico 2.18. Sólo uno de los regímenes de la Caja Fiscal registra superávit corriente.....	68
Gráfico 2.19. Chile retira gradualmente la pensión no contributiva.....	70
Gráfico 2.20. Los trabajadores autónomos desean un seguro de salud	78

Gráfico 2.21. Muchos que ganan menos que un salario mínimo comparativamente elevado.....	81
Gráfico 2.22. La mayoría no cotizan a un régimen de la seguridad social por la inestabilidad de sus ingresos.....	83
Gráfico 2.23. El gasto social de Paraguay supera la media de América Latina	87
Gráfico 2.24. El gasto en protección social tiende al alza	88
Gráfico 2.25. Los ingresos fiscales han aumentado, pero siguen siendo bajos	90
Gráfico 3.1. El avance de Paraguay hacia los indicadores de ODS es desigual	110
Gráfico 3.2. Transición epidemiológica en Paraguay y Perú, 1990-2016	111
Gráfico 3.3. Tasa de mortalidad materna 2015	112
Gráfico 3.4. Tasas de mortalidad infantil	113
Gráfico 3.5. Diez principales causas de muerte.....	114
Gráfico 3.6. Principales 10 riesgos con incidencia en los años de vida ajustados por discapacidad en 2016.....	116
Gráfico 3.7. Densidad de camas de hospital, 2015 o últimos datos disponibles	121
Gráfico 3.8. Camas de hospital disponibles en 2016, por regiones.....	122
Gráfico 3.9. Última entidad prestadora de servicios de salud por deciles	123
Gráfico 3.10. Cobertura de seguro y última entidad prestadora de servicios de salud, 2016.....	124
Gráfico 3.11. Acceso y calidad de la atención sanitaria personal (HAQ) frente al nivel “mejor posible”, 1990 respecto a 2015.....	127
Gráfico 3.12. Subregistro en estadísticas vitales, 2001-16.....	130
Gráfico 3.13. Gasto sanitario per cápita en 2015	132
Gráfico 3.14. Gasto sanitario corriente por plan de financiación.....	133
Gráfico 3.15. El gasto en salud en Paraguay depende en gran medida de los gastos de bolsillo	135
Gráfico 3.16. Pagadores del gasto agregado de bolsillo en salud.....	135
Gráfico 3.17. Cobertura de seguro de salud por decil en 2016.....	144
Gráfico 3.18. Acceso a la atención sanitaria y cobertura de aseguramiento sanitario en 2003-16.....	145
Gráfico 3.19. Gasto de bolsillo en salud, por deciles del ingreso.....	148
Gráfico 3.20. Distribución del gasto catastrófico por motivos de salud de los hogares.....	149
Gráfico 4.1. Tasas de matrícula por nivel educativo en Paraguay, América Latina y la OCDE.....	165
Gráfico 4.2. Ratios netos de asistencia por edad en Paraguay, por nivel de educación	166
Gráfico 4.3. Tasas de matrícula en enseñanza secundaria por sexo, grupos de ingresos y área geográfica	167
Gráfico 4.4. Porcentaje de población en el sistema educativo, por edad.....	168
Gráfico 4.5. Principales motivos de deserción escolar por grupos de edad, 2016.....	169
Gráfico 4.6. Tasas de finalización en primaria y secundarias baja y alta en Paraguay	170
Gráfico 4.7. Resultados en pruebas nacionales de evaluación, por grado y por nivel de desempeño, 2015	171
Gráfico 4.8. Ratio alumno/maestro en Paraguay y en una selección de países, por nivel de educación.....	173
Gráfico 4.9. Distribución del profesorado por su nivel de educación y por el nivel educativo en el que imparten docencia.....	174
Gráfico 4.10. Transiciones de la escuela al mercado de trabajo entre los jóvenes (15-29 años) en Paraguay y en una selección de países latinoamericanos (2005-2015)	180
Gráfico 4.11. Estado de actividad de los jóvenes para cada año de edad y grupo socioeconómico en Paraguay, 2014	181
Gráfico 4.12. Trabajo informal por nivel de educación, 2016.....	182
Gráfico 4.13. Porcentaje de empresas de la economía formal con dificultades para cubrir vacantes, por país, sector y tipo de habilidades.....	183
Gráfico 4.14. Tasas de retorno de la educación en Paraguay, 1995-2014.....	184

Recuadros

Recuadro 1.1. Escenarios para el futuro de Paraguay	38
Recuadro 2.1. Los contribuyentes al IPS sin derecho a pensión hacen posible la generosidad del sistema.....	67
Recuadro 2.2. Los chilenos pueden percibir tanto una pensión no contributiva como una pensión contributiva.....	70
Recuadro 2.3. Registro unificado para las políticas sociales brasileñas.....	73
Recuadro 2.4. Llegar a la población rural pobre de Sudáfrica mediante vehículos ambulantes que ofrecen servicios de ventanilla única.....	74
Recuadro 2.5. El proyecto de ley relativo a la autoridad supervisora de las entidades proveedoras de pensiones	76
Recuadro 2.6. El régimen fiscal simplificado de Uruguay para los pequeños trabajadores autónomos	80
Recuadro 2.7. Disminuir los riesgos de pobreza en la vejez entre los trabajadores pobres	85
Recuadro 2.8. Subsidiar cotizaciones podría ser más barato que conceder prestaciones al amparo del programa <i>Adulto Mayor</i>	86
Recuadro 2.9. Tributación de las operaciones financieras en Brasil con fines de protección social.....	89
Recuadro 2.10. Principales recomendaciones para avanzar hacia la protección social para todos en Paraguay	91
Recuadro 3.1. Atención sanitaria preventiva: el caso de México.....	119
Recuadro 3.2. Haciendo balance de los datos empíricos: del uso de los datos a la mejora del sistema de salud.....	131
Recuadro 3.3. La superación de la fragmentación: el caso de Colombia	142
Recuadro 3.4. Atención Primaria de Salud: el caso de Costa Rica	147
Recuadro 3.5. Prueba piloto de un seguro no contributivo: el servicio de apoyo a la salud materno-infantil	151
Recuadro 3.6. Principales recomendaciones para reformar el sector salud.....	152
Recuadro 4.1. Hacia un acuerdo nacional sobre la educación: el Plan Nacional para la Transformación Educativa del Paraguay 2030.....	163
Recuadro 4.2. Principales recomendaciones para promover un sistema de educación y habilidades que fomente la inclusión y la empleabilidad	189

Siga las publicaciones de la OCDE en:



http://twitter.com/OECD_Pubs



<http://www.facebook.com/OECDPublications>



<http://www.linkedin.com/groups/OECD-Publications-4645871>




<http://www.youtube.com/oecdilibrary>



<http://www.oecd.org/oecdirect/>

Este libro contiene...

StatLinks 
 ¡Un servicio que transfiere ficheros Excel®
 utilizados en los cuadros y gráficos!

Busque el logotipo StatLinks  en la parte inferior de los cuadros y gráficos de esta publicación. Para descargar la correspondiente hoja de cálculo Excel®, sólo tiene que introducir el enlace en la barra de direcciones de su navegador incluyendo primero el prefijo <http://dx.doi.org> o bien haga clic en el enlace de la versión electrónica.

Abreviaciones y acrónimos

AFD	Agencia Financiera de Desarrollo
ALC	América Latina y el Caribe
ANEAES	Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior
APS	Aporte Previsional Solidario
AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas
BCP	Banco Central del Paraguay
BD	Beneficio definido
BECAL	Programa de Becas Carlos Antonio López
BEPS	Beneficios Económicos Periódicos
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BTI	Bertelsmann Stiftung's Transformation Index (<i>Índice de transformación de Bertelsmann</i>)
CAIS	Centros de Atención Integral en Salud
CADEP	Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya
CD	Cotización definida
CEDLAS	Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales.
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEQ	<i>Commitment to Equity</i> (Compromiso con la Equidad)
CESITP	Central Sindical de Trabajadores del Paraguay
CIAT	Centro Interamericano de Administraciones Tributarias

CINE	Clasificación Internacional Normalizada de la Educación
CNET	Consejo Nacional de Educación y Trabajo
CUS	Cobertura Universal de Salud
DGEEC	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos
DIU	Dispositivo intrauterino
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral de Salud
EEB	Educación Escolar Básica
EFTP	Enseñanza y Formación Técnica y Profesional
ELPS	Encuesta Longitudinal de Protección Social
EMDP	Estudio Multidimensional de País
ENT	Enfermedades no transmisibles
EUR	Euro
FAO	Food and Agriculture Organization (<i>Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura</i>)
FEEI	Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONACIDE	Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo
FONARESS	Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud
FOSYGA	Fondo de Seguridad y Garantía
GBD	Global Burden of Disease (<i>Carga de morbilidad global</i>)
GCS	Gastos catastróficos por motivos de salud
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH (<i>Corporación Alemana para la Cooperación Internacional</i>)
HAQ	Healthcare Access and Quality (<i>Acceso y calidad de la atención sanitaria personal</i>)
ICROP	Integrated Community Registration Outreach Programme (<i>Programa de Divulgación del Registro Comunitario Integrado</i>)

IFAD	International Fund for Agricultural Development (<i>Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola</i>)
IFD	Institutos de Formación Docente
INAN	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
IOPS	International Organisation of Pension Supervisors (<i>Organización Internacional de Supervisores de Pensiones</i>)
IPS	Instituto de Previsión Social
IRACIS	Impuesto a la renta de actividades comerciales, industriales y de servicios
IRAGRO	Impuesto a las rentas de las actividades agropecuarias
IRP	Impuesto a la renta personal
IRPC	Impuesto a la renta del pequeño contribuyente
ITS	Institutos Técnicos Superiores
IVA	Impuesto al Valor Agregado
MAG	Ministerio de Agricultura y Ganadería
MEC	Ministerio de Educación y Ciencias
MH	Ministerio de Hacienda
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
MTESS	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
NEET	Not employed, nor in the education system or training (<i>No empleado, ni en el sistema educativo ni en formación</i>)
NNUU	Naciones Unidas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental

ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAMT	Políticas activas del mercado de trabajo
PANI	Programa Alimentario Nutricional Integral
PBS	Pensión Básica Solidaria
PD	Prestación definida
PIB	Producto Interno Bruto
PISA	Programa Internacional de Evaluación de Alumnos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNTE	Plan Nacional para la Transformación Educativa 2030
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPA	Paridad del poder adquisitivo
PREAL	Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe
PYG	Guaraní paraguayo
PYME	Pequeñas y Medianas Empresas
RC	Régimen Contributivo
REIFOCAL	Registro de Instituciones de Formación y Capacitación Laboral
RS	Régimen Subsidiado
SAS	Secretaría de Acción Social
SASSA	South African Social Security Agency (<i>Agencia de la Seguridad Social de Sudáfrica</i>)
SEME	Sistema de Emergencias Médicas Extrahospitalarias
SENASA	Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental
SET	Subsecretaría de Estado de Tributación

SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIIS	Sistema Integrado de Información Social
SINAFOCAL	Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales de la República Dominicana
SNEPE	Sistema Nacional de Evaluación del Proceso Educativo
SNNA	Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia
SNPP	Sistema Nacional de Promoción Profesional
SPR	Sistema de Planificación por Resultados
SPS	Sistema de Pensiones Sociales
SSIEV	Sub-Sistema Informático de Estadísticas Vitales
STP	Secretaría Técnica de Planeación del Desarrollo Económico y Social
TERCE	Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo
TI	Tecnologías de la información
TMC	Transferencias Monetarias Condicionadas
TMNN	Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales
UCA	Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción"
UNA	Universidad Nacional de Asunción
UNFPA	United Nations Population Fund (<i>Fondo de Población de las Naciones Unidas</i>)
UNICEF	United Nations Children's Fund (<i>Fondo de las Naciones Unidas para la infancia</i>)
USD	Dólar estadounidense
USF	Unidades de Salud de la Familia

VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
YLL	Years of life lost (<i>Años de vida perdidos</i>)

Resumen ejecutivo

Tras lograr un sólido crecimiento y un considerable grado de estabilidad macroeconómica en los últimos 15 años, Paraguay va camino de ser no sólo un país más próspero, sino también más inclusivo en 2030. Para materializar sus ambiciones de desarrollo, el país ha de superar múltiples obstáculos. En concreto, impulsar una transformación estructural le permitirá movilizar nuevas fuentes de crecimiento. Asimismo, Paraguay deberá fortalecer su capacidad de promover inclusión y desarrollo social.

La reducción de la pobreza avanza a buen ritmo: la pobreza extrema pasó del 12% al 4% entre 2010 y 2017, un ritmo que sitúa al país en vías de erradicar la pobreza extrema para 2030. También se estrechan con rapidez las brechas en el acceso a la electricidad, a servicios de saneamiento mejorados y a Internet. Los progresos en materia de desigualdad han sido más lentos. En Paraguay, el sistema fiscal y de prestaciones sociales contribuye a la reducción de la pobreza, pero reduce la desigualdad en menos de un 2%, una cifra baja comparada con la región y con los países de la OCDE.

Para emprender un desarrollo más inclusivo, Paraguay necesita impulsar actuaciones coordinadas que incrementen la capacidad redistributiva del Estado, mejoren la prestación de servicios públicos como la sanidad y la educación, y promuevan medidas para romper la transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. La capacidad del sistema de protección social del país de remediar vulnerabilidades y elevar el nivel de vida y la del sistema de educación y formación, para proporcionar a los ciudadanos las competencias necesarias, serán factores esenciales para lograr este cambio en el desarrollo de Paraguay.

Conseguir protección social para todos los paraguayos

Pese a éxitos considerables, el sistema de protección social de Paraguay está muy fragmentado y presenta un alcance limitado. De hecho, sólo un 21% de la población ocupada cotiza a la seguridad social. Ante el elevado grado de trabajo informal, Paraguay ha ampliado los programas de asistencia social dirigidos a los más necesitados, y ha creado un programa de transferencias monetarias para las familias pobres bien focalizado. El sistema de pensiones sociales contribuye para que casi la mitad de los paraguayos mayores de 64 años cobren pensión. Sin embargo, los principales programas de asistencia social dan cobertura a menos del 30% de los hogares en situación de pobreza.

Garantizar que todos los paraguayos reciban una protección social adecuada pasa por ampliar el alcance de la seguridad social y de la asistencia social. La incorporación de los trabajadores independientes al sistema de seguridad social es indispensable para la coherencia y sostenibilidad del sistema, y requiere ajustes que tengan en cuenta sus circunstancias. Los principales programas de asistencia social dirigidos a familias pobres y a la tercera edad han de ampliarse considerablemente para llegar a su población objetivo.

Los organismos y programas que procuran protección social son numerosos, en detrimento de su eficiencia y sinergias. Para lograr una acción pública más eficiente, Paraguay debe establecer un sistema integrado de protección social, reconsiderando su gobernanza a fin

de dotarlo de un liderazgo firme y mecanismos eficaces de coordinación. Los elementos básicos esenciales ya establecidos, como un registro único de beneficiarios, un sistema unificado de identificación de beneficiarios de asistencia social y un cuadro de apoyo a la planificación y supervisión, deben reforzarse e integrarse. Los sistemas de pensiones contributivas y no contributivas han de integrarse en un único sistema multi-pilar y su supervisión reforzarse. A corto plazo se precisarán reformas paramétricas de determinados regímenes del sistema de pensiones para asegurar la sostenibilidad financiera del sistema, mejorar su efectividad y fortalecer su progresividad.

Para lograr atención médica de calidad para todos es necesaria una reforma sistémica

En plena transición epidemiológica y demográfica, Paraguay afronta una doble carga sanitaria: las enfermedades no transmisibles aumentan, mientras persisten los desafíos derivados de enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales. Gracias al desarrollo de unidades de atención primaria y a la eliminación de tasas a los usuarios, el acceso a la asistencia sanitaria en Paraguay ha aumentado considerablemente. La población con acceso a asistencia sanitaria cualificada pasó de poco más de la mitad de la población en 2003 a más de tres cuartas partes en 2016. En cambio, la cobertura del aseguramiento de salud ha avanzado poco y permanece en niveles bajos, del 26%. En consecuencia, el gasto de bolsillo de los usuarios es alto y muchos paraguayos están expuestos al empobrecimiento como consecuencia de sus gastos por motivos de salud. Para mejorar eficazmente la salud de la mayoría de los paraguayos es preciso desplegar medidas adicionales dirigidas a generalizar la atención preventiva, elevar la calidad y garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria.

Para ofrecer una asistencia sanitaria de calidad a todos los paraguayos, el sistema de salud ha de superar su marcada fragmentación y débil rectoría. La seguridad social cubre aproximadamente al 20% de la población, y una serie de planes públicos y privados dispersos proporciona cobertura a otro 8%. El resto de la población tiene acceso al servicio nacional sanitario del Ministerio de Salud. La fragmentación produce grandes desigualdades en la disponibilidad de recursos y limita la mancomunación de fondos y riesgos. Es preciso emprender un diálogo nacional que determine el rumbo hacia una visión de futuro del sistema de salud. Partiendo de los actuales esfuerzos por desarrollar redes de salud en torno a la atención primaria, Paraguay ha de crear condiciones que propicien un sistema de salud más integrado, generalizando los acuerdos interinstitucionales, avanzando en la separación de las funciones de compras y prestación de servicios, y creando en el sistema sanitario las instituciones públicas necesarias. En lo que atañe a la financiación, Paraguay ha de estudiar formas de canalizar el gasto de bolsillo de los usuarios hacia regímenes prepagados obligatorios. Para cumplir su compromiso de proporcionar cobertura sanitaria universal, el país necesita ampliar el acceso a servicios de salud y la cobertura del aseguramiento en salud, así como aumentar la protección económica. Establecer un conjunto bien definido de prestaciones sanitarias garantizadas contribuiría a lograr este objetivo.

Reformar el sistema de educación y competencias para promover la inclusión y mejorar la transición de la escuela al trabajo

En Paraguay el acceso a la educación se ha ampliado considerablemente y la educación primaria es casi universal. Pero persisten retos, en particular en la provisión de educación inicial y en el aumento de las tasas de finalización: un 10% de los adolescentes de 14 años

no asiste a la escuela, cifra que aumenta al 28% entre los jóvenes de 17 años. La situación socioeconómica y la ubicación geográfica siguen siendo factores determinantes de la finalización de la educación secundaria, lo que perpetúa la desigualdad. La calidad del sistema educativo continúa siendo un desafío fundamental, pues más de un tercio de los estudiantes puntúa en el nivel de competencia más bajo en las evaluaciones nacionales. Unos resultados de aprendizaje mediocres y la escasa pertinencia de las competencias enseñadas complican la transición al mercado de trabajo, especialmente en el caso de quienes proceden de entornos desfavorecidos. En efecto, un 80% de quienes no terminan la educación secundaria alta tiene un empleo informal y seis de cada diez jóvenes de hogares en situación de extrema pobreza ni trabajan, ni estudian ni siguen una formación a los 29 años de edad.

Transformar el sistema educativo y de competencias de Paraguay es crucial para promover la inclusión y el acceso a empleos de mayor calidad, así como para alcanzar los objetivos de desarrollo de Paraguay. La propuesta actual de diseñar un Plan Nacional de Transformación Educativa para 2030 refleja la dimensión del desafío y la determinación de transformar el sistema educativo en un factor de inclusión. Este renovado impulso reformista debería incluir cinco elementos clave. En primer lugar, es preciso continuar con las medidas dirigidas a ampliar la cobertura educativa y fomentar la finalización de los estudios, favoreciendo el acceso a la escuela en zonas remotas y entre los menos favorecidos, y adoptando políticas que favorezcan permanecer en la escuela y finalizar los estudios, de forma que se eviten repeticiones de curso y la deserción escolar. En segundo lugar, las políticas destinadas a impulsar los resultados del aprendizaje han de centrarse en los profesores, reconfigurando su formación y sus trayectorias profesionales, los recursos educativos y la gestión de las escuelas. Mejorar la base empírica sobre los resultados del aprendizaje es crucial para informar la formulación de políticas en este ámbito. En tercer lugar, la educación será más pertinente si se reforma el currículo de educación secundaria para favorecer la incorporación al mercado laboral y sentar las bases para acceder a la educación superior. En cuarto lugar, introducir un sistema integrado de educación y de formación técnica y profesional favorecerá una buena transición del mundo de la escuela al del trabajo, donde la participación de las partes interesadas, incluidos los educadores, el sector privado y los sindicatos, será fundamental. Finalmente, las políticas para mejorar el ajuste entre la demanda y la oferta deberían fortalecer los mecanismos de información, capacitación, intermediación y anticipación de habilidades.

Capítulo 1. Visión general y recomendaciones para alcanzar las ambiciones de desarrollo de Paraguay

Paraguay ha registrado un fuerte crecimiento desde principios de la década de 2000 y se ha comprometido a emprender una senda de desarrollo más inclusivo, eficiente y transparente. Para lograr este desarrollo sostenible e inclusivo y hacer realidad su visión para 2030, Paraguay tendrá que superar dos retos fundamentales: reforzar las fuentes del crecimiento económico, impulsando una transformación estructural, y conseguir un desarrollo más inclusivo. El Estudio Multidimensional de Paraguay se propone apoyar al país en la consecución de sus objetivos de desarrollo. El segundo volumen ofrece un análisis detallado y recomendaciones de política en tres ámbitos clave a fin de compartir mejor los beneficios del desarrollo: educación, protección social y sanidad. Este capítulo ofrece una descripción general del análisis recogido en el informe, las principales conclusiones y sus implicaciones para la política de desarrollo de Paraguay. Expone, asimismo, posibles escenarios futuros y sus repercusiones en las prioridades y perspectivas de desarrollo del país.

Tras lograr un considerable grado de estabilidad macroeconómica y superar la crisis económica e institucional que asedió al país en la década de 1990, Paraguay va camino de ser no sólo un país más próspero, sino también más inclusivo en 2030. El crecimiento económico ha sido vigoroso, superando el promedio de la región pese a las dificultades por que atraviesan algunos de sus vecinos y principales socios comerciales. Junto al desarrollo de programas sociales emblemáticos, el crecimiento económico ha contribuido a que muchos paraguayos salieran de la pobreza después del cambio de siglo. Los resultados en cuanto a bienestar han mejorado en una serie de ámbitos, como el acceso a los servicios de salud o los niveles educativos.

En el pasado, la senda de desarrollo de Paraguay ha sacado provecho de su vasta riqueza natural. El crecimiento se ha basado en agricultura mecanizada altamente productiva y ganadería extensiva. La producción de electricidad limpia de las dos presas binacionales, y las ganancias que éstas producen, no solo generaron ingresos, sino que también brindaron margen de maniobra.

Un modelo de desarrollo dependiente de la explotación de recursos naturales presenta limitaciones en términos de inclusión social y sostenibilidad. En Paraguay, en donde la propiedad de los factores de producción —especialmente la tierra— está concentrada, la dependencia de la agricultura genera desigualdad en la distribución primaria de ingresos. También provoca desigualdades en la distribución territorial de las oportunidades y una fuerte presión sobre los recursos medioambientales (OCDE, 2018).

Paraguay apunta hacia un futuro mejor. Las aspiraciones de futuro del país se recogen en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) *Paraguay 2030* (Gobierno Nacional de Paraguay, 2014). El PND fija un rumbo que conlleva dos transformaciones clave: pasar de una economía basada en los recursos naturales a una economía basada en el conocimiento, y pasar de una sociedad desigual a una sociedad sin pobreza extrema que ofrezca oportunidades iguales para todos (Gobierno Nacional de Paraguay, 2014).

El Estudio Multidimensional de País (EMDP) se propone apoyar a Paraguay en la consecución de sus objetivos de desarrollo. En el volumen I de este estudio (OCDE, 2018) se evalúa el proceso de desarrollo del país sobre la base de un análisis comparativo de los resultados de desarrollo. Se identifican dos obstáculos clave al desarrollo. Por una parte, es necesario promover una transformación estructural para movilizar nuevas fuentes de crecimiento, resolviendo carencias en infraestructuras, reforzando la educación y las competencias y prosiguiendo los esfuerzos para fortalecer la gobernanza. Por otra parte, el país necesita aumentar la capacidad del Estado para promover el desarrollo social y la inclusión social. Esto requiere encontrar soluciones al empleo informal y a la fragmentación de la protección social, introducir nuevas fuentes para financiar el desarrollo y adoptar políticas de desarrollo territorializadas.

Este segundo volumen del EMDP de Paraguay se centra en tres áreas clave que requieren reformas a fin de hacer más inclusiva la senda de desarrollo del país. Proporciona un análisis detallado de los avances del país en protección social, sanidad y educación, y formula recomendaciones de política que ayudarán al país a alcanzar sus ambiciosos objetivos en estos ámbitos. El capítulo comienza por un examen de los avances logrados por Paraguay hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con los que en gran medida está en consonancia el PND. A continuación, se ofrece un resumen de las conclusiones y recomendaciones de política de cada uno de los capítulos restantes del volumen.

Avances y retos en la senda de desarrollo de Paraguay

Paraguay ha avanzado hacia los ODS, aunque en algunos casos a un ritmo inferior al necesario para alcanzar los objetivos

Paraguay ha conseguido grandes avances en ciertas dimensiones clave del desarrollo, pero en otras progresa más lentamente. El Gráfico 1.1 muestra el progreso logrado desde 2005 en cada uno de los 17 ODS, salvo en vida marítima. Los indicadores se eligieron de acuerdo con el cuadro de indicadores de los ODS (cuando se encontraban disponibles) y los objetivos corresponden con los objetivos nacionales (cuando existen), o los internacionales, en caso de que los nacionales no se hayan fijado explícitamente.

En cuanto a la lucha contra la pobreza, tanto el crecimiento de los ingresos laborales como la ampliación de los programas de reducción de la pobreza contribuyeron a disminuirla a un ritmo que sitúa al país en el camino adecuado para lograr erradicar la pobreza extrema en 2030. El progreso fue también importante a la hora de estrechar la brecha en el acceso a ciertos servicios públicos clave. El acceso a la electricidad, que ya era alto, es ahora casi universal y se ha avanzado mucho en generalizar el acceso a las redes de saneamiento. El acceso a Internet también se ha extendido rápidamente, incrementando las oportunidades de una mejor prestación de servicios públicos.

Pese al progreso en infraestructura social, la infraestructura de transporte sigue siendo un obstáculo significativo, como se señala en el volumen 1 del estudio (OCDE, 2018). Paraguay ha realizado esfuerzos significativos para aumentar la inversión pública en infraestructura de transporte, pero aún no ha conseguido movilizar la inversión privada. La creación de un sistema nacional de inversión pública ha fijado las condiciones que permiten evaluar y valorar mejor los proyectos, y en 2013 se establecieron nuevos marcos para proyectos público-privados. Aun así, se requieren esfuerzos adicionales para que los proyectos de infraestructura reflejen plenamente las prioridades de desarrollo del país.

Lograr una senda de desarrollo más inclusiva sigue siendo un reto importante que exige acciones de política decididas

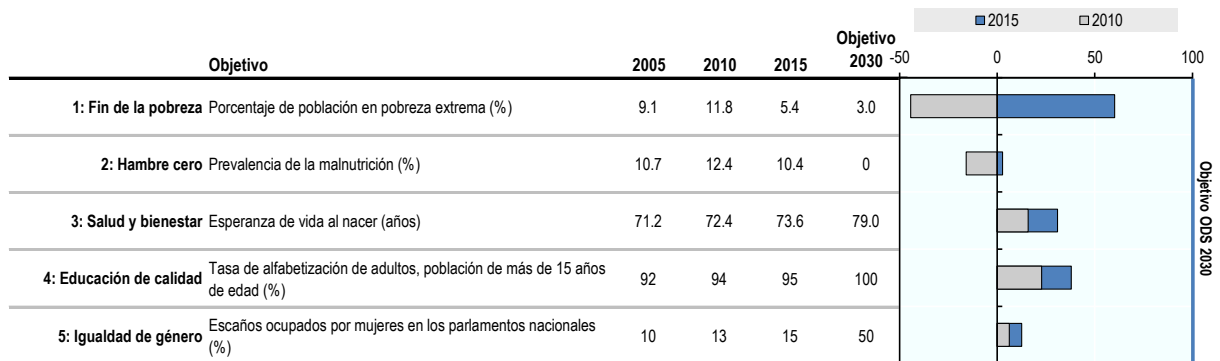
En los distintos ámbitos, si bien se ha progresado en combatir la exclusión, la disminución de la desigualdad ha resultado más dificultosa. Aunque la desigualdad de los ingresos se ha reducido, sigue siendo elevada en comparación con el resto de la región y con los países de la OCDE. Además, los principales factores de la desigualdad han evolucionado lentamente. Es el caso de los indicadores que miden la calidad del empleo, como la difusión del trabajo asalariado y el empleo informal.

Un desarrollo más inclusivo exige abordar desde ya las desigualdades. En Paraguay, el sistema fiscal y de prestaciones sociales contribuye a reducir la pobreza. Sin embargo, sólo logra una reducción de la desigualdad —medida por el coeficiente de Gini— inferior al 2% (OCDE, 2018). Esto sitúa al país entre los de menor grado de redistribución de la región. La capacidad del Estado paraguayo de redistribuir los ingresos es muy inferior a la de los países de la OCDE. Teniendo en cuenta los bajos niveles de gasto público, la reforma de la capacidad de redistribución podría incidir tanto en el lado del ingreso como del gasto. Entre los países de la OCDE, el grueso de la redistribución tiene lugar por el lado del gasto. En Paraguay, el alcance de los principales programas de protección social, que pueden afectar decisivamente a la desigualdad de ingresos, aún está lejos de su objetivo.

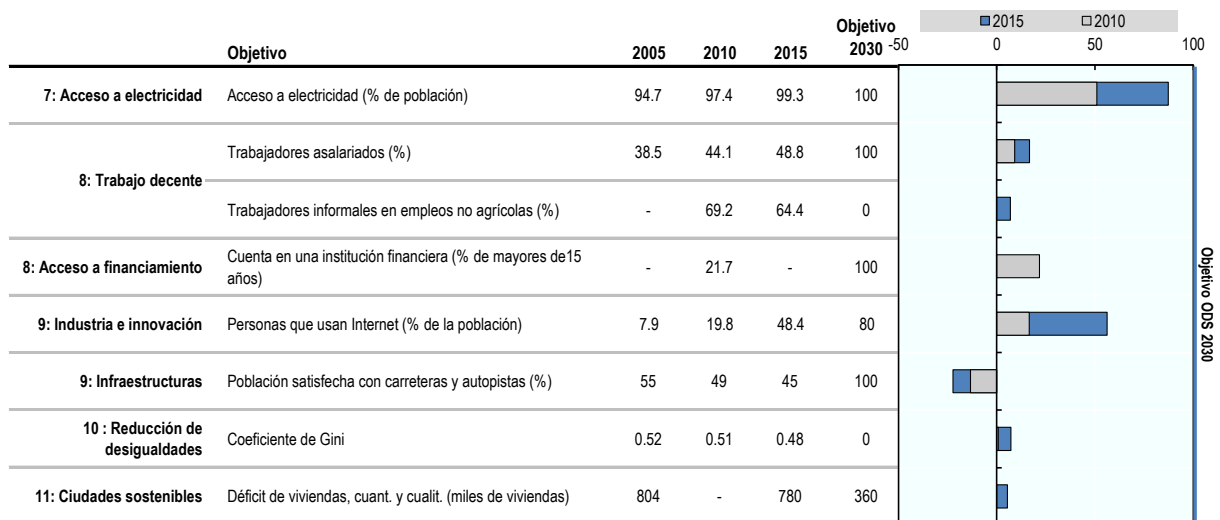
Gráfico 1.1. Progreso en las dimensiones de los ODS en Paraguay

Progreso hacia el objetivo en 2030 (tomando 2005 como línea base)

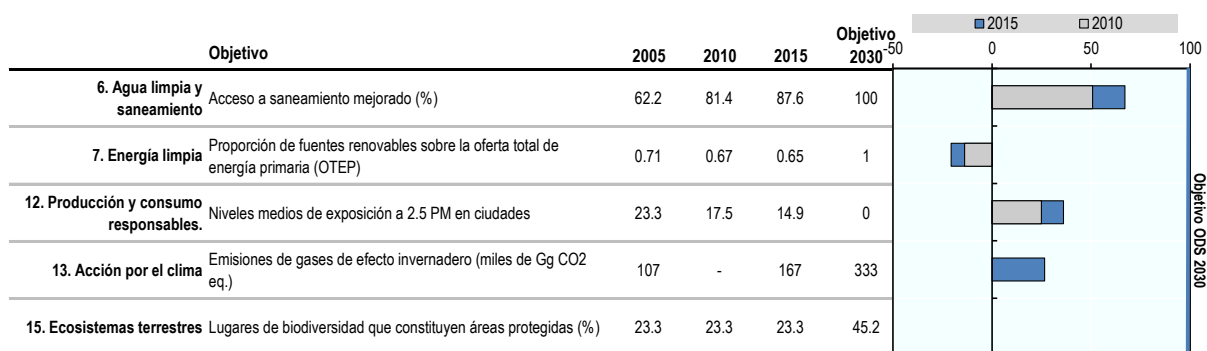
Panel A. Bienestar de las personas



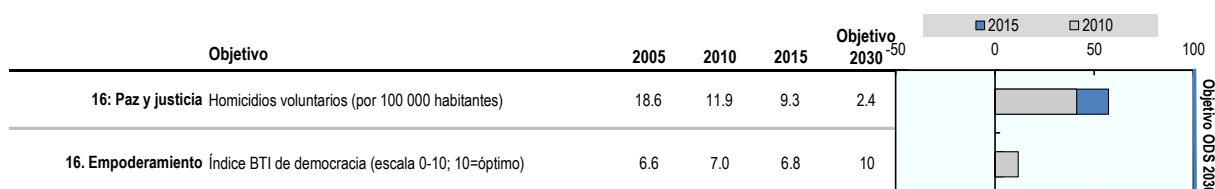
Panel B. Prosperidad



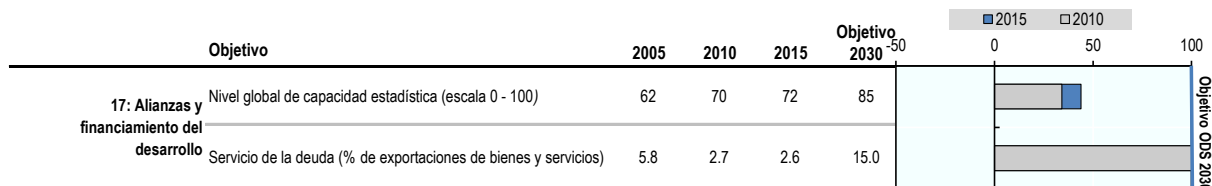
Panel C. Planeta



Panel D. Paz e instituciones



Panel E. Alianzas y financiamiento



Nota: En el indicador de trabajadores no agrícolas de la economía informal, el año de referencia es 2010 en vez de 2005. La base de referencia correspondiente al indicador de acceso a la financiación es 0 por la falta de datos. El indicador de ciudades y comunidades sostenibles se refiere a 2002 en lugar de a 2005 y a 2012 en lugar de a 2015. El indicador de emisiones de gases de efecto invernadero se refiere a 2012 en lugar de 2015. El indicador de la población satisfecha con carreteras y autopistas se refiere a 2006 en lugar de a 2005. El índice BTI de democracia utiliza 2006 en lugar de 2005, y 2016 en lugar de 2015.

Fuente: Los autores, basándose en datos oficiales nacionales cuando existen y, en caso contrario, en datos internacionales: *Encuesta Permanente de Hogares* (DGEEC, 2017); *Sistema de indicadores ODS* (Naciones Unidas, 2018), <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database>; *Energía sostenible para todos (SE4All)* (base de datos) (Banco Mundial, 2018), <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=Sustainable-Energy-for-All>; Encuesta mundial Gallup (2018); Agencia Internacional de la Energía (2018), base de datos; *Global Burden of Disease Study* (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2016); *Indicadores del desarrollo mundial* (base de datos) (Banco Mundial, 2018), <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>; *Bertelsmann Transformation Index 2008* (Stiftung Bertelsmann Stiftung, 2008); *Reporte Nacional de Inclusión Financiera 2017* (MH, 2017).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821323>

Los servicios públicos, en particular educación y sanidad, pueden contribuir considerablemente a disminuir las desigualdades. El nivel educativo está vinculado a las oportunidades de generación de ingresos y, en Paraguay, es un factor muy determinante de la calidad de los puestos de trabajo a los que se puede acceder. El país aún está por alcanzar una educación básica universal de calidad, que no sólo enseñe las competencias necesarias

para la economía del mañana, basada en el conocimiento, sino que también ofrezca oportunidades a todos los paraguayos.

Una senda de desarrollo más inclusivo requiere también buscar soluciones a la transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. Varias políticas sociales en Paraguay, y en particular los programas emblemáticos de transferencias monetarias condicionadas, pretenden incentivar la formación de capital humano entre la población desfavorecida, a través de la mejora de los resultados educativos y sanitarios, ampliando de este modo sus posibilidades de incrementar sus ingresos. Un elemento crucial de esta estrategia es potenciar, por el lado de la oferta, el acceso a una sanidad y educación de calidad.

Lograr protección social para todos los paraguayos exige mayor inversión y un enfoque sistémico

En los últimos años, la calidad de vida ha mejorado en Paraguay y la inversión en políticas sociales permitirá al país continuar este camino. La pobreza monetaria se redujo casi a la mitad tras aumentar con el cambio de siglo; aun así, la situación de muchos paraguayos sigue siendo de vulnerabilidad. La incipiente clase media necesita apoyo para estabilizarse. En su Plan Nacional de Desarrollo *Paraguay 2030* y en la Nota Sectorial de Protección Social, Paraguay reconoce la importante función que desempeña la protección social a efectos de lograr una senda de crecimiento sostenible.

Pese a los notables avances registrados, la cobertura de la protección social sigue siendo insuficiente

La protección social en Paraguay todavía está evolucionando. La protección social reduce la pobreza y la desigualdad, pero menos que en otros países de América Latina. No todas las contingencias están cubiertas y muchos grupos de población carecen de protección. Medido por el porcentaje de la población que cotiza a la seguridad social o percibe una prestación contributiva o no contributiva, sólo un 24.5% de los paraguayos están cubiertos por la protección social, por debajo de la mitad del promedio de América Latina. Los elevados niveles de trabajo informal y autoempleo limitan el alcance de la seguridad social: en 2016 sólo un 21% de la población ocupada contribuía a la seguridad social. Por este motivo, Paraguay amplió su asistencia social, apuntando a la población más necesitada; sin embargo, menos del 30% de los hogares pobres reciben uno de los programas emblemáticos de asistencia social focalizados en niños y ancianos.

El sistema de pensiones contributivas ha de reformarse y ampliarse. Paraguay ha podido, por la juventud de su población, mantener un sistema de pensiones generoso para una población mayor relativamente pequeña. Sin embargo, el sistema es insostenible por su fragmentación y por los cambios demográficos. Sólo un 16% de los mayores de 64 años percibe una pensión contributiva. Las tasas de cotización no están en consonancia con la generosidad de los sistemas de pensiones y los cotizantes pueden percibir una pensión más generosa que en los países de la OCDE desde una edad temprana. La tasa de sustitución neta de la pensión contributiva es 40 puntos porcentuales mayor que la media de la OCDE (un 103.8% frente a un 62.9%). En su estado actual, los planes de pensiones son desiguales e insostenibles. En 2032, las cotizaciones al fondo principal de pensiones para trabajadores del sector privado no alcanzarán a cubrir el gasto en pensiones, y el déficit de los planes de trabajadores no funcionarios representa ya un 0.44% del Producto Interno Bruto (PIB).

Incorporar a los trabajadores autónomos al sistema de seguridad social es indispensable para lograr un sistema de protección social sostenible y consistente. Si bien desde 2013 los

trabajadores autónomos pueden cotizar voluntariamente al sistema de pensiones de la seguridad social, en su configuración actual el sistema los excluye *de facto*. Los ingresos bajos e irregulares dificultan seriamente a los trabajadores autónomos cumplir las obligaciones de cotización. Los fondos de pensiones no aceptan aportes basados en ingresos inferiores al salario mínimo, excluyendo de este modo al 65.7% de trabajadores por cuenta propia que no llegan a percibir el salario mínimo en América Latina. Las cotizaciones mínimas legales a la seguridad social representan más del 21.5% de los ingresos generados mensualmente por un trabajador autónomo paraguayo. En el caso de trabajadores pobres situados en el extremo inferior de la distribución de ingresos, las cotizaciones representarían incluso un 88% de sus ingresos, cifra superior al coste teórico para los trabajadores pobres en los países latinoamericanos.

La fragmentación de la protección social dificulta la cobertura y su gobernanza

La asistencia social y la seguridad social en Paraguay se beneficiarían de una estrategia integrada, coordinada y coherente. Actualmente apenas existe interacción o coordinación entre los dos pilares de la protección social. Las entidades de seguridad social operan sin supervisión significativa y su actividad se ve dificultada por la precariedad del sistema de gestión de la información. Aunque la asistencia social desempeña una función importante en el Plan Nacional de Desarrollo, adolece de falta de liderazgo claro. Desde que se interrumpió la coordinación ministerial (por medio del Gabinete Social), el único mecanismo importante de coordinación entre las instituciones se da en torno al programa de reducción de la pobreza *Sembrando Oportunidades*. Si bien este mecanismo ha logrado vincular con éxito acciones entre programas y organismos, su limitado alcance no se presta a facilitar una coordinación del sistema de protección social en su conjunto. La secretaría del Gabinete Social ha seguido desarrollando instrumentos de coordinación, como el registro único de beneficiarios y una matriz de protección social que incluye estimaciones presupuestarias para los programas de protección social hasta 2023, pero no ha ejercido una función de liderazgo de alto nivel en la coordinación de políticas.

La aspiración de Paraguay de ampliar la cobertura de la seguridad social requiere financiación. La ampliación de la protección social requiere movilizar recursos, en especial para asistencia social. Para extender la cobertura de los principales programas de asistencia social de Paraguay a toda la población objetivo, manteniendo los niveles actuales de prestaciones y de errores de inclusión, deberían como mínimo doblarse los niveles actuales de gasto hasta el 0.7% del PIB en el caso del programa de transferencias monetarias condicionadas *Tekoporã* y el 1.4% del PIB en el caso del programa de pensiones sociales *Adulto Mayor*. Por lo tanto, para que la protección social alcance de manera sostenible a un mayor número de ciudadanos paraguayos es crucial movilizar recursos nacionales. Los impuestos que gravan ingresos, beneficios y plusvalías del capital están entre los menores de América Latina. De hecho, en Paraguay la presión tributaria es de las menores de América Latina y la mitad del promedio de los países de la OCDE.

Recomendaciones principales

Ampliar la cobertura de la seguridad social

Es indispensable desarrollar una estrategia integrada para hacer cumplir las contribuciones a la seguridad social. Entre los trabajadores asalariados el empleo informal es frecuente, al igual que la evasión de impuestos y de cotizaciones de seguridad social. Ampliar la cobertura de la seguridad social requiere resolver estos obstáculos. El Estado tiene que fortalecer los recursos financieros y humanos asignados a los sistemas de inspección y

supervisión que contribuyen a la lucha contra la evasión. Además de los recursos, es necesario ofrecer asesoramiento a los empleadores y asistencia para el registro de trabajadores. En el marco de una estrategia general, las autoridades competentes deben también realizar un seguimiento de los afiliados que dejen de cotizar, apoyar en lo posible su reincorporación y extraer las conclusiones necesarias cuando dejen de cotizar.

Reducir los efectos no deseados que resultan del requisito legal de la contribución mínima permitiría a más trabajadores independientes cotizar a la seguridad social. Unos ingresos irregulares y de baja cuantía, así como la exigencia legal de que los ingresos declarados no sean inferiores al salario mínimo, constituyen restricciones fundamentales para los trabajadores independientes. Rebajar la base de cotización mínima a la pensión mínima eliminaría la barrera legal a la que se enfrentan muchos trabajadores independientes. Es igualmente importante revisar el nivel del salario mínimo y examinar si representa un obstáculo para cotizar a la seguridad social.

El sistema de seguridad social debería adaptar el cobro de las cotizaciones a la realidad de los trabajadores independientes. Los trabajadores autónomos rara vez perciben ingresos estables, lo que prácticamente les imposibilita aportar una cotización fija con regularidad. Ofrecer a los trabajadores autónomos flexibilidad en sus cotizaciones, sobre todo con cuantías y frecuencias variables, puede ser una manera de adaptar el sistema a la realidad de este tipo de trabajadores. Para establecer efectivamente unas contribuciones flexibles, el cálculo de las pensiones ha de basarse en los ingresos a lo largo de toda la vida. Una alternativa a las cotizaciones flexibles es un impuesto único o monotributo. Algunos países han ampliado la cobertura de los trabajadores autónomos exigiendo, como contribución conjunta en concepto de impuestos y seguridad social, el pago de un importe fijo determinado por categorías de ingresos presuntos. Asimismo, subsidios temporales y cuidadosamente diseñados para las cotizaciones de los trabajadores autónomos podrían también incrementar la afiliación de los trabajadores autónomos con bajos ingresos.

Establecer un sistema de protección social integrado

El sistema de protección social de Paraguay debería proteger frente a todas las contingencias. En la actualidad, no todas las contingencias están cubiertas debido a la falta de coordinación entre la seguridad social y la asistencia social, así como por la falta de normas para cubrir determinados riesgos. Un sistema de protección social integrado podría ofrecer prestaciones familiares también para los trabajadores del sector formal que no están en situación de pobreza. Asimismo, los trabajadores en situación laboral formal deberían tener cobertura de desempleo.

Las pensiones contributivas y no contributivas deberían interactuar e integrarse en un sistema de pensiones multi-pilar. Esta integración puede conseguirse creando un sistema con tres pilares. En primer lugar, el programa de asistencia social para la tercera edad, *Adulto Mayor*, debe transformarse en una pensión básica dentro de un sistema integrado. Ello requiere perfeccionar la configuración de *Adulto Mayor*, estableciendo un tope para la prestación y —lo que es más importante— permitiendo que una persona perciba una combinación de pensiones contributivas y no contributivas. Esta combinación exigiría reformar el programa *Adulto Mayor*, reduciendo sus prestaciones para quienes perciban pensiones contributivas más altas. En segundo lugar, el Estado tiene que crear un sistema obligatorio integrado de pensiones de prestación definida. Esto puede lograrse integrando a las entidades prestadoras de pensiones en un organismo único de seguridad social obligatoria para los trabajadores privados e, idealmente, los trabajadores públicos. En tercer lugar, los trabajadores han de tener la posibilidad de complementar las pensiones

obligatorias con planes de ahorro voluntarios. Los planes de pensiones cerrados podrían transformarse en planes de ahorro profesional que complementasen el sistema obligatorio de pensiones de prestación definida.

Paraguay necesita redoblar la inversión en protección social. Para que los principales programas de asistencia social de Paraguay cubran las necesidades del conjunto de sus poblaciones objetivo necesitarán doblar sus presupuestos. Un análisis presupuestario cuidadoso debería ayudar a financiar esta ampliación y una mayor eficiencia del gasto podría reducir los fondos adicionales necesarios. Por ejemplo, podrían liberarse recursos sustanciales reduciendo la actual fragmentación de programas de asistencia social cuyos objetivos son similares. Además, si el gasto en asistencia social se definiera y contabilizara conforme a las prácticas internacionales, podrían efectuarse comparaciones entre países y períodos.

Mejorar la movilización de recursos nacionales es esencial para financiar la protección social. Los ingresos fiscales deben incrementarse para financiar la ampliación de la protección social, al tiempo que la carga fiscal actual no refleja la creciente demanda de servicios estatales. Para garantizar la financiación de la creciente demanda de protección social y otros servicios estatales podrían revisarse las tasas impositivas y las exenciones. La lucha contra la evasión fiscal y la mejora de la recaudación fiscal deberían tener igual importancia e intensificarse. Estas medidas pueden aumentar los ingresos fiscales sin necesidad de elevar sustancialmente las tasas impositivas y los incentivos a la inversión. La financiación de la asistencia social también se beneficiaría de impuestos específicos (*earmarked taxes*), que asegurarían los recursos financieros más allá de los ciclos presupuestarios.

Mejorar la gobernanza de la protección social

Una mayor coordinación entre organismos favorecería la ejecución e impacto de los programas de asistencia social. Paraguay necesita armonizar efectivamente los mecanismos de focalización y facilitar el intercambio de información entre organismos. Deberían seguir reforzándose e integrándose los instrumentos de coordinación esenciales, como el instrumento unificado de focalización, la base de datos única de beneficiarios y el tablero de control de programas de lucha contra la pobreza. La ejecución de los programas y la relación entre los ciudadanos y el Estado se beneficiarían de la presencia de personal conjunto en el terreno. Tal presencia facilitaría la interacción con los beneficiarios, la derivación de usuarios y la reducción de costos. Esta coordinación horizontal exige restablecer la coordinación ministerial a través del Gabinete Social o asignar a otro organismo la función de coordinador del sistema de protección social o, más en general, de la política social.

El sistema de pensiones debe regularse y supervisarse para mejorar su estabilidad y fiabilidad. Debe crearse un órgano que supervise las entidades prestadoras de pensiones al objeto de remediar las carencias de control y regulación. Dicho órgano supervisor deberá dotarse de los recursos financieros y humanos necesarios, y deberá garantizarse su imparcialidad. Parte de la regulación deberá ofrecer pautas claras sobre las inversiones, en concreto fijando niveles máximos de inversión por categoría e imponiendo la diversificación de las inversiones. En este proceso, el órgano supervisor debería imponer la estandarización de los informes financieros presentados al Ministerio de Hacienda (y otras instituciones).

Debe mejorarse la gobernanza interna de las entidades prestadoras de pensiones. Muchas entidades prestadoras de pensiones han de mejorar y digitalizar su registro de aportes, algo

que reduciría gastos administrativos, aceleraría el proceso para determinar los derechos a pensión y serviría de base para unas estadísticas fiables de las obligaciones futuras. La mayor entidad de seguridad social para trabajadores del sector privado debe separar con claridad la gestión de sus áreas de pensiones y de salud. Además, la entidad prestadora de pensiones para los trabajadores del sector público debería pasar a ser una institución independiente.

Establecer un sistema de pensiones más coherente, equitativo e inclusivo

Paraguay debe estandarizar su sistema de pensiones para mejorar la equidad del sistema. En la actualidad, los diversos parámetros de los planes de pensiones (p. ej. tasas de cotización, edad de jubilación y tasas de sustitución) varían ampliamente, lo que origina desigualdades. Paraguay ha de reformar su sistema de pensiones a fin de superar estas desigualdades. Son medidas clave de un sistema equitativo unificar las edades de jubilación, la base de cálculo de las prestaciones, y las tasas de sustitución y de acumulación. Todas las pensiones de jubilación se actualizarían aplicando el mismo método.

Reforzar el vínculo entre prestaciones y cotizaciones es esencial para garantizar la sostenibilidad del sistema. Dicho vínculo puede reforzarse incrementando el número de años que se consideran para calcular la pensión de jubilación, así como revisando periódicamente el nivel de la prestación y las tasas de cotización. Los niveles de prestaciones han de tener un techo y reflejar la tasa decreciente entre contribuyentes y pensionistas. La revisión periódica de las tasas de cotización debe basarse en estudios actuariales, la evolución demográfica, la situación económica, el ratio entre pensionistas y contribuyentes y la solvencia financiera de cada plan de pensiones.

Superar la fragmentación y acelerar las reformas puede mejorar la salud de los paraguayos

Paraguay enfrenta una doble carga resultante de viejos problemas sanitarios no resueltos y nuevos desafíos

Paraguay ha venido atravesando una marcada transición demográfica y epidemiológica. Las enfermedades no transmisibles aumentan rápidamente, mientras que las transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales no se han reducido tanto como se esperaría. En particular, las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles aumentaron el 62.8% entre 2000 y 2016, mientras que la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales disminuyó sólo un 49.4% durante ese período. El curso de la transición epidemiológica de Paraguay impone una carga doble al sistema de salud. Además de abordar enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales, el sistema ha de afrontar una carga de enfermedades no transmisibles en rápida expansión. Por otro lado, las tasas de discapacidad y de mortalidad derivadas de lesiones externas han aumentado en las últimas décadas, sobre todo por accidentes de tráfico y violencia interpersonal. Entre 2000 y 2016, las tasas de mortalidad por lesiones externas aumentaron un 50.5% (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2016).

La transición epidemiológica ha venido acompañada de mayor sedentarismo y unos hábitos dietéticos poco saludables entre la población, conllevando un deterioro de los factores de riesgo y de los elementos sociales que afectan a la salud. En Paraguay los riesgos metabólicos y de estilo de vida son los principales responsables de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles. Entre los riesgos metabólicos, los factores que más

contribuyen son el alto nivel de glucosa en sangre en ayunas, la tensión sanguínea alta y un índice elevado de masa corporal. Los riesgos asociados al estilo de vida más nocivos se refieren a la dieta, la malnutrición y el consumo de alcohol, drogas y tabaco.

El sistema de salud está fragmentado, limitando su capacidad y eficiencia

La prestación de servicios de salud está segmentada y carece de coordinación. El sistema de salud de Paraguay lo componen el subsistema público, el subsistema mixto de seguridad social y el subsistema privado. Los tres subsistemas están, en su mayor parte, integrados verticalmente: recaudan ingresos, gestionan fondos y prestan sus servicios de forma independiente. Cada uno cubre distintos grupos de población, fundamentalmente sobre la base de su situación en el empleo y capacidad de pago. El conjunto de servicios que ofrecen difiere y cada segmento de población recibe diferentes prestaciones y niveles de calidad.

Varias reformas fracasaron en su intento de transformar significativamente el sistema de salud. La Ley 1032, adoptada en 1996, fue todo un hito en la reforma del sector sanitario de Paraguay. Aun cuando se ha progresado en su aplicación, una serie de disposiciones clave en materia de gobernanza previstas en la reforma de 1996 y otras reformas posteriores suscitan fuerte oposición. En cuanto a la Atención Primaria en Salud, el país ha introducido reformas para pasar de una estructura piramidal a un modelo de red, aunque dichas reformas aún no se han materializado plenamente. El hecho de que el sistema de salud paraguayo sea una mezcla de modelos, con distintos valores e intereses de por medio, hace difícil llevar a cabo una reforma, sin que antes exista un consenso nacional sobre la forma de avanzar.

La débil capacidad rectora de las autoridades sanitarias ha limitado el potencial del país en términos de acceso y calidad de la asistencia sanitaria. La fragmentación del sistema de salud (con sus distintas modalidades de financiación, regulación, afiliación y prestación de servicios) complica significativamente la labor rectora. Es también reseñable la debilidad del marco regulador y de los órganos supervisores. La gestión de la información es ineficiente, lo que limita la base empírica de que se dispone al formular políticas y obstaculiza la continuidad de la atención sanitaria.

Los mecanismos de financiación de la salud están muy fragmentados y son insuficientes. La financiación sanitaria procede de diversas fuentes, entre ellas el gasto público, las cotizaciones al régimen de seguridad social, los pagos anticipados voluntarios y el gasto de bolsillo en que incurren los usuarios. Los ingresos destinados a la atención sanitaria de los distintos grupos de población se mantienen en fondos separados, sin posibilidad de financiación cruzada entre sí. Aunque anteriores gobiernos hicieron grandes esfuerzos por incrementar el gasto público sanitario, la financiación todavía es insuficiente y poco equitativa. El sistema de salud depende fuertemente del gasto de bolsillo de los hogares.

Pese a avances recientes, Paraguay se enfrenta a grandes retos para alcanzar la Cobertura Universal de Salud (CUS). La CUS busca garantizar que todas las personas y comunidades de un país reciban los servicios de salud que necesitan sin incurrir en dificultades económicas. El acceso a la asistencia sanitaria y el aseguramiento sanitario son aún limitados, especialmente entre la población más vulnerable. Entre los deciles de población más pobres, sólo una minoría está cubierta por un seguro de salud. Debido a la fuerte dependencia del sistema en el gasto de bolsillo de los usuarios, muchos paraguayos incurren en gastos catastróficos por motivos de salud y se exponen a otros riesgos financieros. El derecho a un conjunto específico de prestaciones sanitarias es muy limitado y está muy relacionado con la capacidad de pago de las personas. A este respecto, casi un 80% de la

población no está asegurada y, por tanto, no tiene derecho a un conjunto de prestaciones específicas y garantizadas.

Recomendaciones principales

Reestructurar el sistema para mejorar la prestación de atención sanitaria

Una mayor integración y coordinación es esencial para prestar los servicios de salud y lograr los objetivos de la política sanitaria. Es preciso mantener un diálogo nacional con miras a alcanzar un amplio consenso sobre la visión de futuro del sistema de salud. El gobierno tiene el deber de establecer las condiciones marco necesarias para favorecer la integración de la prestación de los servicios de salud en el sistema público y, potencialmente, en el sistema privado. Dicho marco debería apuntar a la generalización de los acuerdos interinstitucionales entre entidades del sector público para la prestación de servicios. Del mismo modo, la contratación pública de servicios y suministros sanitarios podría agilizarse introduciendo las oportunas reformas. A largo plazo, el país debería plantear la separación de las funciones de compra y prestación de servicios en el sistema de salud. Ello implicaría reformar el modo en que las instituciones de financiación, públicas o privadas, remuneran a los proveedores de servicios de salud.

Debe reforzarse la transición del sistema nacional de salud hacia un modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basado en la Atención Primaria en Salud (APS). La implantación plena de un modelo de redes podría enfrentar los principales retos que plantea la fragmentación de los servicios de salud. Por otra parte, la atención primaria es esencial para asegurar la continuidad de la atención en todo el sistema. Para avanzar en este ámbito, el sistema debe (i) velar por que las Unidades de Salud de la Familia (USF) dispongan de suficientes recursos humanos y financieros, e (ii) incrementar el ritmo de expansión de las USF.

La gobernanza del sistema nacional de salud debe mejorarse. Paraguay puede reforzar el rol rector del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social dotando a las instituciones supervisoras de la autonomía y los recursos financieros y humanos necesarios. El país también debería aplicar el marco legal relativo a la gobernanza del sistema nacional de salud. Para elevar la calidad de los servicios de salud el sistema debe consolidar y simplificar los organismos legales y regulatorios del sector sanitario. Para ello es preciso garantizar que la regulación se aplica a todos los actores pertinentes, suprimir incongruencias y actualizar o derogar la legislación desfasada.

Aumentar la inversión en el desarrollo de sistemas de información sanitaria podría mejorar la información estadística y favorecer la continuidad de la atención. Paraguay debe sus esfuerzos para mejorar la precisión de las estadísticas vitales y unificar los sistemas dentro de las instituciones y, cuando proceda, entre subsistemas público, privado y mixto. Aumentar la capacidad de los órganos rectores permitiría elaborar estadísticas sanitarias para todo el sistema de salud con el apoyo de la autoridad estadística nacional. Para asegurar la continuidad de la asistencia, el país debe seguir desarrollando el sistema de registros médicos a efectos tanto de inscripción como de acceso.

Asegurar una financiación sostenible

Diversificar las fuentes de financiación sanitaria contribuiría a asegurar su sostenibilidad. La expansión del seguro social puede contribuir a la obtención de fondos, pero tendrá que complementarse con la financiación vía impuestos generales. En el caso de Paraguay, las opciones incluyen elevar los impuestos que gravan productos que generan riesgos o costos

para la salud pública, en particular el tabaco y el alcohol, y destinar una parte de la recaudación de estos impuestos a la financiación sanitaria.

Paraguay ha de estudiar formas de canalizar el gasto de bolsillo de los usuarios hacia regímenes obligatorios de prepago. Este punto es crítico para la sostenibilidad de la financiación sanitaria y para avanzar hacia una cobertura sanitaria universal de una forma más equitativa y eficiente. La afiliación voluntaria implica una autoselección y es ineficiente. La obligatoriedad de la afiliación es un paso decisivo, pero debe acompañarse del diseño de un sistema en virtud del cual el erario público sufrague las cotizaciones de las personas que no pueden pagarlas y que prevea mecanismos para exigir el pago de las cotizaciones a aquellas otras con recursos suficientes. Es necesario reformar también los sistemas contributivos para adaptarlos más a las circunstancias de los trabajadores autónomos. Por otra parte, podría también estudiarse que el sistema ofreciera seguros de salud subsidiados total o parcialmente a las personas que no pudieran pagarlos (mediante un subsidio con control de recursos).

Paraguay podría establecer mecanismos de financiación para cubrir contingencias clave. Algunas contingencias, no cubiertas suficientemente por los fondos mancomunados de seguros existentes, podrían quedar amparadas por un sistema que canalizase fondos para garantizar la prestación del servicio. La implementación del Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud (FONARESS), un fondo mancomunado para tratamientos de alta complejidad, puede contribuir a lograrlo. A este respecto, las aseguradoras privadas y el IPS podrían actuar como entidades recaudadoras y efectuar contribuciones al fondo, ajustando sus provisiones financieras atendiendo al conjunto concreto de contingencias a financiar mediante FONARESS. A largo plazo, Paraguay puede estudiar las opciones de fusionar fondos mancomunados de riesgo o crear un sistema que permita transferencias entre ellos.

A la larga, asegurar una financiación sanitaria suficiente en Paraguay exigirá establecer mecanismos que favorezcan ampliar la cobertura del servicio y mancomunar riesgos. Dichos mecanismos deben asegurar la mancomunación de flujos financieros y riesgos con miras a permitir una asignación más eficiente de los recursos en el sistema. Además habrán de alinearse con la reforma del pago a los proveedores, a fin de crear incentivos idóneos para ofrecer una atención de calidad, una gestión adecuada de los costos y una derivación eficiente de los pacientes.

Avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud

Para lograr la CUS de manera sostenible es fundamental invertir más en promover la salud y prevenir las enfermedades. Prevenir factores de riesgo estratégicos es una inversión difícil pero que vale la pena, ya que con frecuencia es más eficiente, en términos de costos, que tratar los trastornos de salud asociados a esos estilos de vida.

Paraguay ha de ampliar el servicio de salud y la cobertura del aseguramiento en salud, elevar la protección económica y garantizar un conjunto bien definido de prestaciones. En particular, debe ampliarse la cobertura actual de las USF para atender a las necesidades médicas de toda la población. Podría asegurarse una protección económica adecuada brindando cobertura universal para enfermedades y tratamientos costosos y mejorando la disponibilidad y la asequibilidad de los medicamentos. Por último, para avanzar hacia la cobertura universal de salud el país debe definir un conjunto de patologías o servicios garantizados cuyo tratamiento y prestación tendrá asegurada la población.

Para fomentar la inclusión y el acceso a empleos de mayor calidad son necesarias reformas del sistema de educación y competencias

Transformar el sistema de educación y competencias de Paraguay es crucial para promover la inclusión y favorecer el acceso a empleos de mayor calidad. Educación y desarrollo van de la mano, y el éxito de Paraguay en alcanzar los principales objetivos de desarrollo previstos en el Plan Nacional de Desarrollo *Paraguay 2030* dependerá en gran medida de su capacidad para mejorar el sistema de educación y competencias. El progreso ha sido sustancial, pero quedan reformas pendientes, como expone el volumen I del Estudio Multidimensional de Paraguay.

El acceso a la educación ha mejorado, pero persisten los retos de mejorar la equidad y asegurar una progresión más adecuada dentro del sistema educativo

El acceso al sistema educativo se ha ampliado considerablemente, en especial en el nivel primario, pero subsisten obstáculos en la educación inicial (pre-primaria) y secundaria. Pese a importantes limitaciones en los datos administrativos disponibles, estimaciones realizadas a partir de encuestas muestran que las brechas en asistencia escolar son aún significativas, tanto en educación secundaria baja (tercer grado de la “educación escolar básica” en Paraguay) como en educación secundaria alta (“educación media” en Paraguay). En particular, los índices de asistencia escolar neta en la educación secundaria baja fueron un 78% en 2015 y sólo un 57% en la educación secundaria alta. El acceso a la educación inicial es también un reto pendiente. Aunque en preescolar (5 años) la cobertura es relativamente elevada, con una tasa de matriculación neta del 77% en 2012, el acceso a la educación inicial para niños de 0-4 años es insuficiente. En 2012, las cifras muestran tasas de matriculaciones brutas en educación inicial de aproximadamente un 38% en Paraguay, muy por debajo de la media de América Latina y el Caribe (ALC) en ese mismo año, que es de un 71%.

Persisten grandes desigualdades en el acceso al sistema educativo, sobre todo en secundaria; los factores principales son el género, la situación socioeconómica y la ubicación geográfica. Aunque el acceso a la educación primaria es generalizado, el nivel de ingresos continúa siendo un importante factor de predicción del acceso a la educación secundaria: en el quintil más rico, un 96% de los niños estaban matriculados en este nivel educativo en 2015, mientras que sólo lo cursaban un 67.7% de los incluidos en el quintil más pobre. Del mismo modo, las tasas netas de matrícula son significativamente mayores en las zonas urbanas (un 87% en 2015) que en las zonas rurales (un 70%), que es donde vive el 91% de la población indígena (DGEEC, 2014). El acceso desigual a la educación probablemente perpetuará las desigualdades socioeconómicas en el país.

Aunque actualmente un mayor número de estudiantes accede al sistema educativo de Paraguay, la dificultad consiste en que los alumnos permanezcan en la escuela y se gradúen. La asistencia a clase ha subido, pero muchos estudiantes empiezan a abandonar el sistema educativo una vez cumplidos los 11 años. En efecto, en 2016 casi un 99% de la población en edad escolar asistía a la escuela, pero en ese mismo año un 10% de los adolescentes de 14 años habían abandonado los estudios. Hasta un 14%, un 23% y un 28% de los adolescentes de 15, 16 y 17 años, respectivamente, no asistían a la escuela en 2016. La deserción escolar tiende a comenzar en la etapa de transición del segundo al tercer ciclo de la *educación escolar básica* (es decir, la transición de la educación primaria a la educación secundaria baja, en torno a los 12 años). A partir de esa edad, la tasa de deserción empeora, en especial en la fase de transición de la *educación escolar básica* a la *educación media* (es

decir, la transición desde la educación secundaria baja a la educación secundaria alta, aproximadamente a los 15 años) y a medida que los estudiantes van siendo mayores. De media, dos de cada tres paraguayos de entre 5 y 18 años de edad que no asistían a la escuela en 2016 alegaron razones económicas como el principal motivo de su deserción escolar.

Pese al progreso registrado en los últimos años, las barreras que afrontan los estudiantes para acceder al sistema educativo y progresar por el mismo se traducen en unas tasas de finalización escolar relativamente insatisfactorias. En 2016, las tasas de finalización rondaban el 90% en educación primaria, pero caen hasta aproximadamente el 68% y 65% en educación secundaria baja y educación secundaria alta, respectivamente. Las desigualdades en las tasas de finalización son también significativas: sólo un 84.4% de los niños del quintil más pobre concluyen la educación primaria, frente al 99.2% de los niños del quintil más rico.

Los resultados del aprendizaje aún son insuficientes y obedecen a deficiencias en la formación docente

Los resultados del aprendizaje siguen siendo insatisfactorios, lo que pone de manifiesto el hecho de que, a pesar del considerable aumento en la escolarización, la calidad del sistema educativo aún constituye un reto fundamental. Los resultados de la evaluación de 2015 del Sistema Nacional de Evaluación del Proceso Educativo (SNEPE) muestran que casi una tercera parte de los estudiantes de todos los niveles examinados puntúan en el nivel de competencias más básico. En comparación con el SNEPE anterior, realizado en 2010, el progreso ha sido escaso, y no en todos los niveles. Los resultados son peores en los grupos desfavorecidos o entre los estudiantes de zonas remotas.

La calidad de la enseñanza por parte del profesorado, probablemente el factor individual más importante para determinar la calidad de la educación, se enfrenta a varios retos en Paraguay. El número de profesores es relativamente alto, como revela la tasa de estudiantes por profesor relativamente baja, pero muchos de ellos carecen del nivel de cualificación adecuado. En efecto, en 2012 sólo el 59% de los profesores de educación inicial estaban cualificados para enseñar en ese nivel. En educación primaria (ciclos primero y segundo de Educación Escolar Básica [EEB]) el panorama era bastante más prometedor: el 92% poseía la cualificación requerida en 2012 (frente a un 85% en 2004). La mayor parte de los docentes más cualificados enseñan en educación secundaria.

La calidad de las Instituciones Formadoras de Docentes aún no es satisfactoria, pese a ser un factor clave en la provisión de profesorado de calidad. La baja calidad de la enseñanza está directamente relacionada con la debilidad de los mecanismos de evaluación y con la falta de incentivos para mejorar los resultados. La evaluación del profesorado ha sido tradicionalmente deficiente en Paraguay. Debería ir acompañada de incentivos que potenciasen el desempeño, pero éstos han sido por lo general insuficientes al haberse ligado los aumentos salariales de los profesores básicamente a la acumulación de años de experiencia, acreditaciones y formación. Para el profesorado que busca formación continua de calidad, las opciones son limitadas. Esto representa una barrera adicional para una enseñanza eficaz y para mejorar el desempeño a lo largo de la carrera docente. A ello se suma que los incentivos para participar en este tipo de formación son escasos, dada la forma en que está diseñado el escalafón docente. En definitiva, las deficiencias en el diseño de las carreras de los docentes ofrecen pocos incentivos a los profesores para mejorar su desempeño.

La educación y las competencias pueden ser importantes de cara a mejorar la empleabilidad y el acceso a empleos de calidad. Sin embargo, la transición de las aulas al puesto de trabajo

aún presenta muchos obstáculos, que dificultan una integración con éxito en el mercado laboral. Además de los retos antes mencionados, otra barrera fundamental para una mejor empleabilidad consiste en que las competencias que adquiere un candidato en las aulas a menudo no coinciden con las que demandan los empresarios.

El bajo nivel de competencias obstaculiza la transición de la escuela al trabajo

La transición de la escuela al trabajo es difícil y un elevado porcentaje de los jóvenes que dejan el sistema educativo encuentra empleos de baja calidad. En más de la mitad de los casos, los estudiantes que dejan el sistema educativo acaban en situación de inactividad, desempleo o trabajo informal. Esta transición es más problemática entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. Cumplidos los 15 años, la deserción escolar es más significativa, con consecuencias especialmente negativas en los hogares de bajos ingresos. A los 29 años, en las familias en situación de pobreza extrema seis de cada diez jóvenes ni trabajan, ni estudian ni siguen una formación (NEET por sus siglas en inglés *Not in Education, Employment or Training*); tres de cada diez tienen un empleo informal y sólo uno de cada diez trabajadores tiene empleo formal. En las familias vulnerables, la mitad de los jóvenes de 29 años ni trabajan, ni estudian ni siguen una formación o tienen un empleo informal. El panorama es algo más alentador entre los jóvenes de 29 años de familias de clase media, de los que aproximadamente sólo dos de cada diez ni trabajan, ni estudian ni siguen una formación o tienen un empleo informal.

Los bajos niveles de educación y competencias son causa directa de una transición dificultosa de la escuela al trabajo en Paraguay. En particular, una fuerza laboral escasamente capacitada es una de las múltiples y complejas causas del trabajo informal en el país. El trabajo informal decrece a medida que aumenta el nivel educativo de los paraguayos. Mientras que la tasa de trabajo informal se mantiene por encima del 80% entre quienes no han cursado estudios o sólo han finalizado la educación secundaria baja, desciende hasta cerca del 70% entre quienes concluyeron la escuela secundaria alta, y a sólo el 30% entre quienes se graduaron en una institución de educación superior.

La baja pertinencia de las competencias limita las oportunidades de acceder a empleo formal, como muestran las grandes dificultades de las empresas formales para encontrar trabajadores con las competencias deseadas. Aproximadamente un 80% de las empresas formales del país afirman tener dificultades para cubrir sus vacantes. Esta cifra es significativamente superior a la media de ALC, ya de por sí elevada, de un 65%. Las competencias más difíciles de encontrar están relacionadas fundamentalmente con la inteligencia emocional, la comunicación y el pensamiento crítico, comprendidas todas ellas en un conjunto de habilidades transversales genéricas, que son escasas entre los trabajadores paraguayos. También son especialmente demandadas otras competencias técnicas más específicas relativas a presupuestos, finanzas o computación.

Recomendaciones principales

Estos retos indican que la agenda es ambiciosa y que los retos educativos y de competencias han de abordarse con ambición y con un compromiso político firme. La determinación de transformar el sistema educativo de Paraguay en un motor de inclusión, progreso económico y bienestar está reflejada en la propuesta actual de diseñar un Plan Nacional de Transformación Educativa para 2030. Este volumen aspira a contribuir a la definición de dicho plan y ofrece una serie de recomendaciones de políticas clave.

Las políticas han de continuar las medidas dirigidas a ampliar la cobertura educativa y fomentar la finalización de los estudios, en especial entre los grupos más desfavorecidos.

La elaboración de estadísticas educativas de mayor calidad es decisiva para favorecer la formulación, ejecución, supervisión y evaluación de las políticas. Para completar la universalización de la educación obligatoria deben aplicarse políticas que promuevan el acceso a educación en zonas remotas y entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, en especial en educación inicial y secundaria. Habida cuenta de las altas tasas de deserción en Paraguay, en el centro de tal estrategia deben estar políticas que favorezcan permanecer en la escuela y finalizar los estudios, evitando repeticiones de curso y la deserción.

Las políticas destinadas a impulsar los resultados del aprendizaje han de centrarse en los profesores, los recursos educativos y la gestión de las escuelas. A este respecto, es fundamental contar con datos más precisos sobre resultados del aprendizaje que informen la formulación de políticas. De cara a transformar la educación y mejorar la enseñanza en Paraguay, uno de los retos fundamentales es reconfigurar las trayectorias profesionales de los profesores. El objetivo es atraer talento, reforzar los incentivos al desarrollo continuo y al perfeccionamiento de competencias pedagógicas del profesorado, y establecer un mecanismo más sólido y sistemático para evaluar el desempeño de los docentes. Todo ello debe complementarse con una mayor calidad de las Instituciones de Formación Docente, lo que entraña mejorar los mecanismos de evaluación y acreditación.

Las políticas que persiguen una educación más pertinente han de centrarse en reformar el currículo de la educación media, de manera que se favorezca la inserción en el mercado de trabajo y se facilite el acceso a la educación superior. El currículo de la educación media ha de orientarse a enseñar a los alumnos competencias propias del siglo XXI. Debe comprender una combinación de competencias profesionales específicas. Los trabajadores del siglo XXI han de disponer también de competencias para procesar información y varias competencias “genéricas”, entre ellas la comunicación interpersonal, la capacidad de autogestión y de aprendizaje.

Las políticas encaminadas a favorecer una buena transición entre la escuela y el trabajo deben dirigirse hacia un sistema nacional integrado de educación y formación técnica y profesional. Dicho sistema debe orientarse a aumentar la calidad y pertinencia de las competencias que proporcionan las distintas modalidades de educación y formación técnica y profesional del país, incluyendo opciones formales y no formales. Un sistema integrado ha de favorecer la transparencia de los resultados del aprendizaje y la transferibilidad de las cualificaciones, así como ofrecer unas trayectorias profesionales claras. La participación de las partes interesadas, lo que incluye profesores, sector privado y sindicatos, será crucial al respecto.

Las políticas encaminadas a lograr un mayor ajuste entre la oferta y la demanda de competencias no deben limitarse a mejorar la pertinencia de las competencias. Es preciso extender el alcance de las políticas activas del mercado de trabajo (PAMT) para apoyar los programas de formación e intermediación que facilitan el acceso a los puestos vacantes. Mejorar la información del mercado laboral puede ser un instrumento eficaz para promover mejores opciones profesionales y educativas. Establecer mecanismos institucionales, como consejos de competencias, con miras a fomentar el diálogo entre los profesores, el sector privado y los trabajadores, puede resultar decisivo para anticipar e identificar las necesidades de competencias.

Anticipar tendencias y prepararse para retos futuros: escenarios para el futuro de Paraguay

En el marco de la metodología del Estudio Multidimensional de País (EMDP) de la OCDE se organizan una serie de seminarios durante el curso del Estudio. Estos seminarios buscan establecer contacto con las diversas perspectivas de la sociedad paraguaya e identificar los problemas y las soluciones a un desarrollo inclusivo y sostenible, en colaboración con los expertos y partes locales interesadas.

Para asegurar que las recomendaciones de este informe no sólo abordan los desafíos actuales, sino que trascienden de cambios en la economía mundial y en las tendencias nacionales, se elaboraron escenarios futuros para poner a prueba las recomendaciones. Estos escenarios permitieron estimar el modo en que las tendencias futuras podrían configurar las recomendaciones y, en especial, el modo en que diferentes contextos podrían afectar a los incentivos y las prioridades de la reforma de las políticas o incluso crear nuevos dilemas de políticas.

Esta sección expone cuatro escenarios para Paraguay elaborados con 2030 como horizonte temporal y sus repercusiones en las políticas del país. Los escenarios se elaboraron en seminarios participativos organizados en el marco del EMDP, a partir de tendencias de las economías mundial y paraguaya que guardan especial relación con las materias objeto de este informe.

Recuadro 1.1. Escenarios para el futuro de Paraguay

En el marco del EMDP de Paraguay se elaboraron cuatro escenarios alternativos con 2030 como horizonte temporal. Dichos escenarios muestran las repercusiones de perturbaciones externas y nacionales sobre el contexto en el que Paraguay ejecutará su estrategia de desarrollo. Los escenarios se elaboraron en el marco de varios seminarios participativos de prospectiva celebrados en marzo y diciembre de 2017 en Asunción.

El seminario de marzo se centró en identificar áreas prioritarias, mientras que en el titulado *Escenarios para el futuro de Paraguay* se trataron varios escenarios futuros alternativos y sus repercusiones para Paraguay. En dicho seminario, 40 participantes, entre funcionarios públicos y representantes del sector privado, la sociedad civil y el sector académico, modificaron los proyectos de escenario preparados por el equipo de la OCDE a partir de la labor realizada en la primera fase del EMDP. Los participantes debatieron las consecuencias de los diversos escenarios para las políticas, refiriéndose en concreto a las tres áreas principales del informe, a saber, educación y competencias, protección social y salud. Este ejercicio se concretó en cuatro escenarios.

Escenario 1. El nuevo superciclo

La economía mundial se recupera gracias al crecimiento sostenido de la India, que eleva la demanda mundial de productos y servicios. China sigue creciendo, aunque a tasas más bajas. La expansión de la clase media mundial, con nuevos hábitos de consumo y alimentarios, genera nueva demanda de ciertos productos, impulsando el precio global de la carne y de los insumos ganaderos, como soja y sus derivados. Para 2030, la economía paraguaya se ha diversificado: la exportación de componentes de automóviles

y productos farmacéuticos se ha vuelto significativa. Los aceites esenciales paraguayos adquieren popularidad en las grandes ciudades de Estados Unidos, Europa y Asia. Paraguay ha conseguido reforzar sus vínculos comerciales con China. El mundo asocia Paraguay con calidad y conocimientos tradicionales. Una nueva planta de montaje de automóviles se instala en Presidente Franco, cerca de Ciudad del Este, para servir al mercado brasileño. Pese a este creciente dinamismo, la economía adolece la creciente carencia de personas cualificadas. La brecha salarial aumenta, en especial entre quienes trabajan en los nuevos sectores y los demás trabajadores. Esta brecha creciente suscita inquietudes sobre la persistencia de la desigualdad.

Escenario 2. Pueblos sin jóvenes

La tasa de natalidad cae rápidamente, acelerando la transición demográfica y la despoblación de las zonas rurales. En éstas la población envejece con rapidez, ya que los jóvenes emigran a las ciudades. El presupuesto para transferencias a los adultos mayores se dobla por su aislamiento creciente. Sin acceso a las cualificaciones y oportunidades necesarias, los jóvenes emigrarán a las ciudades en busca de una nueva vida. No obstante, hay muchas barreras para establecerse en Asunción, que está ya saturada, y los jóvenes se dirigen a ciudades secundarias o más allá en el Departamento Central. En estas regiones aumentan los asentamientos irregulares por las limitaciones del ordenamiento territorial. En estas nuevas ciudades, los servicios públicos están sobrecargados. Clínicas y escuelas privadas se multiplican para atender a una población acomodada que huye de la saturación de los servicios públicos. El Estado se esfuerza por regular estos nuevos actores.

Escenario 3. El auge de la clase media

En 2030 aproximadamente la mitad de la población paraguaya pertenece a la clase media, si bien muchos siguen trabajando en la economía informal. La pobreza extrema ha sido erradicada, pero más de 3 millones de paraguayos continúan viviendo en condiciones precarias. La clase media se moviliza para exigir al gobierno mejores servicios de sanidad y educación con manifestaciones y una mayor participación electoral. Los ciudadanos demandan también la mejora de las infraestructuras de ocio y de otros servicios públicos. La población es más exigente con la honestidad de los líderes políticos y demanda más transparencia y una gestión equitativa de los recursos públicos. El gobierno responde adoptando medidas reguladoras de manera que el sector privado mejore la prestación de servicios de sanidad y educación. Sin embargo, los precios del sector privado no resultan asequibles para muchos paraguayos. El aumento de los ingresos conlleva cambios en las pautas de consumo. El aumento del consumo genera demanda para los sectores de servicios en los que trabajan las clases vulnerables. Ahora bien, ciertos cambios en el comportamiento de los consumidores empeoran los resultados de salud: el sobrepeso y la obesidad siguen ganando terreno, al igual que actividades de ocio que entrañan riesgo y los accidentes de tráfico.

Escenario 4. La aceleración del cambio climático

Las lluvias son cada vez más imprevisibles por efecto del cambio climático. La feracidad de las áreas deforestadas disminuye, lo que impulsa la demanda de fertilizantes para mantener la productividad. En invierno aumentan las inundaciones, al tiempo que las sequías son más frecuentes e intensas, especialmente en el Chaco. Las duras condiciones de vida en el campo intensifican el éxodo rural, incrementándose la población de los

asentamientos irregulares en las ciudades. En las zonas urbanas las mayores inundaciones revelan deficiencias en el diseño urbano, aumentando la imprevisibilidad del transporte y forzando a la población a trasladarse a áreas menos expuestas. En particular, los nuevos asentamientos tienen que abandonar las tierras húmedas, más vulnerables a los efectos de las inundaciones. La mayor volatilidad de las exportaciones de productos agrícolas afecta al equilibrio macroeconómico, con una entrada de divisas cada vez más incierta.

El escenario 1, “El nuevo superciclo”, presenta un entorno exterior favorable y subraya la importancia de aprovechar las ventajas de Paraguay, en concreto su patrimonio natural, su capacidad de generar electricidad limpia y principalmente su capacidad de desarrollar competencias en la fuerza de trabajo. Este escenario señala medios importantes para garantizar que la prosperidad económica beneficie a todos, en particular a través de la ampliación de la protección social y la cobertura sanitaria. En este contexto, desarrollar competencias prácticas y técnicas que sean pertinentes de cara a las nuevas oportunidades es especialmente importante para asegurar la distribución equitativa de los beneficios del crecimiento económico. En un entorno optimista como el descrito en este escenario, la prosperidad económica ofrece vías para financiar la ampliación de los servicios públicos. No obstante, habrá que tomar medidas para extender la economía formal y controlar mejor la evasión fiscal. Este escenario recalca también la importancia de la continuidad de los esfuerzos de Paraguay por integrar al país en las redes mundiales, creando una imagen global y desarrollando relaciones comerciales con nuevos actores mundiales clave.

El escenario 2, “Pueblos sin jóvenes”, pone de manifiesto dos temáticas en la senda de desarrollo de Paraguay. En primer lugar, las desigualdades territoriales en materia de oportunidades económicas y servicios públicos continúan siendo amplias. Eso requiere políticas territoriales que favorezcan la creación de polos locales de crecimiento, más allá de las grandes ciudades de Asunción y Ciudad del Este. Esto implica atender a las ventajas comparativas de los territorios en función de su desarrollo económico, así como hacer hincapié en desarrollar la oferta de servicios públicos en el ámbito local. Entre otras cosas, la formación técnica y profesional en áreas relevantes a nivel local es un factor importante de estímulo del desarrollo de la actividad económica en los lugares en que reside la población. En segundo lugar, la migración interna se percibe a menudo como una amenaza, en especial si se concentra en asentamientos irregulares y precarios, aumentando los problemas de seguridad. En cambio, una planificación urbana y políticas de formación de competencias adecuadas pueden transformar la migración en un motor económico, aprovechando las economías de aglomeración y una fuerza de trabajo joven y dinámica.

El escenario 3, “El auge de la clase media” tendría repercusiones para las políticas públicas y en la política. Una clase media activa y en expansión probablemente exigirá más equidad y transparencia al gobierno a través de los canales electorales, pero también recurriendo a manifestaciones y redes sociales. En este escenario se plantea con fuerza el reto de la calidad en la prestación de los servicios públicos. Los paraguayos que disfrutan de mejor situación económica buscan en el sector privado los servicios educativos y sanitarios. La expansión de la clase media ejercería presiones para elevar la calidad de los sistemas sanitario y educativo. En este escenario, la capacidad de la economía paraguaya para generar empleo formal será decisiva no sólo para sostener a la clase media, sino también para garantizar que el sector público ofrezca una protección social adecuada, incluida la cobertura sanitaria para este segmento de la población.

El escenario 4, “La aceleración del cambio climático”, destaca la necesidad de Paraguay de garantizar su robustez frente al cambio climático. Una mejor planificación y ordenación territorial es fundamental para garantizar que las áreas urbanas estén preparadas. Con calles de mayor calidad será posible soportar inundaciones más intensas. El cambio climático probablemente perturbará modos de vida y acelerará la migración interior. Por su parte, sin un plan urbanístico adecuado, la migración interior provocará un crecimiento urbano desordenado, multiplicándose los riesgos para la salud y de otro tipo entre la población. Unas carreteras en buenas condiciones serán también cruciales para asegurar que los servicios públicos lleguen a la población si las inundaciones se hicieran más frecuentes. La gestión de carreteras secundarias constituye un problema importante en algunas partes del país, resultando muy difícil llegar a ciertas localidades cuando arrecian las lluvias. Este problema podría agudizarse si las inundaciones se hicieran más frecuentes. Este escenario pone de relieve asimismo la importancia de la diversificación económica, tanto para mitigar el impacto de la variabilidad de las lluvias en la economía como para crear oportunidades de empleo entre los migrantes interiores.

Referencias

- DGEEC (2018), *Principales Resultados de Pobreza y Distribución del Ingreso*, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, Fernando de la Mora, www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/pobreza/Boletin%20de%20pobreza%202017.pdf (recuperado en mayo de 2018).
- DGEEC (2017), *Encuesta Permanente de Hogares* (base de datos), Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos de Paraguay, Fernando de la Mora, www.dgeec.gov.py/datos/encuestas/eph.
- DGEEC (2014), “III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas” en Censo 2012, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, Fernando de la Mora, www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/indigena2012/Pueblos%20indigenas%20en%20el%20Paraguay%20Resultados%20Finales%20de%20Poblacion%20y%20Viviendas%202012.pdf.
- Global Burden of Disease Collaborative Network (2016), *Global Burden of Disease Study 2016* (base de datos), Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle.
- Gobierno Nacional de Paraguay (2014), *Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030*, Asunción, www.stp.gov.py/pnd/wp-content/uploads/2014/12/pnd2030.pdf.
- OCDE (2018), *Estudio Multidimensional de Paraguay. Volumen 1: Evaluación inicial*, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/9789264301924-es>.

Capítulo 2. Hacia la protección social para todos en Paraguay

Para poder mantener y mejorar los niveles de vida y bienestar, Paraguay tendrá que revisar sus políticas de protección social y transformarlas en un sistema coherente para todos. El presente capítulo analiza la protección social en el país y recomienda políticas a fin de fomentar la coherencia, equidad e integración del sistema. La protección social se fragmenta por la línea de la informalidad, dejando sin protección a algunos segmentos de la sociedad. Los trabajadores asalariados formales están cubiertos por la seguridad social, cuya fragmentación da lugar a una protección no equitativa. El alto grado de autoempleo limita el alcance de la seguridad social, mientras que el empleo informal y la evasión reducen aún más su cobertura. La asistencia social con control de recursos deberá mejorar la focalización y ampliarse para atender plenamente las necesidades de la población no cubierta por la seguridad social. Los principales obstáculos para la ampliación de la protección social a toda la población guardan relación con la gobernanza, la insuficiencia de recursos financieros para asistencia social y la incorporación de los trabajadores autónomos a la seguridad social. Los ingresos bajos e inestables, así como el diseño del propio sistema, son barreras para la inclusión de los trabajadores autónomos.

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

En los últimos años han mejorado los niveles de vida en Paraguay, pero el Estado ha de revisar sus políticas sociales para proseguir este camino. Tras aumentar a principios del siglo XXI, la pobreza de ingresos ha disminuido casi a la mitad; con todo, la pobreza y la desigualdad siguen siendo elevadas (OCDE, 2018). Muchos paraguayos continúan siendo vulnerables y la creciente clase media necesita apoyo para estabilizarse (PNUD, 2016). El volumen 1 del Estudio Multidimensional de País (EMDP) de Paraguay expone que encauzar la economía por un camino de crecimiento sostenible y promover la mejora de los niveles de vida requiere tratar la cuestión de la cobertura y la fragmentación del sistema de protección social.

Paraguay sitúa la protección social en el corazón de su desarrollo nacional. Los países reconocen de forma creciente el valor de la protección social para lograr y mantener el bienestar (OCDE, 2015). Paraguay no es una excepción; la protección social juega un papel esencial a efectos de alcanzar los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo *Paraguay 2030*: reducir la pobreza, promover el desarrollo social y el crecimiento inclusivo. Esa estrategia fija incluso los ambiciosos objetivos de erradicar la pobreza extrema y reducir la desigualdad. El Estado reconoce que la protección social es un instrumento fundamental para lograr dichos objetivos, ya que persigue universalizar el acceso a la seguridad social.

Sin embargo, los altos niveles de empleo informal y de autoempleo limitan el impacto de la seguridad social y obligan al país a contar con un sistema paralelo de asistencia social. Tradicionalmente, la seguridad social protege a la población contra diversos riesgos. Ahora bien, los bajos niveles de empleo formal (35% en 2015) y trabajo asalariado (55% en 2015) limitan el alcance y la expansión de la seguridad social (OCDE, 2018). El Plan Nacional de Desarrollo reconoce que grandes capas de la sociedad carecen de protección. Como respuesta, Paraguay ha ampliado la asistencia social para proporcionar unos niveles de vida mínimos. Aunque la asistencia social es un elemento importante de la protección social, el alto grado de empleo informal y de autoempleo en Paraguay entraña el riesgo de crear sistemas paralelos para los trabajadores formales y los informales, que es lo que ocurre con el sistema de pensiones.

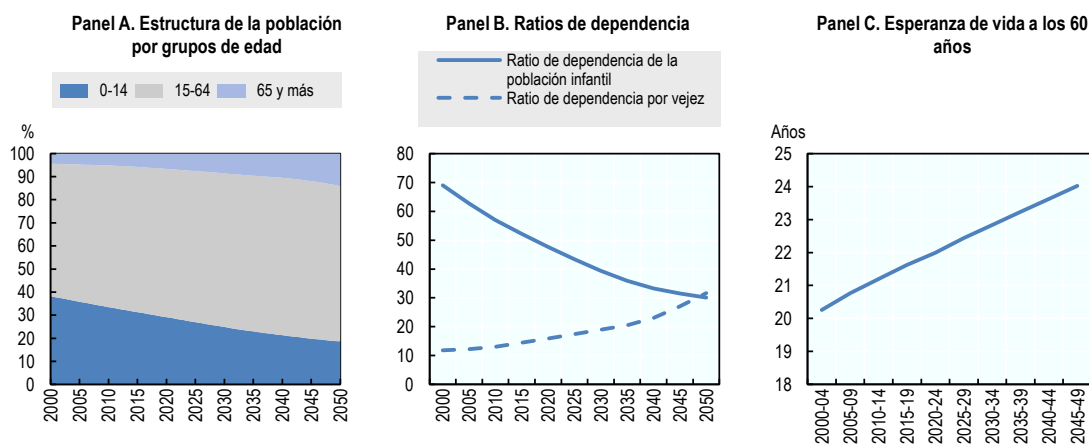
Los cambios demográficos obligan a preparar el sistema de protección social ante el envejecimiento de la población para evitar déficits para el erario público. De conformidad con la definición de “grupos vulnerables” contenida en el plan *Paraguay 2030*, la protección social del país se dirige principalmente a los adultos mayores y a los niños. Sin embargo, el perfil demográfico está variando: el porcentaje de menores de edad descenderá a la mitad en 2050, en tanto que la población de la tercera edad casi se triplicará (Gráfico 2.1 Panel A). Previsiblemente los ratios de dependencia se invertirán, de modo que el ratio de dependencia por vejez superará al de dependencia de la población infantil (Gráfico 2.1 Panel B). Además, se prevé que la esperanza de vida a los 60 años seguirá aumentando, hasta alcanzar 84 años en 2050 (Gráfico 2.1 Panel C). Hasta ahora, la joven población paraguaya ha permitido que el país mantuviera un sistema de pensiones generoso. Esta situación favorable está en un lento proceso de reversión, lo que podría menoscabar la sostenibilidad del sistema de pensiones contributivas y no contributivas. El erario público ya está cubriendo el déficit corriente de fondos de pensiones de personal no civil (personal del ejército y la policía). Las cotizaciones al principal fondo de pensiones de los trabajadores del sector privado no bastarán para cubrir el gasto en pensiones a partir de 2032 (IPS, 2014).

En el presente capítulo se evalúa el sistema de protección social de Paraguay y se formulan recomendaciones para alcanzar el objetivo de atender a la población necesitada. Los sistemas de salud y de educación de Paraguay se evalúan en el Capítulo 3 y el Capítulo 4

respectivamente. En primer lugar, este capítulo analiza la cobertura e idoneidad de la protección social. En segundo lugar, revisa, a la luz de la transición demográfica y los compromisos futuros, la equidad y sostenibilidad del sistema de pensiones. En tercer lugar, se exponen los tres principales desafíos que el país ha de superar para universalizar la protección social: la gobernanza del sistema, la incorporación de los trabajadores autónomos a la seguridad social y la financiación de la asistencia social no contributiva. Para concluir, se formula recomendaciones de política encaminadas a crear un sistema de protección social para todos.

Gráfico 2.1. El envejecimiento de la sociedad paraguaya plantea desafíos a la protección social

Proyecciones para determinados indicadores demográficos de Paraguay



Nota: El ratio de dependencia de la población infantil equivale al ratio entre la población de 0-14 años y la población de 15-59 años. El ratio de dependencia por vejez equivale al ratio entre la población de más de 60 años y la de 15-59 años.

Fuente: CELADE - División de Población de CEPAL (2013).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933821342>

Las prestaciones de protección social son limitadas y no llegan a muchos

Pese al papel fundamental de la protección social en el desarrollo nacional, Paraguay sólo tiene una definición práctica del concepto de protección social. A falta de una definición universalmente aceptada, el sistema de protección social de Paraguay se inspira en el objetivo de mitigar los riesgos sociales, garantizar un nivel de vida mínimo y promover el trabajo digno y el acceso a las oportunidades. Diversas políticas de educación, salud y trabajo contribuyen a alcanzar estos objetivos, centrándose en grupos vulnerables como niños, adolescentes, población indígena, personas con discapacidades y adultos mayores, que se consideran especialmente vulnerables (Gobierno Nacional de Paraguay, 2014; Gabinete Social, 2017).

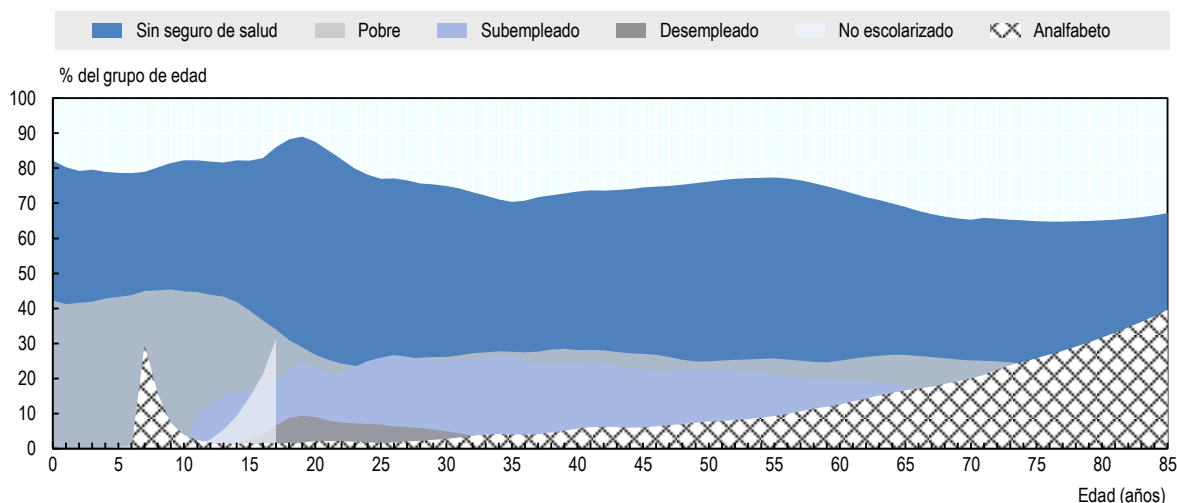
Los sistemas de asistencia social y seguridad social del país abarcan la mayor parte de los elementos de la definición holística de protección social de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). La asistencia social de Paraguay tiene por objeto proteger a los menores de edad, favorecer la obtención de ingresos en los hogares y asegurar unos ingresos mínimos en la vejez; la seguridad social mitiga la pérdida de ingresos por enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez, fallecimiento de quien genera los ingresos y vejez; todo

ello complementado por la atención médica (básica). Estas políticas, aunque cubren menos contingencias, reflejan la visión de la OIT sobre la protección social. La OIT define protección social como la “protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de diversas contingencias (enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte del sostén de la familia; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos” (OIT, 2000).


Actualmente la protección social se centra fundamentalmente en los niños y en los adultos mayores, pero debería abarcar las vulnerabilidades a todas las edades. Desde que en 2003 se estableciera la primera Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza, Desigualdad y Exclusión Social, la disminución de la pobreza y la desigualdad ha estado en el centro de los programas de asistencia social del país. En efecto, la pobreza y la desigualdad han caído desde la crisis de 2002 y está al alcance la erradicación de la pobreza extrema; ahora bien, la reducción ha sido menos notable que en el conjunto de América Latina (OCDE, 2018). Si bien la pobreza sigue siendo motivo de preocupación entre todas las edades (sobre todo entre los menores), las vulnerabilidades no monetarias deberían suscitar idéntica inquietud (Gráfico 2.2). Muchas de estas vulnerabilidades no están suficientemente amparadas por el sistema de protección social. Las vulnerabilidades clave de la población en edad de trabajar, como el desempleo o —con más frecuencia— el subempleo, tampoco lo están suficientemente. Son numerosas las personas de todas las edades que carecen de seguro de salud. La alfabetización es un requisito previo para la inclusión en la sociedad moderna. Aunque el analfabetismo no es un problema entre los más jóvenes, una minoría apreciable de adultos de más de 40 años son analfabetos y los índices de analfabetismo son aún mayores entre los de mayor edad.

Gráfico 2.2. Las vulnerabilidades se distribuyen a lo largo de todo el ciclo vital

Vulnerabilidades por edad en Paraguay (2016)



Fuente: Cálculos propios basados en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821361>

Paraguay no protege a toda su población contra todas las contingencias. Un sistema completo de protección social habría de cubrir al menos las contingencias antes mencionadas; sin embargo, no sucede así en Paraguay. La seguridad social no protege contra el desempleo a los trabajadores formales, quienes tampoco perciben subsidios familiares o por hijos a menos que cumplan los requisitos para acogerse al programa de transferencias monetarias condicionadas *Tekoporã* dependientes del nivel de recursos (Cuadro 2.1). La población inactiva y los trabajadores informales —hasta hace poco, excluidos de la seguridad social— sólo están parcialmente protegidos: contingencias como la pérdida de ingresos por desempleo o enfermedad no están cubiertas, y otras contingencias (salvo la salud) sólo lo están en caso de pobreza o de cotización voluntaria a la seguridad social.

Cuadro 2.1. El sistema de protección social de Paraguay no cubre todas las contingencias

Respuestas a contingencias de la protección social de Paraguay

Contingencias	Respuestas de la protección social		
	Trabajadores asalariados	Trabajadores autónomos	Inactividad
Enfermedad (gastos médicos, pérdida de ingresos)	Seguro de salud contributivo (IPS) Seguro privado (funcionarios públicos y empleados del Estado)	Atención médica pública	Atención médica pública
Prestaciones familiares y por hijos	TMC con comprobación de recursos (<i>Tekoporã</i> , <i>Abrazo</i>)	TMC con comprobación de recursos (<i>Tekoporã</i> , <i>Abrazo</i>)	TMC con comprobación de recursos (<i>Tekoporã</i> , <i>Abrazo</i>)
Maternidad	Seguridad social contributiva (IPS, Caja Fiscal), financiación por el empresario en caso de que la madre no esté afiliada al IPS	TMC con comprobación de recursos (<i>Tekoporã</i>)	TMC con comprobación de recursos (<i>Tekoporã</i>)
Desempleo	no	no	n.a.
Enfermedad y accidente profesional	Seguro contributivo de accidentes de trabajo (IPS, Caja Fiscal, fondos de pensiones cerrados)	Seguridad social voluntaria (IPS)	n.a.
Incapacidad	Seguro contributivo de incapacidad (IPS, Caja Fiscal, fondos de pensiones cerrados)	Seguridad social voluntaria (IPS)	TMC con comprobación de recursos (<i>Tekoporã</i>)
Fallecimiento	Pensión contributiva de supervivientes (IPS, Caja Fiscal, fondos de pensiones cerrados)	Seguridad social voluntaria (IPS)	no
Vejez	Pensión contributiva de vejez (IPS, Caja Fiscal, fondos de pensiones cerrados)	Seguridad social voluntaria (IPS)	Comprobación de recursos (<i>Adulto Mayor</i>)

Nota: n.a. = no aplicable. Véase el Anexo 2.A para más información.

1. TMC significa transferencias monetarias condicionadas.
2. Los subsidios de enfermedad de los funcionarios públicos están cubiertos por seguros privados de prepago o por las instituciones de salud de las Fuerzas Armadas y la Policía.
3. Los trabajadores asalariados cuyo contrato sea resuelto sin causa justificada tienen derecho a percibir una indemnización equivalente a 15 días de salario por cada año trabajado.

Fuente: Elaboración propia.

El compromiso de Paraguay de proteger a los niños se centra en los pobres. Programas destacados de transferencias monetarias condicionadas como *Tekoporã* y *Abrazo* proporcionan atención a las familias necesitadas con niños; las condiciones para su percepción y la orientación de los trabajadores sociales han mejorado los indicadores de salud y la asistencia escolar de los niños (MH, 2016; Casalí y Velásquez, 2016). Ahora bien, esos programas excluyen, por su concepción, a menores y familias que no son pobres, que carecen de una oferta alternativa dentro del sistema de protección social.

La asistencia social a la población en edad de trabajar se concentra en programas de pequeña escala que ofrecen apoyo para la generación de ingresos. La seguridad social obligatoria ofrece cobertura para la mayoría de las contingencias de la población en edad de trabajar, pero grandes grupos sociales quedan excluidos del sistema por la propia estructura económica del país. Las contingencias de trabajadores informales y trabajadores autónomos no están, *de facto*, contempladas. Ante esta falta de cobertura, los trabajadores informales y trabajadores autónomos reciben beneficios a través de programas de pequeña escala que prestan apoyo financiero y técnico a negocios y explotaciones agrícolas familiares de pequeño tamaño (véase el Cuadro Anexo 2.A.1). Tales medidas conceden prestaciones que van más allá de la protección social tradicional, como el programa de acceso a la titularidad de la tierra en zonas suburbanas de la *Secretaría de Acción Social o SAS (Tekoha)*.

Además de los programas de asistencia social tradicional, el país invierte cada vez más en mejorar la resiliencia y las capacidades productivas de las familias. Programas como *Tenonderã* y *Familia por Familia* buscan reducir la pobreza de manera sostenible ayudando a las familias a ser autosuficientes. *Tenonderã* es un programa de capacitación para las familias que se hallan en los últimos años de su participación en *Tekoporã*. El programa *Familia por Familia*, diseñado por la Secretaría Técnica de Planificación (STP), está dirigido a familias en pobreza extrema. Ambos programas persiguen disminuir la pobreza de una manera sostenible promoviendo la integración social y económica de las familias, impulsando sus ideas de negocio, ofreciendo formación de competencias y capital (semilla) para invertir en activos, así como apoyo motivacional personalizado y apoyo técnico. A diferencia de *Tenonderã*, *Familia por Familia* incluye apoyo motivacional personalizado intensivo y un fuerte componente de trabajo social con miras a atender las necesidades de las familias en pobreza extrema; asimismo les ayuda a entrar en contacto con los mercados locales.

El progreso en la atención prestada a adultos mayores se articula en sistemas paralelos. Mediante el programa principal dirigido a la tercera edad (Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores; en adelante, *Adulto Mayor*), Paraguay concede una pensión no contributiva a los ciudadanos residentes pobres de más de 65 años. Las personas mayores pobres que carecen de ingresos de trabajo, pensiones contributivas u otras transferencias monetarias estatales tienen derecho a percibir un subsidio equivalente al 25% del salario mínimo.¹ Se trata de un importante complemento a las pensiones contributivas de vejez y su expansión se atiene a la definición práctica del concepto de protección social que utilizan la OIT y Paraguay. No obstante, por la intensa dependencia de las pensiones no contributivas, se corre el riesgo de consolidar la onerosa división entre trabajadores formales e informales.

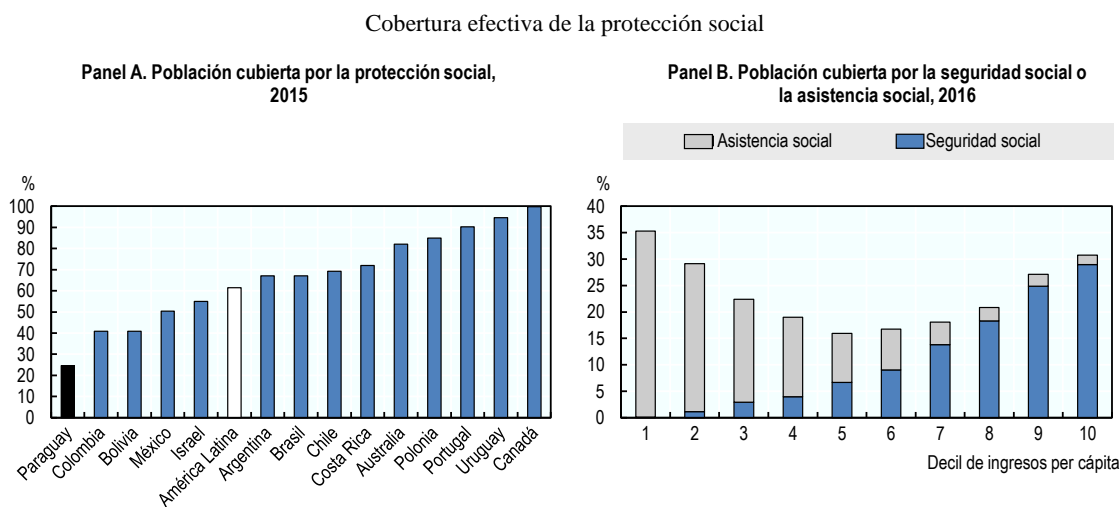
La cobertura del sistema de protección social es baja

El sistema de protección social del país cubre a un número de personas considerablemente menor que en los países de referencia. Una cuarta parte (24.5%) de los paraguayos están cubiertos por al menos un programa de protección social. Uno de cada diez paraguayos (de todas las edades) cotiza a la seguridad social o percibe una prestación contributiva (11%) y otro 13.5% recibe exclusivamente asistencia social. De este modo, Paraguay se sitúa en el extremo inferior de la comparativa internacional y considerablemente por debajo de la media de América Latina (Gráfico 2.3 Panel A).

La seguridad social y los sistemas de asistencia social de Paraguay dejan sin cobertura a la clase media y ciertas contingencias. La asistencia social desempeña una función importante


a efectos de aumentar las tasas de cobertura de la protección social, pero persisten grandes lagunas. Puesto que la asistencia social se dirige a los más desfavorecidos y que el centro de gravedad de la seguridad social está desplazado hacia las personas de altos ingresos, la parte central de la distribución de ingresos no está suficientemente cubierta por el sistema (Gráfico 2.3 Panel B). Por otra parte, el sistema no brinda una protección adecuada frente a contingencias clave previstas en las estrategias nacionales: la cobertura efectiva de las prestaciones por maternidad es baja, el seguro de desempleo es inexistente y la cobertura real frente a otras contingencias es limitada (Cuadro 2.2). En 2015, la Ley n.º 5508/2015 amplió el permiso retribuido por maternidad a las trabajadoras informales. En este supuesto de empleo informal, los empresarios han de cubrir el salario completo las 18 semanas que dura el permiso de maternidad (el IPS cubre el salario durante el permiso de maternidad de las trabajadoras formales).

Gráfico 2.3. La clase media de Paraguay queda sin protección



Nota: La cobertura efectiva de la protección social se mide como el porcentaje de personas que cotizan activamente a un régimen de seguro social o que perciben al menos una prestación (contributiva o no, excluyendo prestaciones de salud). Panel A: 2016 en el caso de Paraguay, 2015 o último año disponible en el caso de otros países. Panel B: En la asistencia social se incluyen las transferencias monetarias condicionadas (*Tekoporã*), las prestaciones en especie (alimentos) y las pensiones no contributivas (pensiones graciales, para veteranos y sus sobrevivientes, personal militar o de policía, *Adulto Mayor*). La seguridad social comprende las cotizaciones a un régimen de seguridad social y el cobro de pensiones contributivas.

Fuente: Panel A: Los datos de Paraguay se basan en la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017) y los del resto de países son de la OIT (2017). Panel B: Elaboración propia basada en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821380>

Cuadro 2.2. Cobertura de contingencias, 2015

Contingencia	Enfermedad (pérdida de ingresos) ^a	Prestaciones familiares y por hijos	Maternidad	Desempleo	Enfermedad y accidente profesional	Incapacidad	Vejez
Indicador	Asegurados (% de empleados)	Beneficiarios de transferencias monetarias, menores (0-14 años)	Beneficiarios de transferencias monetarias, mujeres que dan a luz	Beneficiarios de transferencias monetarias, desempleados	Cobertura legal ^d	Beneficiarios de transferencias monetarias, personas con discapacidades graves	Beneficiarios de transferencias monetarias, por encima de la edad de jubilación legal
Paraguay	19.6 ^b	32.8	3.0 ^c	n.a.	52.8	21.6	22.2
Argentina	..	84.6	34.0	7.2	69.7	..	89.3
Australia	..	100.0	..	52.7	77.9	100.0	74.3
Brasil	42.4	96.8	45.0	7.8	62.9	100.0	78.3
Canadá	..	39.7	100.0	40.0	78.8	67.2	100.0
Chile	18.1	93.1	44.0	45.6	93.8	100.0	78.6
Colombia	..	27.3	..	4.6	44.6	6.0	51.7
Costa Rica	72.1	17.7	..	..	68.6	..	68.8
Israel	2.2	..	..	29.4	90.0	90.4	99.1
México	..	25.0	..	..	49.3	..	64.1
Perú	..	..	..	..	48.4	3.9	19.3
Polonia	..	100.0	100.0	..	100.0	100.0	100.0
Portugal	86.1	93.1	100.0	15.5	87.6	89.2	100.0
Tailandia	25.4	18.9	..	43.2	41.0	35.7	83.0
Uruguay	88.0	66.2	100.0	45.6	68.3	..	76.5

Nota: n.a. = no aplicable.

.. = no hay datos.

a. 2015 o último año disponible.

b. Porcentaje de la población ocupada con seguro del IPS.

c. Porcentaje de mujeres que dan a luz y que disfrutan de permiso retribuido por maternidad. La cifra refleja la situación antes de la promulgación de la Ley n.º 5508/2015 que amplió el permiso retribuido por maternidad a las trabajadoras informales.

d. La cobertura legal es el porcentaje de población ocupada que teóricamente abarca el régimen. En Paraguay es la población formalmente obligada a cotizar a la seguridad social, por tanto, los trabajadores asalariados.

Fuente: OIT (2017), a. OIT (2018). b. Elaboración propia basada en datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (STP, 2016)

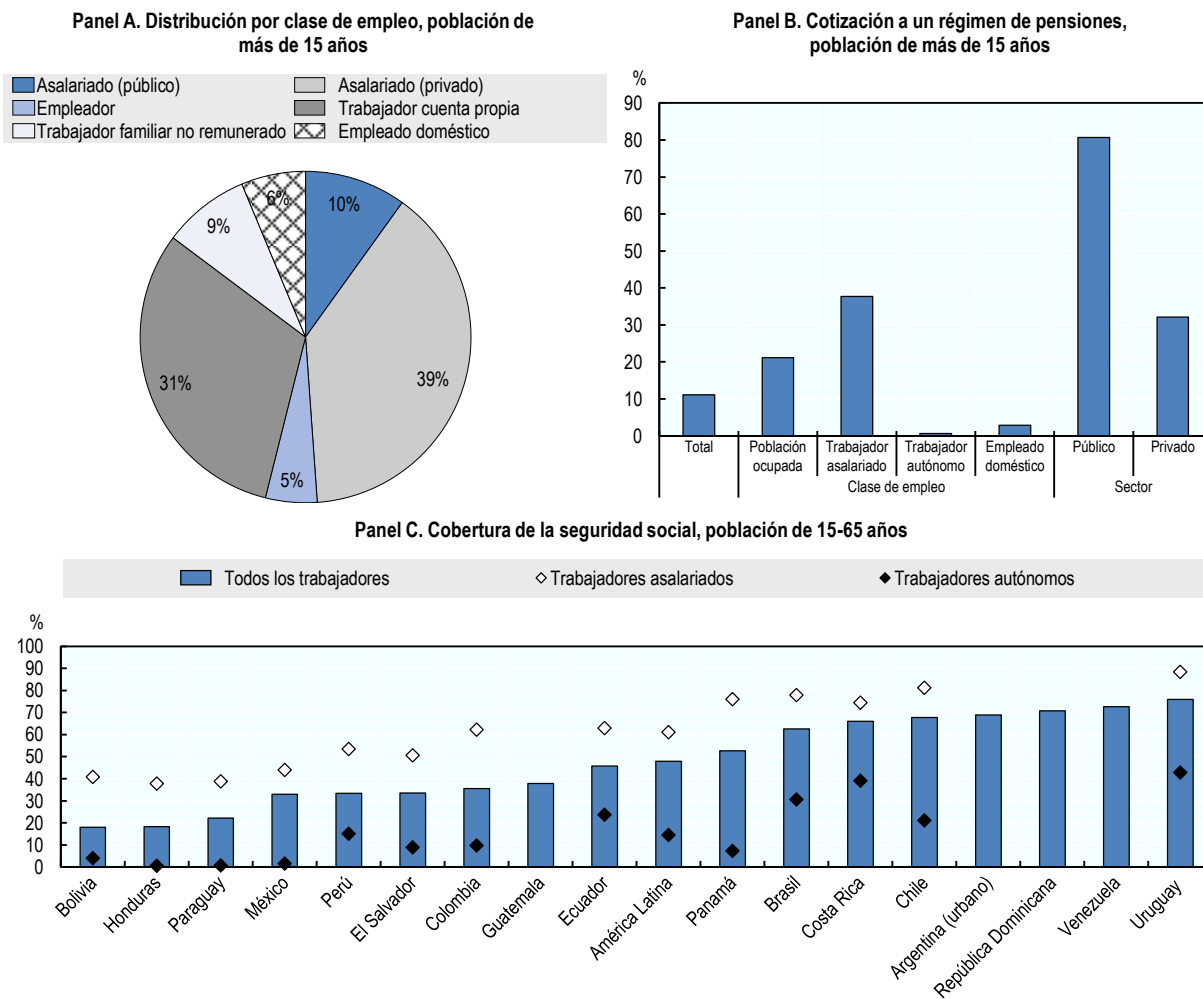
Cobertura de la seguridad social

La reducida cobertura de contingencias clave en Paraguay es consecuencia del hecho de que la seguridad social se centra en los trabajadores asalariados. El sistema de seguridad social paraguayo utiliza como estándar el empleo asalariado, aun cuando apenas la mitad de la población ocupada tiene trabajo asalariado por cuenta ajena (Gráfico 2.4 Panel A). En consecuencia, la cobertura legal es baja: sólo la mitad de la población ocupada está cubierta legalmente. Desde noviembre de 2015 los empleados domésticos y sus empleadores están obligados a pagar cotizaciones de seguridad social. Habida cuenta de la elevada incidencia del empleo informal en el país, la cobertura efectiva de los trabajadores asalariados es aún menor (37.7%) (Gráfico 2.4 Panel B), y es escaso el número de empleados domésticos, trabajadores autónomos y empresarios que voluntariamente cotizan al sistema. El alto grado de empleo informal y autoempleo en el sector privado se refleja en que, en

comparación con los empleados del sector público, una menor proporción de trabajadores del sector privado cotizan a un régimen de la seguridad social.

Gráfico 2.4. El sistema de seguridad social de Paraguay alcanza a un número reducido de personas de su grupo objetivo

Distribución del empleo y afiliación a un régimen de la seguridad social, en porcentaje, 2016



Nota: Panel B: Por trabajadores de los sectores público y privado se entiende trabajadores asalariados. Por trabajadores autónomos se entiende los empleadores y trabajadores por cuenta propia.

Panel C: La cobertura de la seguridad social se define por las cotizaciones activas al sistema de pensiones. En Paraguay tales cotizaciones comprenden todas las prestaciones del sistema de seguridad social. Datos de 2015; 2014 para Argentina, Guatemala, México y Venezuela.

Fuente: Panel A y Panel B: Cálculos propios basados en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017). Panel C: CEPAL (2017).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933821399>

Realizando una comparación regional se confirman los retos del país para ofrecer seguridad social a sus ciudadanos. El porcentaje de trabajadores paraguayos que cotizan activamente a la seguridad social es la mitad del promedio de América Latina, por lo que el país se sitúa

en el extremo inferior de la comparativa regional (Gráfico 2.4 Panel C). Tan sólo Bolivia y Honduras tienen una tasa de cobertura menor. La cobertura de la seguridad social entre los trabajadores autónomos es baja en América Latina (14.6%), pero el sistema de seguridad social de Paraguay deja a los trabajadores autónomos prácticamente sin cobertura.

El sistema de seguridad social está orientado hacia las personas de mayores ingresos. Siendo la cobertura de la seguridad social en general baja, lo es especialmente en los hogares de ingresos medios y bajos (Gráfico 2.3 Panel B). Al igual que en la mayoría de los países, los índices de cobertura aumentan con el tamaño de la empresa, los ingresos y los años de escolarización (Navarro y Ortiz, 2014; Casali y Velásquez, 2016; CEPAL, 2017). Asimismo, la cobertura es comparativamente alta entre los trabajadores urbanos y los afiliados a sindicatos, así como entre quienes trabajan en sectores de altos ingresos y elevada productividad. La menor participación en el mercado de trabajo, la mayor incidencia del subempleo y un historial laboral menos estable debido a las responsabilidades del hogar dificultan las posibilidades de las mujeres de cotizar de manera suficiente a la seguridad social. En consecuencia, la cobertura es menor entre estas que entre los varones, por lo que un número menor de mujeres perciben pensiones contributivas de vejez (MTESS, 2017).

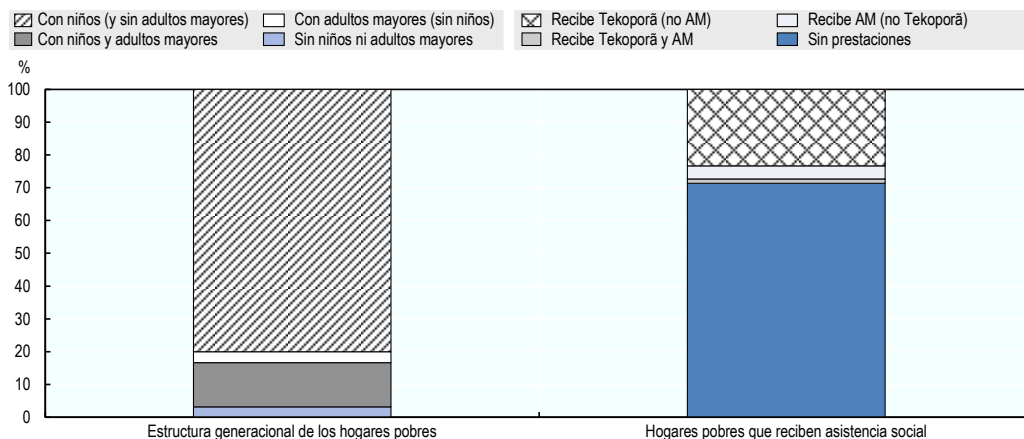
Cobertura de la asistencia social

Los destinatarios de asistencia social se han delimitado correctamente, pero pocos del grupo objetivo perciben prestaciones monetarias. Los principales programas de asistencia social (*Tekoporã*, *Abrazo* y *Adulto Mayor*) se dirigen a familias pobres con niños y personas mayores. Es adecuado centrarse en estos grupos objetivo para conseguir el objetivo del Plan Nacional de Desarrollo de reducir la pobreza, ya que sólo en un 3.2% de los hogares pobres no hay entre sus miembros un niño o adulto mayor (Gráfico 2.5). No obstante, menos del 30% de los hogares pobres están cubiertos por uno de los principales programas de asistencia social dirigidos a niños y adultos mayores.

Tekoporã está bien focalizado, pero los beneficiarios son pocos. Como se ha indicado, la asistencia social de Paraguay se dirige a los hogares y personas de menores ingresos. No obstante, únicamente un 25% de los niños pobres menores de 15 años están cubiertos por *Tekoporã*; entre la población infantil extremadamente pobre este índice es superior, pero está aún lejos de abarcar a la totalidad (Gráfico 2.6 Panel A). Para los beneficiarios en pobreza extrema, la transferencia es una importante fuente de ingresos: representa el 18.6% de los ingresos del hogar en el primer decil, que se reduce al 10.6% para hogares beneficiarios del segundo decil (Gráfico 2.6 Panel B). Aunque es necesario que *Tekoporã* se amplíe para cubrir a su grupo objetivo (actualmente sólo un 23.7% de los hogares pobres están cubiertos), se trata de un programa considerablemente bien focalizado: la cobertura es mayor entre los hogares más pobres y cuatro quintas partes del gasto total se destinan a los cuatro deciles inferiores. Con todo, aproximadamente un tercio de los hogares beneficiarios con menores de edad no se encuentra en situación de pobreza (elaboración propia basada en datos de la Encuesta Permanente de Hogares, 2016).

Gráfico 2.5. La asistencia social se dirige al grupo objetivo correcto, pero la cobertura es escasa

Estructura generacional de los hogares pobres receptores de asistencia social, en 2016



Nota: AM = *Adulto Mayor*. Los miembros de la familia de menos de 18 años de edad se consideran menores. Un miembro de la familia de 65 años o más se considera adulto mayor.
Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017).

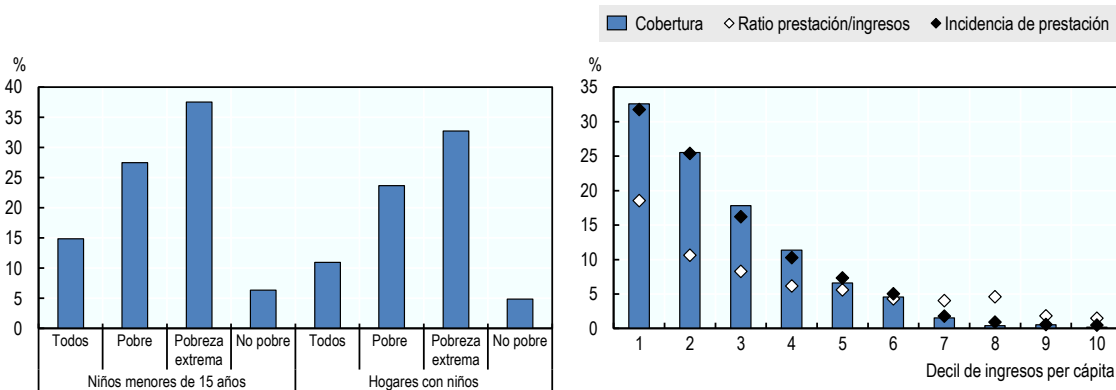
StatLink <https://doi.org/10.1787/888933821418>

Gráfico 2.6. Tekoporã beneficia a los más necesitados

Cobertura e incidencia de Tekoporã, 2016

Panel A. Cobertura de Tekoporã

Panel B. Cobertura y prestaciones por deciles



Nota: La relación entre prestaciones e ingresos es el porcentaje que la prestación de Tekoporã representa en los ingresos del hogar. La incidencia de las prestaciones es el porcentaje de prestaciones que se destinan a cada decil de la distribución de rentas en relación con las prestaciones totales que recibe la población en conjunto.
Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017).

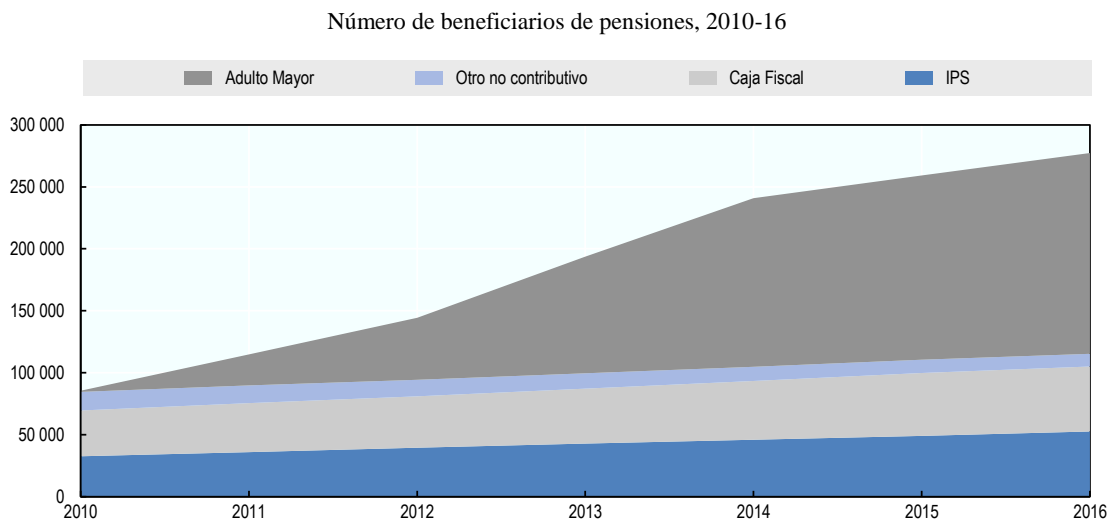
StatLink <https://doi.org/10.1787/888933821437>

Cobertura de pensiones

El principal régimen de pensiones no contributivas de Paraguay refuerza la protección de los adultos mayores. La introducción del programa *Adulto Mayor* contribuyó a duplicar

con creces, entre 2008 y 2015, el porcentaje de adultos mayores paraguayos que perciben una pensión (CEPAL, 2017). Desde su creación, el número de beneficiarios ha crecido considerablemente, de 909 en 2010 a 162 000 en 2016. En ese mismo período, el número de beneficiarios de pensiones contributivas también aumentó. Por su parte, el número de beneficiarios de otras pensiones no contributivas disminuyó de 15 000 a 10 000 (sobre todo al reducirse las pensiones para veteranos y sus sobrevivientes dependientes (Gráfico 2.7). Sin las pensiones no contributivas, la cobertura de las pensiones y el bienestar de las personas mayores serían muy inferiores en Paraguay.

Gráfico 2.7. El número de beneficiarios de pensiones no contributivas ha crecido drásticamente



Nota: Los perceptores de pensiones contributivas representados son beneficiarios del IPS y de la Caja Fiscal. Otras pensiones no contributivas comprenden pensiones graciables, las pensiones para veteranos y sus sobrevivientes, y para personal militar y de la policía.

Fuente: Los datos de 2010-15 proceden del MTESS (2016); los datos de 2016 proceden del MH (2017).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933821456>

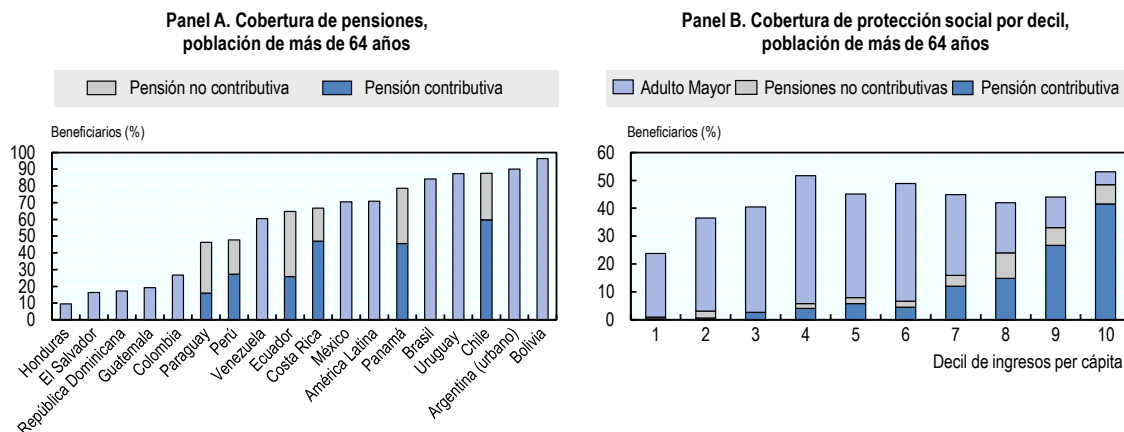
Si bien se ha reducido la brecha de cobertura, la pensión no contributiva *Adulto Mayor* ha creado un sistema paralelo. Tras introducirse el programa *Adulto Mayor*, el sistema de pensiones no contributivas superó en número de beneficiarios al de pensiones contributivas. En 2015, los adultos mayores paraguayos que recibían pensión no contributiva (30.3%) eran más que los que percibían pensión contributiva (16%); a su vez, más de la mitad de los adultos mayores carecía de pensión (53.7%). De hecho, la proporción de beneficiarios de pensiones contributivas es de las más bajas de América Latina y, en general, el porcentaje de beneficiarios de pensiones de vejez es inferior al promedio regional (Gráfico 2.8 Panel A).

Las pensiones no contributivas ayudan a contrarrestar la focalización del sistema de pensiones contributivas en los deciles de ingresos superiores. En el primer quintil, la cobertura de las pensiones contributivas entre los adultos mayores es muy escasa y menor que el promedio de América Latina (0.9% frente a 6.2%) (CEPAL, 2017). La cobertura se eleva gracias únicamente a las pensiones no contributivas, subiendo el porcentaje de pensionistas en los deciles inferior y medio hasta cifras comparables a las de los deciles superiores (Gráfico 2.8 Panel B). En realidad, las pensiones no contributivas de Paraguay

contribuyen más a reducir la brecha de cobertura entre ricos y pobres que el promedio de América Latina (ibídem). En comparación con *Tekoporã*, el programa *Adulto Mayor* no está tan bien focalizado, pues muchos de los beneficiarios se incluyen en el centro de la distribución de ingresos. El error de inclusión de *Adulto Mayor*, que es de un 43%, es superior al de *Tekoporã* (elaboración propia basada en datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2016).


Gráfico 2.8. Un número reducido de adultos mayores paraguayos percibe pensión, pero la asistencia social reduce las desigualdades

Cobertura de la seguridad social por deciles, 2016



Nota: Panel A: Datos de 2015; de 2014 para Argentina, Guatemala, México y Venezuela. Las pensiones no contributivas comprenden pensiones gratificables, las pensiones para veteranos y sus sobrevivientes, y para personal militar y de la policía.

Fuente: Panel A: CEPAL (2017). Panel B: Elaboración propia basada en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821475>

La asistencia social reduce la pobreza y la desigualdad menos que en otros países

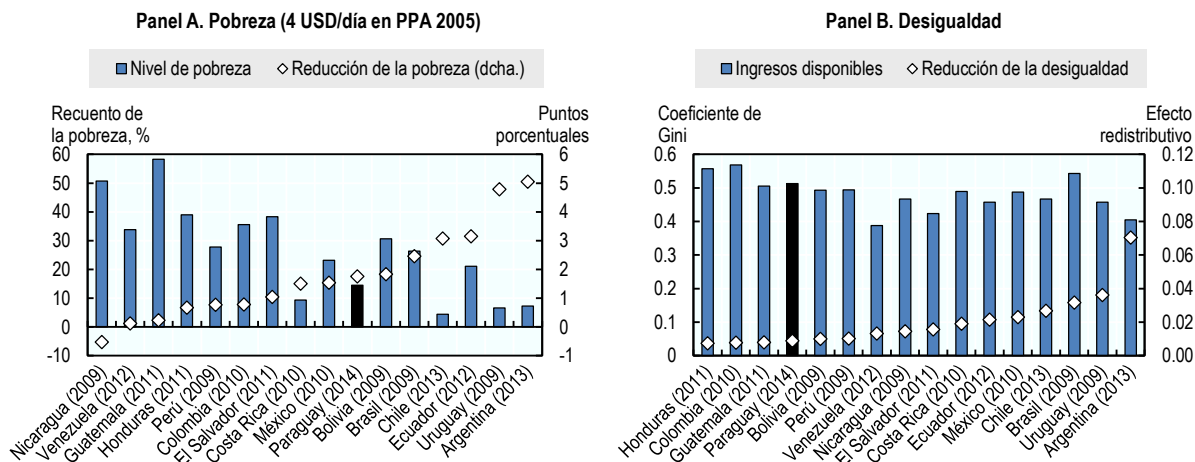
El sistema fiscal de Paraguay reduce la pobreza. El sistema fiscal, entendiendo por él la suma de impuestos directos y transferencias de asistencia social (*Tekoporã*, *Adulto Mayor*, becas y programas de comedores escolares), desempeña una función destacada para lograr el objetivo del Plan Nacional de Desarrollo de reducir la pobreza.² Gracias a las prestaciones e impuestos directos, el número de personas afectadas por la pobreza (determinado por el umbral de pobreza de 4 USD/día en PPA) disminuye en 1.8 puntos porcentuales (Gráfico 2.9 Panel A). Es un logro aceptable si se compara con otros países de la región, pero considerablemente inferior al de los países más destacados como Argentina, Chile, Ecuador y Uruguay. De no existir *Adulto Mayor*, la tasa de pobreza extrema sería 0.9 puntos porcentuales mayor; y, sin *Tekoporã*, aumentaría en 0.7 puntos porcentuales (Giménez et al., 2017). La mayor cuantía de los subsidios de *Adulto Mayor* explica su mayor impacto en la disminución de la pobreza.

Los efectos sobre la desigualdad de la asistencia social y los impuestos directos son menos marcados. La desigualdad de ingresos desciende (pero sólo 0.9 puntos en el coeficiente de Gini), situándose Paraguay en el extremo inferior de la comparativa regional (Gráfico 2.9 Panel B). El efecto redistributivo comparativamente débil se explica por la escasa

recaudación tributaria y en especial las bajas tasas impositivas de Paraguay. El programa *Adulto Mayor* reduce la pobreza, y también la desigualdad. Sin las pensiones no contributivas, la desigualdad de ingresos sería 0.4 puntos mayor medida por el coeficiente de Gini (ibídem).

Gráfico 2.9. El sistema fiscal de Paraguay reduce la pobreza y la desigualdad

Tasas de pobreza y desigualdad y su reducción por impuestos directos y asistencia social



Nota: 1. La reducción de la pobreza y la desigualdad se mide sobre la base de la diferencia entre los ingresos de mercado, incluidas las pensiones contributivas, y los ingresos disponibles, lo que equivale a los ingresos de mercado sin impuestos directos, pero con transferencias directas.

2. Bolivia no tiene establecido impuesto alguno sobre la renta de las personas físicas.


3. En Bolivia, Costa Rica, Ecuador y Honduras los ingresos de mercado no comprenden el autoconsumo de la producción propia, por no disponerse de datos o por no resultar fiables los disponibles.

4. En Brasil, los resultados del análisis aquí presentado difieren de los publicados por Higgins y Pereira (2014): estos últimos incluyen los impuestos sobre servicios (ISS) y sobre bienes para financiar las pensiones (CONFINS) y para financiar a los trabajadores sociales (PIS), en tanto que los resultados presentados en este documento no los incluyen. Tras la fecha de publicación de este documento, los autores concluyeron que la fuente de información de esos impuestos no era fiable.

5. Los coeficientes de Gini se estiman aquí utilizando los ingresos totales y, por tanto, difieren de las cifras oficiales de desigualdad, que se calculan con los ingresos monetarios (p. ej. las cifras oficiales no incluyen las rentas imputadas a las viviendas ocupadas por sus propietarios).

6. En el caso de la República Dominicana, el estudio analiza los efectos de la política fiscal en 2013, pero la encuesta de ingresos y gastos familiares se remonta a 2006-07.

Fuente: Centro de datos sobre redistribución fiscal del Instituto de Compromiso con la Equidad, 2017. Sobre la base de información de: Argentina (Rossignolo, 2018); Bolivia (Paz Arauco et al., 2014); Brasil (Higgins y Pereira, 2014); Chile (Martínez-Aguilar et al., 2018); Colombia (Meléndez y Martínez, 2015); Costa Rica (Sauma y Trejos, 2014); República Dominicana (Aristy-Escuder et al., 2018); Ecuador (Llerena et al., 2015); El Salvador (Beneke, Lustig, y Oliva, 2018); Guatemala (Icefi, 2017a); Honduras (Icefi, 2017b); México (Scott, 2014); Nicaragua (Icefi, 2017c); Paraguay (Giménez et al., 2017); Perú (Jaramillo, 2014); Uruguay (Bucheli et al., 2014) y Venezuela (Molina, 2016).

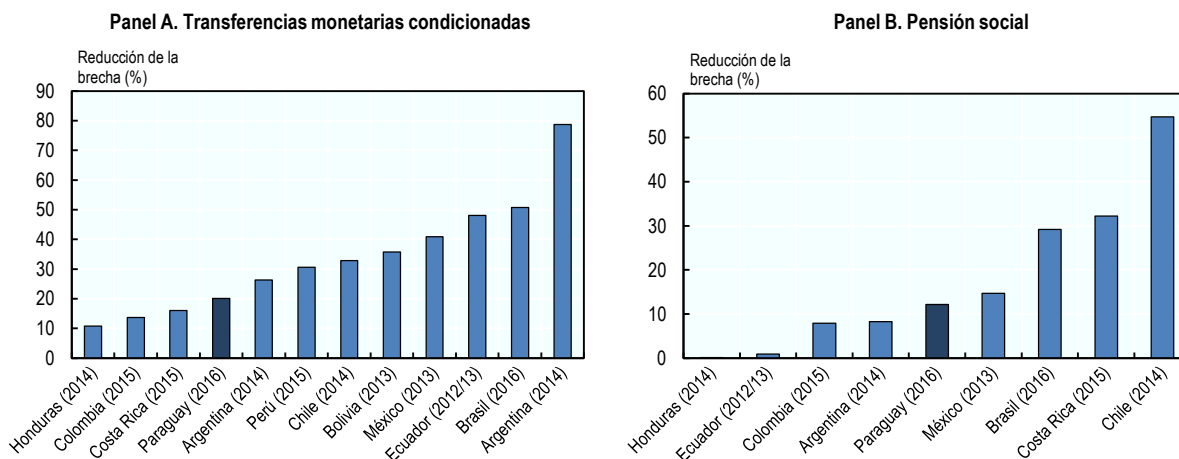
StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821494>

A pesar de los resultados aceptables obtenidos en la reducción del número de personas afectadas por la pobreza, la intensidad de la pobreza se reduce menos que en otros países. Al examinar más de cerca los programas *Tekoporã* y *Adulto Mayor* se aprecia éstos llevan a una reducción de la brecha de la pobreza extrema se menor que en otros países de la

región (Gráfico 2.10). *Tekoporã* y *Adulto Mayor* reducen la intensidad de la pobreza extrema en un 20.1% y 12.2%, respectivamente.

Gráfico 2.10. La asistencia social disminuye la brecha de pobreza menos que en otros países

Reducción de la brecha de pobreza extrema en América Latina



Nota: 1. En Paraguay, la pobreza extrema se mide conforme a la definición nacional de 2016; en los demás países se basa en el umbral de referencia internacional de 1.9 USD/día en PPA.

2. La reducción de la brecha de pobreza es la diferencia entre la brecha de la pobreza extrema antes y después de la transferencia, dividida entre la brecha de la pobreza extrema antes de la transferencia.

Fuente: Banco Mundial (2018a). Exceptuando la reducción de la brecha de pobreza en Paraguay: Elaboración propia basada en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933821513>

El sistema de pensiones contributivas ha de hacerse más equitativo y ampliar su cobertura

El sistema de pensiones de Paraguay se caracteriza por tener numerosas entidades proveedoras con pocos afiliados. El número de afiliados a cada régimen de pensiones refleja la fragmentación del sistema. Los aproximadamente 750 000 cotizantes activos y 110 000 beneficiarios de pensiones contributivas se reparten entre diferentes fondos de pensiones que ofrecen 11 regímenes de pensiones distintos (para más información, véase el Anexo Cuadro A.2). Los dos fondos principales, el Instituto de Previsión Social (IPS) y la Caja Fiscal, cubren más del 90% de los afiliados. Los restantes afiliados se reparten entre seis fondos de pensiones de tipo cerrado. En los últimos años las entidades proveedoras privadas han empezado a ofrecer regímenes voluntarios de pensiones, como, por ejemplo, Caja Mutual de Cooperativistas, Caja Médica o la Caja de Profesores de la UCA; estos regímenes privados voluntarios, escasamente regulados, cubren a aproximadamente 30 000 personas (Casalí y Velásquez, 2016). Complementan los regímenes contributivos pensiones no contributivas para veteranos, sobrevivientes de policías y militares asesinados, personas mayores pobres (*Adulto Mayor*) y pensiones graciables. *Adulto Mayor* no es oficialmente una pensión, pero funciona *de facto* como tal y —con 162 000 beneficiarios— es mayor que el sistema de pensiones contributivas. El presente análisis se centra en los programas públicos contributivos de mayor tamaño, ya que la

mayor parte de los afiliados cotizan en ellos, constituyendo sus futuros déficits de financiación un riesgo potencial para el erario público.

La edad de jubilación, los períodos de cotización y las tasas de cotización no están unificados

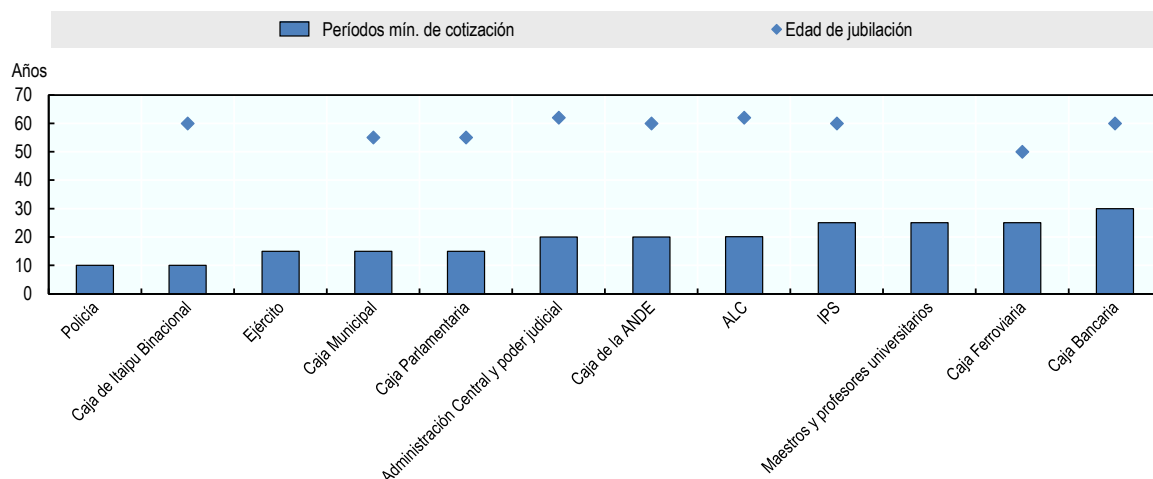
En Paraguay no existe una edad de jubilación estándar armonizada. En cada régimen de pensiones se establecen edades de jubilación distintas para sus afiliados y en la mayoría de los casos se sitúan por debajo de la media de América Latina (Gráfico 2.11). Los afiliados del IPS, Caja Bancaria, Caja de la ANDE y Caja de Itaipú Binacional pueden acceder a una pensión estándar completa a los 60 años de edad si han cubierto un período mínimo de contribución (según se explica más adelante). Los afiliados a la Caja Municipal y la Caja Parlamentaria pueden jubilarse con una pensión estándar a los 55 años de edad, e incluso a la edad de 50 los afiliados a Caja Ferroviaria. Los funcionarios públicos de la Administración Central están sujetos al régimen más estricto de la Caja Fiscal: sólo tienen derecho a una pensión estándar a la edad de 62 años. Todos los demás regímenes de la Caja Fiscal (ejército, policía, maestros y profesores universitarios) no establecen una edad de jubilación oficial; la jubilación únicamente está condicionada a un período mínimo de cotización. La jubilación es obligatoria a los 65 años para todos los afiliados a la Caja Fiscal, con independencia del número de años cotizados.

Los períodos mínimos de cotización para una pensión estándar difieren entre regímenes. Los períodos mínimos de cotización oscilan entre sólo 10 años (régimen de la policía) y 30 años (Caja Bancaria). Los períodos de cotización no guardan relación con la edad de jubilación: los regímenes con períodos de cotización cortos (como los de la policía o el ejército, Caja Municipal y Caja Parlamentaria) tienen también edades de jubilación tempranas (Gráfico 2.11). La Caja de Itaipú Binacional tiene una edad de jubilación elevada (60 años), pero el período de contribución es corto. En la Caja Ferroviaria, el período de contribución es de los más largos (25 años), pero la edad de jubilación es también de las más bajas (50 años).

Algunas entidades proveedoras ofrecen regímenes de jubilación anticipada. Por lo general, los regímenes de jubilación anticipada están condicionados a períodos de cotización más prolongados o bien ofrecen tasas de reemplazo (o sustitución) menores. Los afiliados al IPS pueden jubilarse desde los 55 años habiendo cotizado 30 años; los afiliados a la Caja Municipal, a los 50 años con 20 años cotizados; los funcionarios de la Administración Central, con 50 años y una menor tasa de reemplazo. Los funcionarios de policía, militares, maestros y profesores universitarios se pueden jubilar a cualquier edad, a condición de haber cubierto el período mínimo de cotización. Maestros y profesores universitarios que hayan sido declarados no aptos para el trabajo por motivos físicos o mentales pueden solicitar la jubilación anticipada (distinta de la pensión de incapacidad) con un período mínimo de cotización de 15 años y una menor tasa de reemplazo (40%).


Gráfico 2.11. Los períodos de cotización y la edad de jubilación no guardan correspondencia

Edad de jubilación y períodos mínimos de cotización para una pensión estándar, en años



Nota: La media simple para América Latina corresponde a varones (62 años); la edad de jubilación de las mujeres es de 60.5 años. En los regímenes de maestros, personal del ejército y policía no existe una edad de jubilación oficial.

Fuente: Basado en Navarro y Ortiz (2014). Media de ALC según OCDE/BID/Banco Mundial (2014).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821532>

El IPS ofrece una pensión proporcional a los afiliados que no cumplan los requisitos para una pensión estándar. Desde 2011, estos afiliados pueden reclamar una pensión proporcional a los 65 años, siempre que cuenten con 15 años cotizados (Ley 4290/11). Una alternativa a la pensión proporcional es compensar los años de cotización que faltan aportando un 12.5% del salario medio de los últimos tres años hasta cumplir los requisitos (Ley 3404/07).³

Desde 2013 el IPS incluye con carácter voluntario a trabajadores autónomos y empresarios en su régimen de pensiones. Sin embargo, en 2016 sólo 518 afiliados pertenecían a este régimen voluntario (IPS, 2018). Los trabajadores autónomos pueden aportar voluntariamente el 13% de sus ingresos (sin que puedan ser inferiores al salario mínimo) y obtener una pensión anticipada, estándar o proporcional. Los trabajadores autónomos sólo tienen derecho a las prestaciones médicas del IPS una vez jubilados, no durante la vida laboral.

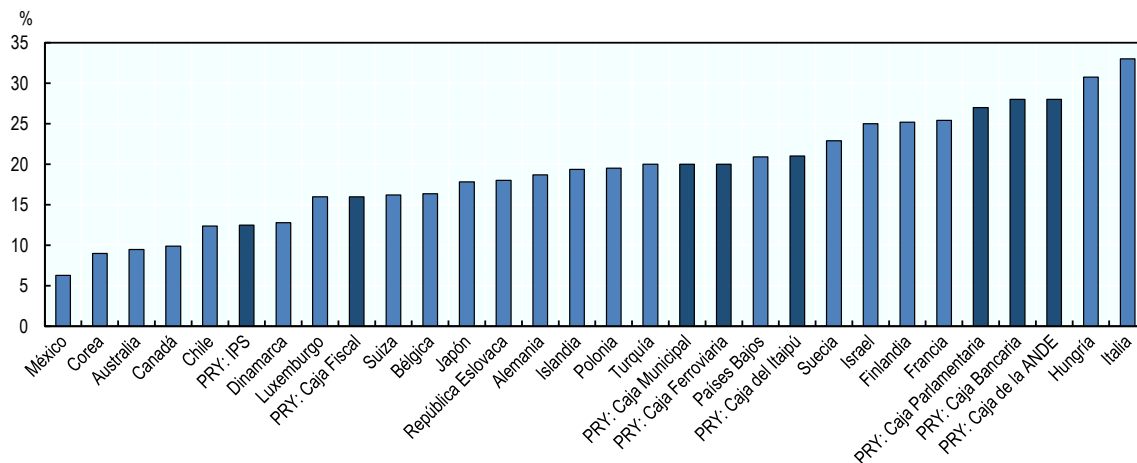
Las tasas de cotización son bajas. Al igual que la edad de jubilación y el período mínimo de cotización, las tasas de cotización difieren entre regímenes (véase el Anexo 2.A). Si bien los fondos de pensiones de tipo cerrado exigen unas tasas de cotización relativamente altas, las tasas de las principales entidades proveedoras de pensiones (IPS y Caja Fiscal) son bajas en comparación con las vigentes en los países de la OCDE (Gráfico 2.12). Las reducidas tasas de cotización están acompañadas por una edad de jubilación baja y una elevada tasa de reemplazo, por lo que el sistema es costoso (véase la próxima sección).

Las cotizaciones al IPS difieren de las de otros regímenes. El IPS ofrece prestaciones de salud y pensiones a sus afiliados, financiadas con las cotizaciones de empresarios y empleados. La cotización para las prestaciones de salud y pensiones es obligatoria para todos los afiliados al IPS, con excepción de las cotizaciones voluntarias de los trabajadores autónomos, que están excluidos de recibir prestaciones de salud. Las cotizaciones de

empleadores (14% del salario) y empleados (9% del salario) financian estas dos prestaciones. Con estas cotizaciones se sufragan las pensiones, la atención sanitaria y los gastos administrativos. La tasa de cotización efectiva correspondiente al régimen de pensiones ascendería a un 4.9% para el trabajador y a un 7.6% para el empresario.⁴


Gráfico 2.12. Las tasas de cotización son bajas

Tasas de cotización de pensiones obligatorias para trabajadores y empresarios, 2016



Nota: Las cotizaciones al IPS representadas son las que se realizan al fondo de pensiones del IPS (excluyendo las cotizaciones para servicios de salud). La Caja de la ANDE es un sistema complementario. Empresarios y empleados cotizan un 5% cada uno a la Caja de la ANDE y un 12% y 6%, respectivamente, al IPS.

Fuente: OCDE (2017) y, para Paraguay, Navarro Ortiz (2014).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821551>

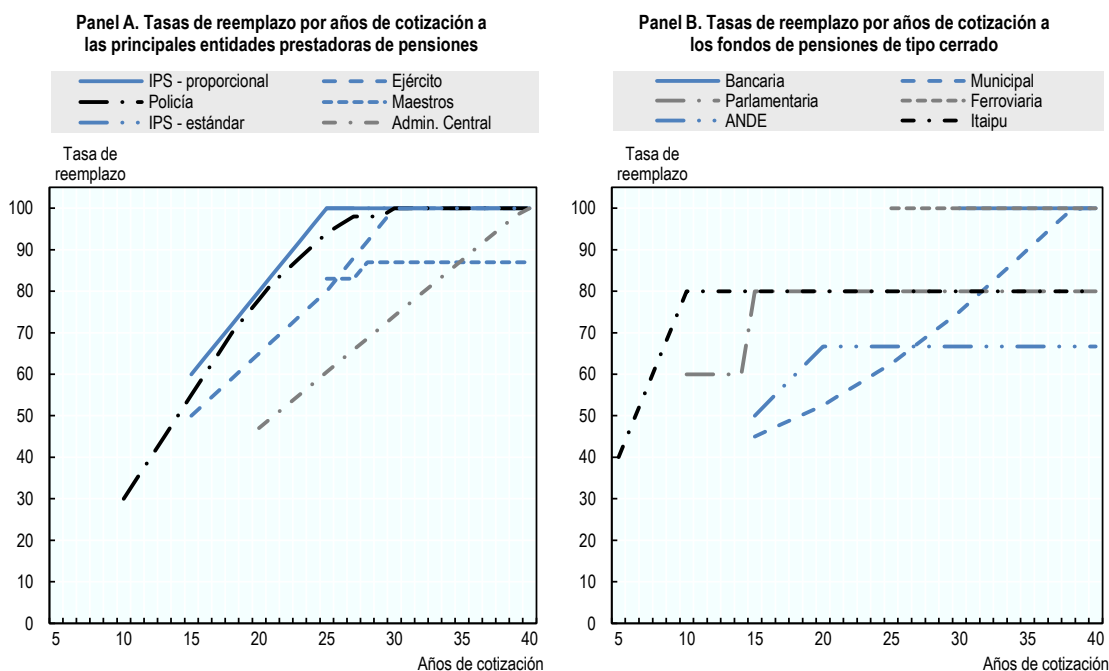
Los fondos de pensiones de Paraguay presentan altas tasas de reemplazo

La forma de cálculo de las prestaciones de pensión induce a declarar ingresos inferiores a los reales. En Paraguay, el cálculo de la prestación de pensión (medición de los ingresos) se basa en un número de años menor que en otros países. La medición de los ingresos oscila entre el último mes (Caja Parlamentaria) y los últimos cinco años (Caja Fiscal). Este período es considerablemente menor que en los países de la OCDE, que por lo general toman los ingresos a lo largo de toda la vida o al menos los mejores 24 años para calcular la cuantía de la pensión (OCDE, 2017). Por basarse los cálculos de la pensión únicamente en unos pocos años, la cuantía de la pensión se desvincula de las cotizaciones efectuadas; asimismo esto induce a los contribuyentes a declarar, en los primeros años, ingresos inferiores a los reales con vistas a reducir las cotizaciones, puesto que la pensión no se verá afectada.

El cálculo de prestaciones de pensión es desventajoso para los trabajadores autónomos. El IPS basa el cálculo de sus pensiones en los tres últimos años previos a la jubilación, salvo en el caso de los trabajadores autónomos que realizan contribuciones voluntarias. La medición de ingresos a efectos de calcular la pensión de los trabajadores autónomos se amplía a diez años, en lugar de tres (Ley 4933/13). Esta diferencia con los trabajadores asalariados crea desigualdades en el sistema, ya que ambos grupos tienen las mismas tasas de cotización, edades de jubilación y tasas de reemplazo, pero una medición distinta de los ingresos.

En la mayoría de los casos, las pensiones aumentan progresivamente con los años de cotización. Salvo en la pensión estándar del IPS, todas las demás aumentan con los años de cotización. Las tasas de reemplazo iniciales son elevadas en la mayoría de los regímenes y aumentan rápidamente con años adicionales (Gráfico 2.13). Tras 25 años de cotización, la pensión proporcional que concede el IPS se iguala a su pensión estándar.

Gráfico 2.13. Las tasas de reemplazo son elevadas



Nota: La pensión proporcional del IPS se concede a los 65 años de edad a los afiliados que no cumplen los requisitos para una pensión estándar.

Fuente: Elaboración propia.

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821570>

Las tasas de reemplazo diferenciadas en la Caja Fiscal revelan inequidades en esa entidad. La Caja Fiscal ofrece regímenes distintos a militares, policías, maestros y profesores universitarios, personal de la Administración Central y personal judicial. Dichos regímenes difieren en edad de jubilación, tasa de reemplazo y años mínimos de cotización requeridos. Sin embargo, las tasas de cotización del trabajador son las mismas en todos ellos (16%). Por ello, la Caja Fiscal no es un sistema equitativo, especialmente en el segmento del personal civil, ya que pueden transferirse fondos entre los distintos regímenes civiles para cubrir déficits.

La generosidad de las pensiones de jubilación no incentiva a contribuir más de lo estrictamente necesario. Los niveles de las pensiones difieren en cada régimen en Paraguay. La pensión estándar de la principal entidad de seguridad social, el IPS, se fija en el 100% con 25 años cotizados. La mayoría de los otros regímenes conceden también una pensión igual al 100% del salario. Estas elevadas tasas de reemplazo no ofrecen incentivos para cotizar por encima del mínimo requerido. Los datos del IPS (2014) confirman que la mayoría de los afiliados se jubilan tan pronto como cumplen los requisitos y sólo un número insignificante de personas cotiza más de lo requerido.

Conforme a los regímenes de pensiones paraguayos, los derechos a pensión pueden devengarse con rapidez. La tasa de devengo mide esta velocidad: indica el porcentaje de ingresos cubiertos con cada año de cotización. En la pensión estándar del IPS cada año cotizado cubre un 4% de las ganancias. Esta tasa de devengo es superior a la de los países de la OCDE, en los que oscila entre un 0.55% y 2.81% (OCDE, 2017).

Las pensiones son generosas

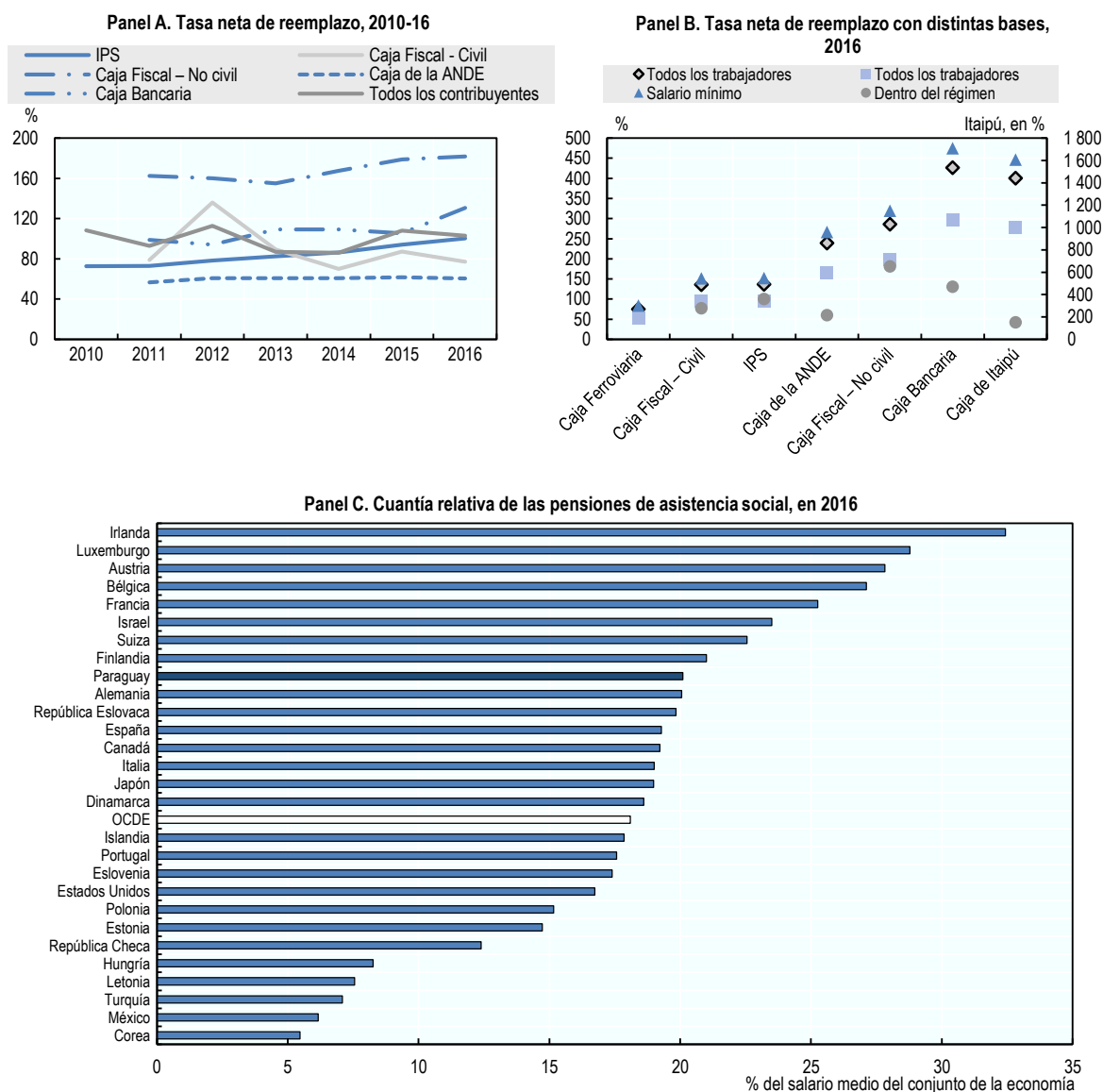
Las pensiones contributivas y no contributivas son comparativamente altas. La tasa neta de reemplazo de la pensión del IPS fue del 103.8%. Dicha tasa de reemplazo es considerablemente mayor que el promedio de la OCDE (62.9%) y supone la cifra más alta de los países de América Latina (OCDE, 2017; OCDE/BID/Banco Mundial, 2014). La mayoría de las pensiones contributivas superan el 100% del salario actual del cotizante (Gráfico 2.14 Panel A).⁵ Las pensiones de los regímenes de tipo cerrado (Caja de la ANDE, Caja Bancaria, Caja de Itaipú) y también el régimen de la Caja Fiscal para personal no civil son aún superiores: tales regímenes ofrecen a sus afiliados pensiones que duplican con creces los ingresos medios en el conjunto de la economía y más que triplican el salario mínimo (Gráfico 2.14 Panel B). Por otra parte, la cuantía de las prestaciones de *Adulto Mayor* es de las mayores de la región (Bosch, Melguizo y Pagés, 2013). La cuantía relativa de sus prestaciones expresada como porcentaje del salario medio en la economía en su conjunto (20.1%) está por encima de la media de la OCDE para las prestaciones de asistencia social (18.1%) (Gráfico 2.14 Panel C).⁶

Las pensiones contributivas y no contributivas constituyen una parte importante de los ingresos de los hogares. La mayoría de los beneficiarios de pensiones contributivas se sitúan en los deciles de ingresos superiores. Entre los beneficiarios de pensiones contributivas, la prestación de pensión representa una parte importante de los ingresos del hogar: más de un tercio de sus ingresos disponibles (Gráfico 2.15 Panel A). El programa *Adulto Mayor* reviste gran importancia para los hogares de bajos ingresos: la transferencia representa más del 30% de la renta familiar disponible en los deciles primero a tercero (Gráfico 2.15 Panel B).

Las pensiones son un instrumento importante para reducir la pobreza en la vejez. Las personas mayores sin pensión tienen una tasa de pobreza mucho mayor que los beneficiarios de pensiones contributivas, pero también mayor que los beneficiarios del programa *Adulto Mayor* (Gráfico 2.16). En efecto, los análisis confirman el impacto de *Adulto Mayor* en la reducción de la pobreza y la desigualdad entre las personas mayores (Bruno, 2017; Rodríguez y Benítez, 2018).

Gráfico 2.14. Las pensiones son generosas

Cuantía de las pensiones en relación con el salario medio



Nota: La tasa de reemplazo indica la cuantía media de la pensión neta en porcentaje de los ingresos netos medios de los trabajadores actuales. El Panel A representa el ratio entre la pensión media y los ingresos netos de los cotizantes del régimen. El Panel B representa el ratio entre la pensión media y un rango de ingresos netos. La tasa de reemplazo de la Caja de la ANDE sólo toma en consideración las prestaciones procedentes de la Caja de la ANDE, no la prestación complementaria del IPS.

Fuente: Paneles A y B: Cálculos propios basados en datos del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2017). Panel C: Para los países de la OCDE, datos de la OCDE (2017); para Paraguay, cálculos propios basados en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017).


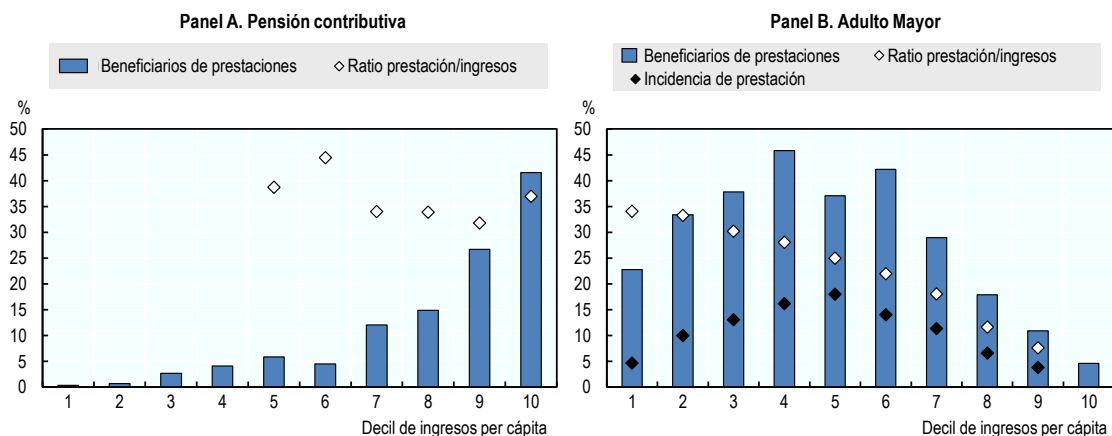
StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821589>

Gráfico 2.15. Las pensiones son una importante fuente de ingresos

Beneficiarios de pensiones y ratio entre prestación e ingresos, población de 65 años o más en 2016



Nota: La relación entre prestaciones e ingresos es el porcentaje que la prestación de *Adulto Mayor* representa en los ingresos del hogar. La incidencia de las prestaciones es el porcentaje de prestaciones que se destinan a cada decil de la distribución de rentas en relación con las prestaciones totales que recibe la población en conjunto. Los deciles se basan en los ingresos familiares disponibles per cápita. Los ingresos disponibles equivalen a los ingresos de mercado, más pensiones, transferencias directas e indirectas, menos impuestos directos.

Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017).


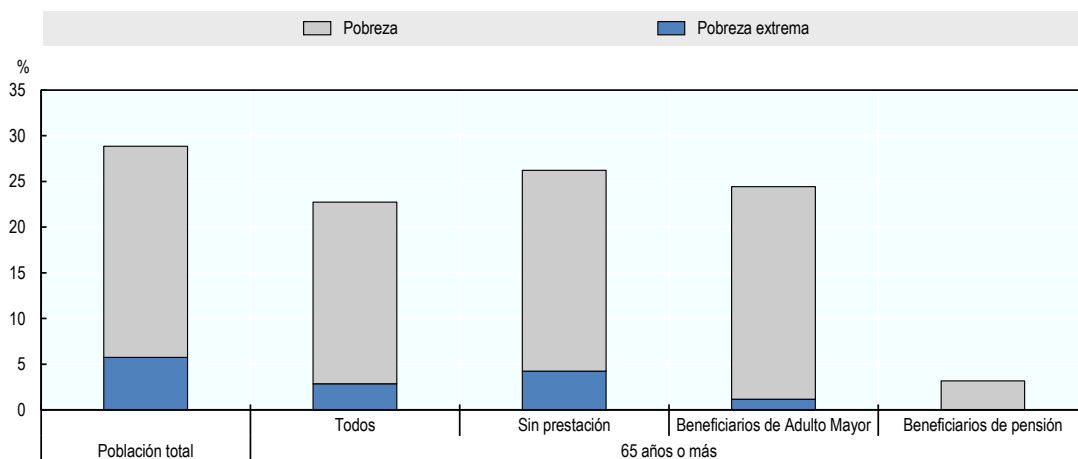

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821608>

Gráfico 2.16. La pobreza es menor entre los beneficiarios de pensiones

Tasas de pobreza entre beneficiarios de pensiones, 2016



Fuente: Cálculos propios basados en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821627>

Ciertos segmentos del sistema actual no son sostenibles financieramente

Las tendencias demográficas amenazan la sostenibilidad de los regímenes de pensiones. Una población envejecida en crecimiento con una elevada esperanza de vida conlleva unos ratios bajos y decrecientes de cotizantes por pensionista; en otras palabras, los gastos sobrepasan los ingresos. La mayoría de los regímenes de pensiones, en especial los de tipo cerrado, presentan un bajo ratio de cotizantes por pensionista (Cuadro 2.3). Este ratio ha estado decreciendo a lo largo de los años y seguirá cayendo con la transición demográfica. Por ejemplo, el ratio de cotizantes por pensionista de la Caja de la ANDE descendió de 3.7 en 2005 a 2.4 en 2016 (Caja de la ANDE, 2017). El IPS aún tiene 10.1 cotizantes por pensionista, pero se prevé que en 2050 este ratio quede reducido a la mitad, esto es, 5.0 (IPS, 2014). Ante las actuales tasas de reemplazo y cotización, el IPS necesita al menos ocho cotizantes por pensionista para financiar íntegramente (con cotizaciones de los afiliados) una pensión ordinaria de vejez igual al 100% del salario medio actual.

La fragmentación del sistema de pensiones eleva los costos administrativos. Los fondos de pensiones de tipo cerrado y pequeño tamaño no son muy eficientes a la hora de ofrecer y gestionar planes de pensiones, dados sus costos operativos totales en relación con los activos gestionados. Estos costos equivalen a entre el 1.1% y 7% de los activos totales gestionados (Cuadro 2.3),⁷ y son superiores a los de los países de la OCDE, que normalmente oscilan entre el 0.1% y el 1.5% (OCDE, 2017). La baja eficiencia de la gestión de activos se explica, en buena parte, por el tamaño de los fondos de pensiones de tipo cerrado. En efecto, no se generan apenas economías de escala por el exiguo número de afiliados. Consolidar los fondos pequeños podría rebajar dichos costos administrativos.

Cuadro 2.3. Indicadores de la situación financiera de los fondos, 2015 o último período disponible

	IPS	Caja Fiscal								
		Ejército y policía	Maestros y profesores	Personal de la Administración Central y judicial	Caja Bancaria	Caja Municipal	Parlamentaria	Ferrovial	ANDE	ITAIPÚ
Cotizantes por pensionista ^a	10.1	2.3	3.8	7.1	4.7	5.1	0.6	0.0	2.4	0.8
Cotizaciones (% del PIB) ^b	3.2			1.4	0.3	0.0	n.a.	n.a.	0.0	0.2
Prestaciones (% del PIB) ^b	1.1			1.5	0.2	0.0	n.a.	n.a.	0.1	0.2
Costos de gestión (%) ^c	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	4.0	7	n.a.	n.a.	1.1	5.7
Reservas (en millones USD) ^c	2 067.7 ^d	0	n.a.	604.9	213.8	41.3	n.a.	0	148.7 ^e	283.0

Nota: n.a. = no disponible. 0 = menor que 0.0%. Los costos de gestión son el ratio entre los costos operativos y el valor de los activos gestionados.

a. Datos de 2016. b. 2015 para IPS, Caja Bancaria, Caja de la ANDE, Caja de Itaipú, 2014 para Caja Fiscal y Caja Municipal.

Fuente: Elaboración propia basada en datos del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2017); b. FMI (2017); c. Navarro y Ortiz (2014); d. IPS (2017); e. Caja ANDE (2017).

La caída de los afiliados cotizantes y los déficits actuariales ponen en peligro las finanzas públicas y consolidan las desigualdades. El bajo número de afiliados cotizantes constituye un pasivo latente para el erario público: los adultos mayores pobres que carecen de pensión contributiva podrían acogerse a una pensión no contributiva. De este modo aumentaría tanto la población objetivo como los costos del programa, que ya representaron un 0.7% del PIB en 2016 (MH, 2018). Por otra parte, debido a la naturaleza pública de los fondos de pensiones, el Estado tendrá que rescatar aquellos fondos que resulten antieconómicos. Estos futuros pasivos constituyen un serio motivo de preocupación para las finanzas públicas. Los eventuales rescates son también problemáticos desde el punto de vista de la equidad: puesto que los no afiliados tienen ingresos menores que los afiliados a la seguridad social, rescatar un fondo de pensiones produciría efectos distributivos regresivos.

La situación financiera positiva del IPS se tornará negativa a mediados de siglo. En la actualidad los ingresos del IPS son superiores a sus gastos y, por tanto, el IPS mantiene reservas por importe de 1 140.3 millones de USD (Recuadro 2.1). Sin embargo, no se prevé que esta situación perdure. Los gastos del IPS en pensiones y administración previsiblemente superarán en 2032 los ingresos por cotizaciones de empresarios y empleados (IPS, 2014). Este punto de inflexión podría postergarse siete años si el Estado aportara realmente el 1.5% de la nómina de los afiliados que establece la Ley n.º 375/56, y que actualmente no aporta. El punto de inflexión podría posponerse otros cinco años si el IPS dejara de abonar un pago extraordinario de fin de año a sus beneficiarios. De hecho, los pagos extraordinarios de fin de año no son parte de la base de cotizaciones de seguridad social. Asimismo, las proyecciones actuariales indican que las reservas acumuladas se agotarán diez años después de que los gastos corrientes superen las cotizaciones recaudadas (ibídem).

La situación financiera de la Caja Fiscal es especialmente alarmante. La Caja Fiscal es ya incapaz de atender sus compromisos: en 2016 el déficit corriente de los regímenes no civiles suponía un 0.44% del PIB (Gráfico 2.18 Panel B). El erario público cubre este déficit con los ingresos tributarios generales, lo cual resulta especialmente regresivo puesto que el Impuesto al Valor Agregado (IVA) (que también pagan los pobres y los no afiliados) constituye la mayor fuente de ingresos tributarios de Paraguay. Si no se introducen reformas, la situación sólo irá a peor: el FMI (2017) estima que el valor descontado de los déficits de la Caja Fiscal hasta 2065 representa un 28% del PIB actual.

El desequilibrio de la Caja Fiscal se explica por la generosidad de algunos regímenes de pensiones. La edad de jubilación es baja y los años de cotización exigidos son escasos, con una elevada tasa de reemplazo. Así sucede en especial con el personal del ejército y la policía: la pensión de vejez media de los no civiles es del 181.6% de los ingresos medios actuales de los no civiles; en el caso de los civiles adscritos a la Caja Fiscal, este ratio es sólo del 77.2% (MTESS, 2017). El sistema no sólo es inequitativo, sino que lleva varios años registrando déficit (Gráfico 2.18). Si bien la Ley n.º 4.252/2010 permite la financiación cruzada entre los regímenes civiles (maestros y profesores universitarios, personal de la Administración Central y personal judicial), un superávit de un régimen civil no puede dedicarse a enjugar los déficits de los regímenes no civiles (policía y ejército) y viceversa. Los informes actuariales prevén que el punto de inflexión de los regímenes civiles se alcanzará entre 2021 y 2023; a partir de entonces, el superávit global de los regímenes civiles se tornará en déficit (Larraín, Viteri y Zucal, 2013, citado por Alaimo y Tapia, 2014).

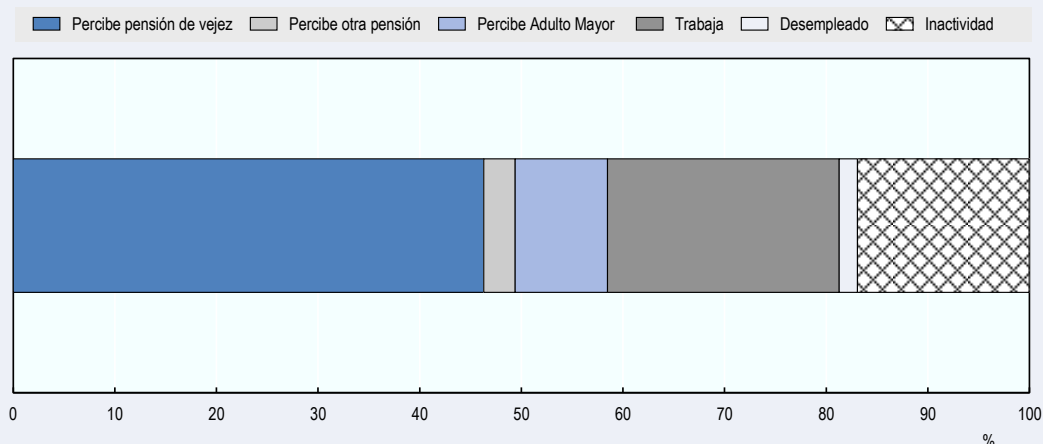
Recuadro 2.1. Los contribuyentes al IPS sin derecho a pensión hacen posible la generosidad del sistema

Sólo uno de cada dos paraguayos de 65 años o más que cotizaron al IPS percibe una pensión: el 46.3% percibe una pensión de vejez y el 3.1% percibe una pensión de invalidez o de supervivientes. Más de la mitad de las personas de 65 años o más que cotizaron al IPS en algún momento de su vida laboral no reciben pensión contributiva: el 22.8% sigue trabajando, el 16.9% dio por terminada su vida laboral (inactivos) pero no recibe pensión y el 9.1% de los antiguos cotizantes percibe una pensión no contributiva (*Adulto Mayor*) (Gráfico 2.17). Estos afiliados por lo general no cotizaron suficiente para tener derecho a una pensión. Según las propias declaraciones de los antiguos afiliados, la mediana del número de meses cotizados es 120 meses (diez años).

El IPS debe su actual situación financiera favorable en parte al gran número de antiguos afiliados que no perciben pensión. Los afiliados al IPS que no cotizaron suficientemente para obtener una pensión estándar, proporcional o anticipada no tienen derecho al reembolso de sus cotizaciones. En un sistema de pensiones de reparto, sin posibilidad de obtener un reembolso, el hecho de no recibir una pensión significa que las cotizaciones de los afiliados de que se trate financian las pensiones de los beneficiarios efectivos. Así, al existir un número significativo de afiliados que carecen de derecho a pensión, los ingresos del IPS se incrementan, sin las consiguientes obligaciones en el otro lado del balance.

Gráfico 2.17. Los afiliados del IPS que no consolidan derechos subsidian a los beneficiarios de pensiones

Situación de la población de 65 años o más que cotizó al IPS (como porcentaje)



Nota: La población considerada son los adultos mayores (65 años o más) que declaran haber cotizado al IPS en algún momento de su vida; no son necesariamente afiliados activos en la actualidad.

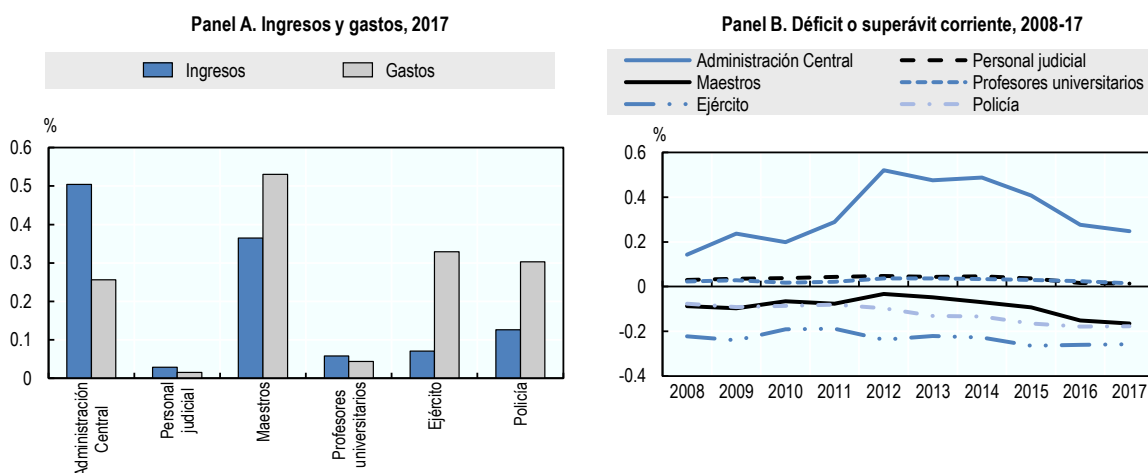
Fuente: Cálculos propios basados en datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (STP, 2016).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821646>

Los afiliados con carreras de cotización superiores a 25 años también generan ingresos adicionales para el sistema. Las pensiones estándar tienen un límite máximo del 100% con 25 años cotizados. Por tanto, las cotizaciones excedentes ayudarían también al IPS a mantener sus generosas prestaciones, pero en la práctica son pocos quienes siguen cotizando más allá del período mínimo exigido.

Gráfico 2.18. Sólo uno de los regímenes de la Caja Fiscal registra superávit corriente

Situación financiera de la Caja Fiscal, en porcentaje del PIB



Fuente: Elaboración propia basada en datos del Ministerio de Hacienda (MH, 2018), *Ingresos y Gastos por Sectores Contributivos*, www.hacienda.gov.py/web-hacienda/jubilaciones (consultado en febrero de 2018).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933821665>

La mayoría de fondos de pensiones registran déficit actuarial. Los regímenes de pensiones complementarios de la Caja de la ANDE y Caja Itaipú registrarán déficit a mediados de este siglo. Por su menor volumen, esos déficits actuariales son pequeños en comparación con los del IPS y la Caja Fiscal (Navarro y Ortiz, 2014; FMI, 2017). Si bien la situación financiera de la Caja Bancaria se deteriorará también con el tiempo, no presenta déficit actuarial alguno (FMI, 2017).

El camino a seguir

En sus esfuerzos por organizar un sistema de protección social para todos, Paraguay ha de hacer frente a tres desafíos clave: perfeccionar la gobernanza del sistema, promover que los trabajadores autónomos coticen a la seguridad social y obtener recursos financieros para la asistencia social no contributiva. El Gabinete Social (2018) reconoce estos retos e insta a abordarlos.

Es necesario mejorar la gobernanza del sistema de protección social

Los sistemas de asistencia social y seguridad social de Paraguay operan de manera aislada. Los dos pilares del sistema de protección social no interactúan: las únicas prestaciones en común son las de vejez. Las pensiones no contributivas y contributivas se gestionan

separadamente y son incompatibles. Un sistema coherente de protección social ha de integrar estos dos importantes regímenes.

Un sistema de pensiones no coordinado podría tener efectos disuasorios sobre las cotizaciones de la seguridad social. Las prestaciones de asistencia social para personas mayores reducen la pobreza; sin embargo, entrañan el riesgo de fragmentar el sistema de pensiones en un segmento informal (no contributivo) y otro formal (contributivo). Así puede ocurrir si las pensiones no contributivas reducen los incentivos para cotizar a la seguridad social. Una pensión no contributiva puede constituir una especie de gravamen sobre las cotizaciones, en caso de que la pensión no contributiva se reduzca con la percepción de una pensión contributiva; así, se desincentiva la cotización a la seguridad social (Bosch, Melguizo y Pagés, 2013).

Un sistema de pensiones integral ha de tener en cuenta las interacciones entre sus segmentos principales. Ulteriores estudios habrán de analizar si la diferencia entre la prestación de *Adulto Mayor* y la pensión contributiva mínima (un 33% del salario mínimo vigente) es demasiado pequeña y desincentiva la cotización a la seguridad social. A fin de evitar estos efectos secundarios negativos, es preciso diseñar cuidadosamente la transición entre las pensiones contributivas y no contributivas. Con objeto de evitar estos efectos negativos, Chile, por ejemplo, retira gradualmente la pensión no contributiva a medida que aumenta la cuantía de la pensión contributiva (Recuadro 2.2).

La asistencia social y la seguridad social afrontan problemas de gobernanza que no se limitan a los retos de la interacción entre pensiones contributivas y no contributivas.

La asistencia social requiere un líder nacional

Si bien la asistencia social juega un papel importante en el Plan de Desarrollo Nacional, es un ámbito sin liderazgo claro ni coordinación a nivel político. En el pasado, el Gabinete Social, constituido en 2003, actuaba normalmente como el órgano de coordinación ministerial para todas las entidades públicas que ofrecían algún tipo de programa social (18 entidades). Su función era promover, coordinar y dirigir la gestión de los programas y políticas sociales (Decreto 751, noviembre de 2013). El Gabinete Social es presidido por el Presidente y coordinado por el Secretario General de la Presidencia. En virtud de un Decreto Presidencial se creó también, en el seno del Gabinete Social, un equipo ejecutivo más reducido liderado por la STP e integrado por 6 de las 18 entidades. En su labor, el Gabinete Social se apoya en una Unidad Técnica. El Gabinete Social se consideró ineficiente y en 2013 se interrumpió la coordinación a nivel ministerial a través de reuniones periódicas. El equipo ejecutivo, liderado por la STP, ha mantenido reuniones periódicas e impulsado iniciativas de coordinación. La Unidad Técnica del Gabinete Social sigue activa y se centra en áreas que van más allá de la coordinación ordinaria de la política social. Dirigió el desarrollo de una base de datos integrada de los beneficiarios de los programas sociales y un marco a medio plazo relativo a la protección social. La división institucional entre la Unidad Técnica, adscrita al Gabinete Social y que en la práctica depende del Secretario General de la Presidencia, y el equipo ejecutivo, liderado por el Secretario Ejecutivo de la STP, reduce la eficacia de las medidas de coordinación.

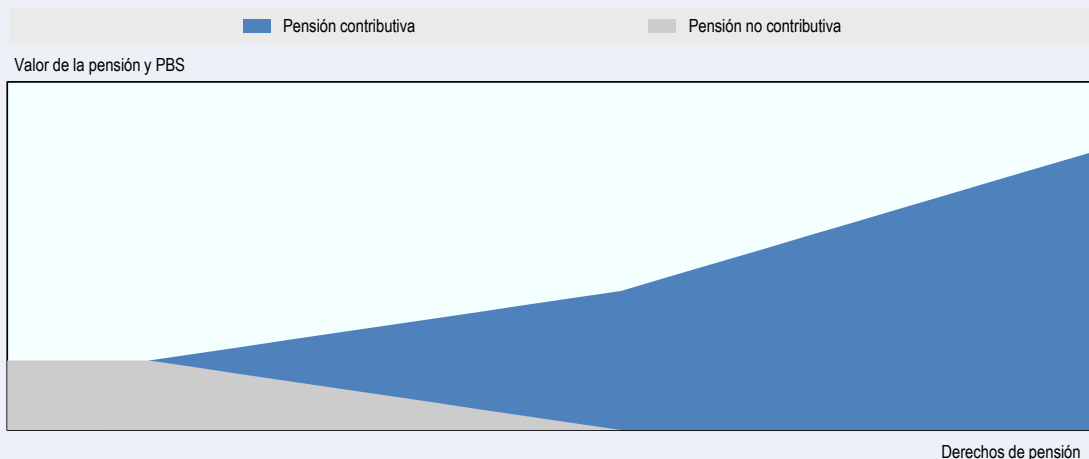
Recuadro 2.2. Los chilenos pueden percibir tanto una pensión no contributiva como una pensión contributiva

El sistema de pensiones de Chile tiene tres componentes: un primer nivel redistributivo, un segundo nivel de cuentas individuales obligatorias (cotizaciones definidas) y un tercer nivel de planes de ahorro voluntarios. El primer nivel redistributivo se introdujo en marzo de 2008, tras persistentes críticas sobre la escasez de las pensiones contributivas (Santoro, 2017). La característica especial de este primer nivel es que se elimina gradualmente para reducir los eventuales efectos que desincentivan las cotizaciones de pensiones. Gracias a esta reforma, la cobertura de las pensiones aumentó en 10 puntos porcentuales y la pobreza extrema entre las personas mayores se recortó en un 1.5% en 2015, desde el 7.5% inicial en 2006 (CEPAL, 2017).

El primer nivel se estructura como una pensión no contributiva (Pensión Básica Solidaria [PBS]) y una pensión previsional suplementaria (Aporte Previsional Solidario [APS]). La PBS es una pensión no contributiva básica para quienes no tienen otras pensiones. La PBS se abona a partir de los 65 años al 60% más pobre de la población de conformidad con una serie de criterios de residencia. El APS es una pensión complementaria de asistencia social financiada por el Estado para quienes cotizaron en el segundo nivel pero perciben pensiones exiguas (se aplican los mismos criterios de recursos económicos y residencia). Los pensionistas cuya pensión sea inferior a un determinado umbral reciben el APS, que se eliminará gradualmente hasta que se alcance dicho umbral. El nivel máximo del APS es igual a la PBS, en caso de que la pensión contributiva de una persona sea igual a cero.

Gráfico 2.19. Chile retira gradualmente la pensión no contributiva

Representación del valor de la pensión chilena



Fuente: Elaboración propia.

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821684>

Fuente: CEPAL (2017), Santoro (2017), OCDE (2011) y OCDE (2017).

En la actualidad, la única iniciativa importante de coordinación en materia de política social se basa en el programa nacional de reducción de la pobreza *Sembrando Oportunidades*. Este programa se creó por Decreto Presidencial con vistas a favorecer la reducción de la pobreza, lo cual se ha fijado como una “prioridad nacional”. Opera como un programa que engloba las actuaciones en favor de los pobres bajo la coordinación de la STP, abarcando por tanto una serie de programas preexistentes. La STP celebra una reunión técnica semanal (la “Mesa técnica”) entre las 27 entidades que participan en *Sembrando Oportunidades*. La coordinación técnica semanal entre técnicos y responsables de la formulación de políticas brinda oportunidades de responder de forma coordinada a necesidades específicas, como se hizo con las sequías de los años 2014/15 en el norte del país, y de atender con rapidez las necesidades de coordinación, como por ejemplo la organización de la intervención de diversos actores en áreas específicas sobre el terreno. No obstante, su carácter técnico limita su capacidad estratégica y de adoptar decisiones. A fin de mejorar su eficacia y alcance, las reuniones podrían estructurarse en torno a determinados temas o grupos de población, podría intensificarse el seguimiento y las partes interesadas deberían asistir a las reuniones con mayor regularidad (FAO/STP, 2018). Por otra parte, *Sembrando Oportunidades* se beneficiaría de unas directrices políticas más firmes (ibídem).

La falta de liderazgo y coordinación conduce al solapamiento de programas y sinergias no aprovechadas. Numerosos programas ofrecen apoyo para la generación de ingresos para negocios y explotaciones agrícolas familiares; son programas dispersos, que alcanzan a menos del 10% de los hogares rurales con actividades agrícolas (Serafini, 2016). Recientemente se han creado dos grandes programas que han merecido mucha atención: *Familia por Familia* (un programa piloto implementado por la STP) y *Tenonderã* (implementado por la SAS). Aunque los grupos objetivo y los métodos de intervención difieren en cierta medida, ambos programas se han diseñado para integrar las transferencias sociales y las acciones de promoción aplicando una metodología de graduación y en que podrían resultar beneficiados por un reforzamiento de la coordinación y las sinergias.

Se han establecido instrumentos esenciales para la coordinación, que deben ser consolidados

Paraguay ha instaurado instrumentos clave con el fin de mejorar la coordinación de políticas. El país diseñó recientemente un instrumento único de focalización (Ficha Social) y está implantando un registro único de beneficiarios (el Sistema Integrado de Información Social [SIIS]), así como un cuadro de información (Tablero de Control). Estos instrumentos se hacen eco de las experiencias positivas en la región, tales como el desarrollo por Brasil del registro único de beneficiarios (*Cadastró Único*) (véase el Recuadro 2.3). Para mejorar la eficacia de estos instrumentos de coordinación es preciso perfeccionar e integrar esos elementos esenciales. Por último, la focalización, la promoción de programas y la prestación de servicios pueden integrarse más a través de agentes únicos, como en el caso de los vehículos que ofrecen servicios de ventanilla única en Sudáfrica (Recuadro 2.4).

Se ha establecido un instrumento único de identificación de beneficiarios y se están recopilando datos. En el contexto de la ejecución del programa nacional contra la pobreza, *Sembrando Oportunidades*, se estableció un mecanismo de identificación de beneficiarios. Consiste en un cuestionario (Ficha Social) para recoger información de los hogares, en particular estado civil, educación, nivel de vida, salud, empleo y actividades agrícolas. Este cuestionario se complementa con un algoritmo que clasifica a la población encuestada como extremadamente pobre, pobre, vulnerable y ni pobre ni vulnerable. Se recopiló información de casi 1.1 millones de personas (un 16% de la población) entre 2013 y finales de 2017. Los hogares incluidos provenían en gran medida de cuestionarios administrados

a los beneficiarios de los programas sociales de la SAS y del Ministerio de Agricultura. El listado se completó con encuestas sistemáticas realizadas en zonas con alta prevalencia de la pobreza. La creación del instrumento único de focalización fue un paso determinante para generar sinergias y prestar una asistencia social más coherente y coordinada. La información está disponible para las entidades públicas y está vinculada a la información del tablero de control del programa.

Generalizar el uso de la Ficha Social como instrumento de focalización sigue siendo un desafío. Las instituciones que ejecutan los programas de asistencia social no tienen un método común de focalización. Diferentes instituciones ejecutan los importantes programas *Tekoporã*, *Abrazo* y *Adulto Mayor*, con pocas posibilidades de sinergias y aprendizaje mutuo. Todos estos programas aplican diversos instrumentos de identificación de beneficiarios, ninguno de los cuales es el instrumento único (Ficha Social) previsto en *Sembrando Oportunidades*. Aunque la SAS, que ejecuta *Tekoporã*, ha aplicado la Ficha Social a sus beneficiarios, continúa recurriendo a un instrumento distinto de recolección de datos y a un método diferente de comprobación de los recursos económicos, basado en un índice de calidad de vida, a efectos de identificar a los beneficiarios. Con objeto de superar las actuales resistencias institucionales e imponer efectivamente la adopción de dicho instrumento único es esencial que la Ficha Social reciba respaldo político. El programa *Adulto Mayor* utiliza actualmente un algoritmo modificado de Ficha Social, que incluye información adicional. Esta desviación parcial de la metodología estándar es un ejemplo de cómo el instrumento único de identificación puede ajustarse a las necesidades de programas específicos.

Los planes para mejorar el registro único de beneficiarios pueden coadyuvar a llegar a todos los paraguayos en situación de necesidad. El sistema integrado de información social (SIIS) enumera todas las personas que se benefician o han beneficiado de uno o varios programas de asistencia social. Es una importante herramienta de gestión y supervisión, que ayuda a detectar eventuales errores de inclusión en los programas. Ampliar el SIIS e integrarlo con una base de datos de potenciales beneficiarios registrados en el instrumento único de focalización sería un paso adelante positivo hacia una mayor coordinación, eficiencia y sinergias, aproximando el sistema de información al *Cadastro Único* de Brasil.

El sistema de planificación y seguimiento de *Sembrando Oportunidades* constituye una importante herramienta de coordinación de la política social. Entre las funciones de la Mesa técnica se incluyen introducir información y supervisar el tablero de control en línea del programa. Las entidades participantes establecen sus objetivos relativos a las acciones de ejecución, en particular cuándo y dónde las realizarán. También registran la prestación de servicios, de modo que el mismo sistema sirve para coordinar la fase de planificación y para hacer seguimiento del progreso. Periódicamente se publican informes de avance sobre todos los programas a nivel regional. El público tiene acceso a la herramienta en línea, que permite comprobar el grado de avance de un programa en el ámbito del distrito.

Recuadro 2.3. Registro unificado para las políticas sociales brasileñas

El *Cadastro Único* es un registro único de los hogares brasileños que viven en la pobreza o extrema pobreza. El *Cadastro* pretende inscribir a todas las familias con bajos ingresos, es decir, aquellas cuya renta es inferior a tres salarios mínimos mensuales o personas físicas que ganan menos de la mitad del salario mínimo. El Gobierno federal, los Estados y municipios usan esta información para ejecutar programas sociales dirigidos a mejorar la vida de estas familias.

Antes de la introducción de *Cadastro Único* cada programa gubernamental tenía su propio sistema para recopilar datos de los potenciales beneficiarios, procesar esa información y determinar la asignación de las prestaciones. Incluso dentro de un mismo organismo gubernamental los registros se llevaban separadamente. En consecuencia, los programas de protección social estaban segmentados y carecían de coordinación. Todo esto producía a menudo errores de inclusión y exclusión, y limitaba su alcance. La falta de información unificada y más detallada sobre las familias pobres dificultaba la formulación de políticas y, por consiguiente, la oportunidad y eficacia de las políticas sociales (OIT, 2014).

En 2001 el gobierno brasileño creó formalmente el Registro Único (*Cadastro Único*) y dos años después lanzó el programa *Bolsa Família*, que unificó cuatro programas similares de transferencias monetarias dirigidos a familias pobres y vulnerables. Los objetivos de *Cadastro Único* son identificar a familias pobres, comprender sus circunstancias y dejar constancia de la referencia geográfica de los hogares pobres. Tras el éxito inicial en registrar hogares pobres, el Gobierno invirtió en mejorar la recopilación de datos y lanzó una revisión exhaustiva legislativa y reglamentaria del registro, lo que dio lugar a una nueva versión en línea del registro, que se lanzó en 2010. Tres años más tarde, todos los municipios tenían acceso a la base de datos en línea, lo que les ha ayudado a focalizar con mayor precisión las intervenciones políticas.

En la práctica, *Cadastro Único* se fundamenta en un sistema de recopilación e introducción descentralizada de datos y en la gestión y consolidación de una base de datos centralizada. Compete a los municipios recopilar los datos e inscribir a las familias, y realizar encuestas a los hogares de las zonas geográficas de que se trate para incluirlas en el *Cadastro*. Los ciudadanos pueden solicitar directamente su inscripción en el mismo en los departamentos municipales correspondientes. Una vez recopilados los datos, los funcionarios municipales los introducen en un programa unificado y efectúan algunas comprobaciones cruzadas a fin de detectar posibles incongruencias o deficiencias de los datos. *Caixa Econômica Federal* integra los datos de los municipios, asigna números de identificación y lleva a cabo algunas comprobaciones cruzadas adicionales. El registro integrado de familias resultante es el *Cadastro Único*, que recoge información de todas las familias inscritas, con independencia de si son o no elegibles para los programas sociales del Gobierno. Por último, el Gobierno federal, los Estados y municipios usan esta información para determinar la elegibilidad de las familias para los programas sociales y la ulterior concesión de prestaciones (Lindert et al., 2007).

Fuente: OIT (2014) y Lindert et al. (2007).

El tablero de control de *Sembrando Oportunidades* está integrado en el Sistema de Planificación por Resultados (SPR) y se vincula al proceso presupuestario. La STP ha desarrollado y gestiona una herramienta que ayuda a planificar, gestionar y supervisar el logro de los objetivos relacionados con el Plan Nacional de Desarrollo. Los planes de prestación de servicios de cada institución forman parte del plan operativo de la entidad, que está vinculado a través del SPR a estrategias específicas del PND y al presupuesto anual. La vinculación con el proceso presupuestario garantiza que la coordinación en la fase de planificación efectivamente propicie planes de acción coordinados. Aún existe margen para mejorar el funcionamiento de la planificación por resultados, en particular mediante mejoras en la calidad de los indicadores, la creación de vínculos con el plan de gasto a medio plazo y el desarrollo de la función de evaluación (OCDE, 2018b; Medina-Giopp y Codas Salinas, 2018).

Recuadro 2.4. Llegar a la población rural pobre de Sudáfrica mediante vehículos ambulantes que ofrecen servicios de ventanilla única

El Programa de Divulgación del Registro Comunitario Integrado (ICROP, del inglés, *Integrated Community Registration Outreach Programme*) se sirve de vehículos ambulantes plenamente equipados que ofrecen servicios de ventanilla única a fin de aproximar el sistema de protección social a las zonas rurales de Sudáfrica. El ICROP, creado por la Agencia de la Seguridad Social de Sudáfrica (SASSA, del inglés, *South African Social Security Agency*) en 2007 para ofrecer prestaciones por hijos, rápidamente se transformó en una iniciativa del gobierno en su conjunto que presta a la población rural, en el marco de una estructura única, todos los servicios sociales. Participan en el ICROP la SASSA, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Ministerio del Interior y el Departamento de Policía de Sudáfrica, así como municipios, líderes comunitarios y ONG.

Los vehículos de ventanilla única ofrecen una amplia gama de servicios. Informan a la población sobre las prestaciones y servicios, y ayudan a inscribirse en los programas de asistencia social. Asimismo, identifican a potenciales beneficiarios, actualizan el registro de beneficiarios, facilitan el acceso a los procedimientos de recurso, tramitan documentos de identidad y certificados de nacimiento, promueven el acceso a los servicios de salud y aseguran la participación de los miembros de la comunidad en la prestación de servicios. Los vehículos están equipados con un moderno sistema de TI y cuentan con un conductor, dos funcionarios de certificación, un médico (para la valoración *in situ* de problemas médicos/incapacidades y servicios básicos de salud), un funcionario de autorizaciones (autorizaciones *in situ* y control de calidad), un técnico de TI de apoyo y un funcionario de atención al cliente (que atiende preguntas y gestiona actividades de divulgación).

El número de beneficiarios del programa ha aumentado con más rapidez en las zonas atendidas por el ICROP que en las zonas excluidas de este programa. El mecanismo de prestación conjunta de servicios aumentó la difusión con unos costos administrativos menores y una mejor coordinación institucional gracias a la utilización de procesos y herramientas compartidos.

Fuente: Van Panhuys et al. (2015) y DSD/SASSA/UNICEF (2016).

Las entidades proveedoras de seguridad social precisan de supervisión y refuerzo

En la actualidad, las entidades proveedoras de seguridad social operan sin una supervisión significativa. La única supervisión procede de la Entidad Fiscalizadora Superior (*Contraloría General de la República*), que audita a las entidades proveedoras de pensiones.⁸ No obstante, esta entidad carece de los recursos necesarios para ejecutar su ingente cometido. Procede señalar la existencia de un conflicto de intereses: los auditores contratados por las entidades proveedoras de pensiones son remunerados por la entidad auditada (Navarro y Ortiz, 2014). El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS) —que está oficialmente a cargo de la seguridad social— es de reciente creación y aún está trabajando para consolidar su autoridad. Se ha presentado al Parlamento, y está a la espera de aprobación, un proyecto de ley relativo a la creación de un órgano supervisor que presidiría el Ministro de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (Recuadro 2.5).

Una separación imperfecta de las ramas de pensiones y de salud del IPS puede suponer un riesgo para la gobernanza del instituto. Como entidad proveedora de seguridad social, el IPS ofrece a sus afiliados atención sanitaria, pensiones y otras prestaciones monetarias (por maternidad, incapacidad, enfermedad, accidente laboral, muerte). Las ramas de salud y pensiones se gestionan separadamente y el IPS divide las cotizaciones de empresarios y trabajadores en tres fondos independientes para (i) pensiones, (ii) salud y (iii) gastos administrativos. Sin embargo, el reglamento interno del IPS permitiría la gestión conjunta de las pensiones y los servicios de salud, como pone de manifiesto el fondo común para gastos administrativos. Aunque el reglamento interno no permite las transferencias entre los fondos de pensiones y de salud, la gestión conjunta puede aún exponer la rama de pensiones del IPS al riesgo de malas prácticas (Alaimo y Tapia, 2014; Casalí y Velásquez, 2016). La mayoría de las inversiones inmobiliarias del IPS se han realizado en hospitales. Este tipo de inversiones genera una rentabilidad baja, sólo pueden venderse con aprobación parlamentaria y el IPS a menudo ignora su valor de mercado. Además, el IPS no segrega los recursos destinados a financiar las pensiones de vejez y otras prestaciones monetarias (como la de invalidez), lo que complica la gestión de las prestaciones (IPS, 2014).

La falta de independencia de Caja Fiscal impide una buena gobernanza. La Caja Fiscal no es una entidad jurídica independiente, sino que forma parte del Ministerio de Hacienda y, en consecuencia, no dispone de estatutos ni de un consejo de gobierno que fije directrices estratégicas, supervise la ejecución y rinda cuentas por los resultados. El principal riesgo de esta estructura institucional estriba en que el Ministerio de Hacienda ha de cubrir directamente los déficits de la Caja Fiscal (Alaimo y Tapia, 2014; Navarro y Ortiz, 2014), lo que priva al Ministerio de herramientas para exigir una buena gobernanza a cambio de un rescate. Por otra parte, la Caja Fiscal —y por tanto el Ministerio de Hacienda— está sujeta a las presiones políticas de sus clientes y otros grupos de interés. Por ejemplo, el Parlamento diluyó la reforma de 2003 de la Caja Fiscal (Ley 2345/03) cediendo a las presiones de los funcionarios públicos que exigían mejores prestaciones y desatendiendo el asesoramiento técnico del Ministerio de Hacienda.⁹

Recuadro 2.5. El proyecto de ley relativo a la autoridad supervisora de las entidades proveedoras de pensiones

El proyecto de ley está bien estructurado, pero es necesario pulir ciertos aspectos

Las inversiones que se han realizado por cuenta de los fondos de pensiones de Paraguay están menos diversificadas que en los demás países de América Latina (FMI, 2017). La insuficiente diversificación y regulación pueden suponer un riesgo para las cotizaciones y los derechos de pensión de los afiliados. El IPS invierte fundamentalmente en depósitos de ahorro, inmuebles (sobre todo instalaciones sanitarias) y en bonos emitidos por la *Agencia Financiera de Desarrollo* (AFD). En virtud de su normativa interna, la Caja Fiscal invierte exclusivamente en bonos emitidos por la AFD o deposita los eventuales excedentes en el banco central. Las inversiones efectuadas por las entidades proveedoras de pensiones de tipo cerrado presentan una diversificación ligeramente mayor; con todo, consisten fundamentalmente en préstamos a sus miembros. La Caja de la ANDE invierte más de cuatro quintas partes de sus activos igualmente en préstamos a sus miembros (Caja ANDE, 2017). Conforme a los Principios Fundamentales de la Regulación de las Pensiones Privadas de la OCDE (2016), tales prácticas deben limitarse en general; en el proyecto de ley se promete remediar esta situación e imponer una gestión sólida de los activos de las entidades proveedoras.

Con arreglo a los Principios Fundamentales de la Regulación de las Pensiones Privadas de la OCDE (2016), el órgano supervisor deberá promover la estabilidad, seguridad y buena gobernanza de los fondos de pensiones, instituciones de pensiones o planes de pensiones con objeto de proteger los intereses de los partícipes y beneficiarios de los planes. Habrá de establecerse una supervisión efectiva de los fondos y planes de pensiones, centrada en el cumplimiento de la ley, el control financiero, el peritaje actuarial y la supervisión de los responsables de gestionar u operar el plan. Asimismo, habrá que otorgar a los órganos supervisores facultades reguladoras y supervisoras adecuadas sobre planes, entidades y fondos privados de pensiones, en particular facultades sobre las funciones subcontratadas.

El proyecto de ley de Paraguay sobre la creación de un órgano supervisor, su órgano de gobierno y las normas de inversión de los fondos de pensiones cumple la mayoría de los Principios Fundamentales de la Regulación de las Pensiones Privadas de la OCDE (2016) y las Buenas Prácticas de Gobernanza de las Autoridades Supervisoras de Pensiones de la IOPS (2013). Con todo, merecen especial atención algunos aspectos insuficientemente tratados en el proyecto de ley, tales como:

- el establecimiento de un mecanismo claro y transparente de financiación del órgano supervisor y su director a fin de garantizar la independencia;
- la auditoría periódica de la autoridad supervisora, que proporcione información sobre sus actividades a fin de evaluar el cumplimiento de sus responsabilidades;
- conceder al personal de la autoridad supervisora un compromiso indemnizatorio frente a demandas civiles; y,
- la exigencia de una revisión interna de las decisiones de supervisión importantes.

Las normas de intervención en los fondos de pensiones están claramente establecidas, pero una potencial intervención en la Caja Fiscal podría generar problemas, puesto que está gestionada directamente por el Ministerio de Hacienda.

El proyecto de ley establece unas bases claras para que los fondos de pensiones formulen estrategias de inversión sólidas, e incluso les concede voz a la hora de fijar los máximos de los niveles de inversión por categoría (no existen mínimos). No obstante, numerosas entidades proveedoras de pensiones podrían tener dificultades para cumplir los máximos aplicables al período transitorio previsto en la legislación.

Los Principios Fundamentales de la OCDE (2016) recomiendan asimismo:

- dotar al órgano supervisor de recursos financieros y humanos suficientes, al ser esencial para su funcionamiento contratar, formar y retener personal cualificado;
- adoptar una supervisión basada en riesgos, lo que requiere un marco legal que conceda un margen de discreción adecuado sobre la interpretación y el ejercicio de las facultades de supervisión; y,
- consultar, según proceda, con las entidades proveedoras de pensiones a efectos de determinar el enfoque de la supervisión.

Fuente: OCDE (2016), IOPS (2013) y FMI (2017).

Un sistema incompleto de gestión de la información complica la labor del IPS y de la Caja Fiscal. El registro digital de las cotizaciones de los afiliados del IPS data del año 2000, y las entradas anteriores han de extraerse de los libros. Esta digitalización insuficiente incrementa los costos administrativos, ralentiza el proceso de determinar el derecho a pensión y, por ello, dificulta contar con estadísticas fiables sobre obligaciones futuras. En la Caja Fiscal son también inadecuados los registros y la disponibilidad de datos, lo que complica evaluar la eficiencia de la gestión de la Caja Fiscal o elaborar informes actuariales periódicos. Además, los informes de balance anual que las entidades de pensiones presentan al Ministerio de Hacienda no están normalizados en cuanto a su estructura, información y terminología, dificultando el análisis.

Algunos de los motivos históricos para crear programas de pensiones de tipo cerrado han quedado obsoletos. Los fondos de pensiones cerrados se establecieron para ofrecer regímenes de pensiones a trabajadores anteriormente no cubiertos (Ferroviaria en 1924, Caja Municipal en 1978) o para mejorar la situación de un grupo de trabajadores en concreto (Caja Bancaria en 1951, Caja de la ANDE en 1968, Caja del Itaipú en 1988). El régimen de ANDE complementa al de las pensiones que proporciona el IPS. El régimen complementario para trabajadores de la Administración Nacional de la Electricidad (ANDE) se creó en una época en que la pensión del IPS representaba el 42.5% del salario tras 15 años cotizados. Desde entonces, el IPS ha reformado su régimen de pensiones y ofrece pensiones más generosas. No obstante, la ANDE ha mantenido el sistema de proporcionar a su personal una pensión conforme a dos regímenes: un 42.5% del IPS y un 66.7% de la Caja de la ANDE. Otro caso extremo es Caja Ferroviaria. La empresa Ferrocarriles del Paraguay cesó su actividad hace muchos años y, en consecuencia, la Caja Ferroviaria gestiona las pensiones de los trabajadores jubilados, siendo sus únicos cotizantes los administradores de la Caja Ferroviaria.

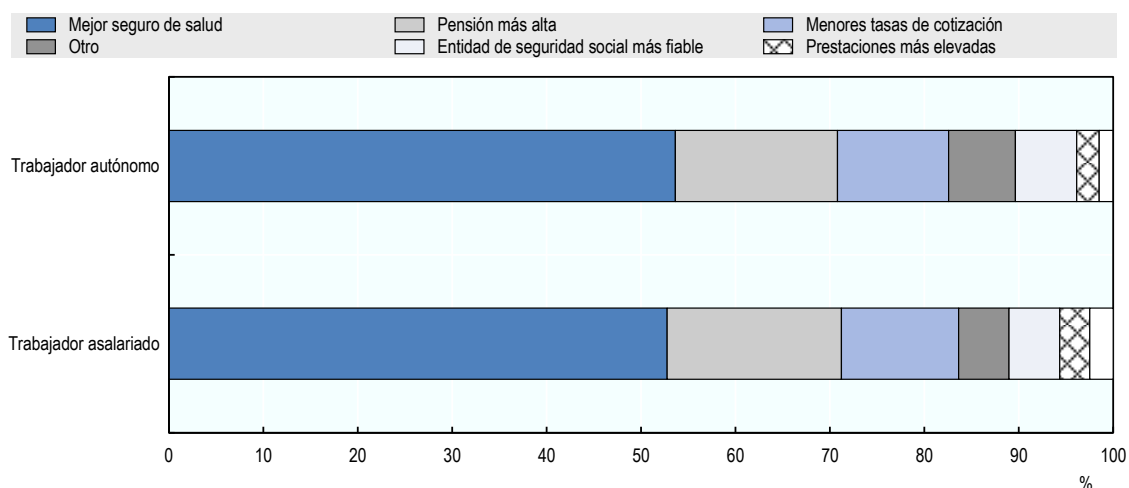
El siguiente reto de la seguridad social de Paraguay es la inclusión de los trabajadores independientes

La ampliación de la cobertura de la seguridad social requiere la inclusión de los trabajadores independientes en el sistema. Sin embargo, el actual sistema de seguridad social paraguayo excluye *de facto* de cotización a los trabajadores autónomos. El desafío principal del sistema es incluir a este grupo sin crear un sistema paralelo. En respuesta a este desafío, muchos países de la región están probando enfoques innovadores, como fomentar el empleo formal mediante códigos fiscales simplificados, reducir la base de cotización y complementar las cotizaciones. Asimismo, los trabajadores autónomos han de tener la posibilidad de acceder plenamente a la seguridad social.

Los trabajadores autónomos desean el paquete completo de seguridad social, incluyendo la salud. La mitad de los no asegurados considerarían cotizar a la seguridad social si el seguro de salud ofrecido fuera mejor (Gráfico 2.20). Disponer de un seguro de salud (mejor) es más importante para los no asegurados que una pensión mayor o tasas de cotización más bajas. Los factores que inducirían a quienes no están asegurados a cotizar a la seguridad social no difieren en función de la categoría laboral. Incluso entre los afiliados efectivos del IPS, casi la mitad cotizan por la asistencia médica ofrecida (STP, 2016). La elevada importancia que se atribuye al seguro de salud puede explicar en parte la baja afiliación voluntaria de trabajadores autónomos, ya que el régimen voluntario vigente para los trabajadores autónomos les excluye de cotizar al seguro de salud del IPS hasta la jubilación.

Gráfico 2.20. Los trabajadores autónomos desean un seguro de salud

Factores que inducirían a los no asegurados a cotizar a la seguridad social, 2015



Fuente: Cálculos propios basados en datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (STP, 2016).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933821703>

Simplificar la recaudación de cotizaciones de trabajadores autónomos

Los cambios frecuentes de empleo dificultan cotizar con regularidad a la seguridad social. El mercado de trabajo paraguayo es muy dinámico; grandes sectores de la población en edad de trabajar cambian con frecuencia de situación laboral y categoría de trabajo. La elevada rotación puede producir interrupciones en el pago de cotizaciones. De hecho, casi un 15% de los empleados formales del sector privado de Gran Asunción pasa

periódicamente al empleo informal, el desempleo o la inactividad (Alaimo y Taipa, 2014; Ovando, 2017; Ruppert Bulmer et al., 2017). Los cambios de trabajo son habituales sobre todo entre los trabajadores autónomos: cerca del 40% de los autónomos del Gran Asunción cambian de empleo de un año a otro (Ruppert Bulmer et al., 2017). Esta inestabilidad y el bajo nivel de ingresos de los trabajadores autónomos obstaculizan su afiliación y la realización de cotizaciones regulares a la seguridad social.

Los regímenes de cotizaciones flexibles y los mecanismos de recaudación innovadores pueden ser una buena respuesta a la inestabilidad de los ingresos de los trabajadores autónomos. El pago de cotizaciones mensuales puede ser problemático para los trabajadores autónomos, habida cuenta de la inestabilidad de sus ingresos. Chile, por ejemplo, ha respondido a este problema permitiendo cotizaciones irregulares que se adapten a la pauta de ingresos de los sectores y trabajadores estacionales (Hu y Stewart, 2009). Un sistema innovador de recaudación de cotizaciones, por ejemplo con retenciones pactadas en las facturas de servicios públicos, puede contribuir a suplir la inexistencia, para los trabajadores autónomos, de las deducciones automáticas que se practican a los empleados asalariados, cuyas cotizaciones son deducidas de manera directa por los empresarios (Bosch, Melguizo y Pagés, 2013). La tecnología moderna de comunicaciones puede ayudar a superar la brecha entre las entidades proveedoras de pensiones y los trabajadores autónomos. En 2014, el Ministerio de Seguridad Social de Brasil probó a enviar por correo a los trabajadores autónomos recordatorios de su obligación de cotizar a la seguridad social; los índices de cumplimiento aumentaron 7 puntos porcentuales en los tres meses siguientes al envío de tales recordatorios (Bosch, Fernandes y Villa, 2015a).

Muchos países de América Latina han simplificado la recaudación de impuestos y cotizaciones con vistas a fomentar el empleo formal y adaptarse a los historiales laborales inestables de los trabajadores autónomos. La medida adoptada es un “monotributo” que se aplica a microempresas y pequeñas empresas con bajos ingresos. Este régimen fiscal simplifica el registro y cobro de impuestos (así como de cotizaciones de seguridad social) agrupando numerosos impuestos en un solo pago. En general, en los casos que han obtenido un mayor éxito se exige una cuota fija (inferior a los impuestos normales) por categoría de ingresos estimados; los módulos de ingresos se estiman en función de los ingresos brutos y de una serie de parámetros, tales como la superficie del establecimiento, el consumo de agua o electricidad o el capital asignado al ejercicio de la actividad (González, 2006). En los regímenes más dinámicos (Argentina, Brasil y Uruguay) las cotizaciones de seguridad social se incluyen en el monotributo y se permiten traslados entre el régimen estándar y el del monotributo (Recuadro 2.6).

El régimen fiscal paraguayo aplicado a las pequeñas empresas no se acomoda a los frecuentes cambios de empleo de los trabajadores autónomos ni a su escasa capacidad de administración. En efecto, tan sólo un 12% de los trabajadores autónomos tiene registrado su negocio (Registro Único de Contribuyente) y emite facturas (DGEEC, 2017). Los trabajadores autónomos acogidos al régimen fiscal aplicable a las pequeñas empresas (Impuesto a la Renta del Pequeño Contribuyente) deben calcular sus ingresos y pagar un impuesto del 10% sobre sus ingresos reales o estimados (equivalente al 30% de las ventas anuales), aquella cifra que sea más baja. Sin embargo, no todos los trabajadores autónomos llevan registro de sus transacciones, algo especialmente cierto en el caso de las microempresas de la economía informal.

Recuadro 2.6. El régimen fiscal simplificado de Uruguay para los pequeños trabajadores autónomos

En Uruguay, la elevada cobertura de los trabajadores autónomos por la seguridad social (la mayor de América Latina; Gráfico 2.4 Panel C) se debe en gran medida a la adopción del monotributo. Los trabajadores autónomos que pagan el monotributo tienen derecho a las prestaciones estándar de seguridad social, excepto el subsidio de desempleo, y pueden contribuir voluntariamente al seguro de salud.

Pueden acceder al régimen de monotributo microempresas y pequeñas empresas con un máximo de un trabajador (tres durante la temporada de la cosecha, en el caso de explotaciones agrícolas), una oficina de una superficie máxima de 15m², activos e ingresos que no superen una determinada cantidad establecida (que varía anualmente) y que suministren productos y servicios al consumidor final.

El Instituto de Seguridad Social de Uruguay recauda el monotributo y transfiere a las autoridades tributarias la parte correspondiente a impuestos. El monotributo es una contribución a tipo fijo aplicable a todos los trabajadores autónomos que sustituye a todos los impuestos y cotizaciones de seguridad social del país. Las microempresas y pequeñas empresas que son nuevas cotizantes abonan una tasa reducida los primeros cinco años, elevándose gradualmente a partir del tercer año hasta alcanzar el 100%. Esta introducción gradual de la tasa de cotización incentiva a los emprendedores a empezar a cotizar y les facilita la transición.

Tras la reforma aprobada en 2007, que facilitó la afiliación al suprimir restricciones anteriores como el lugar de actividad, tipo de actividad y facturación máxima, el número de cotizantes subió drásticamente, llegando a más del 30% de las microempresas y pequeñas empresas.

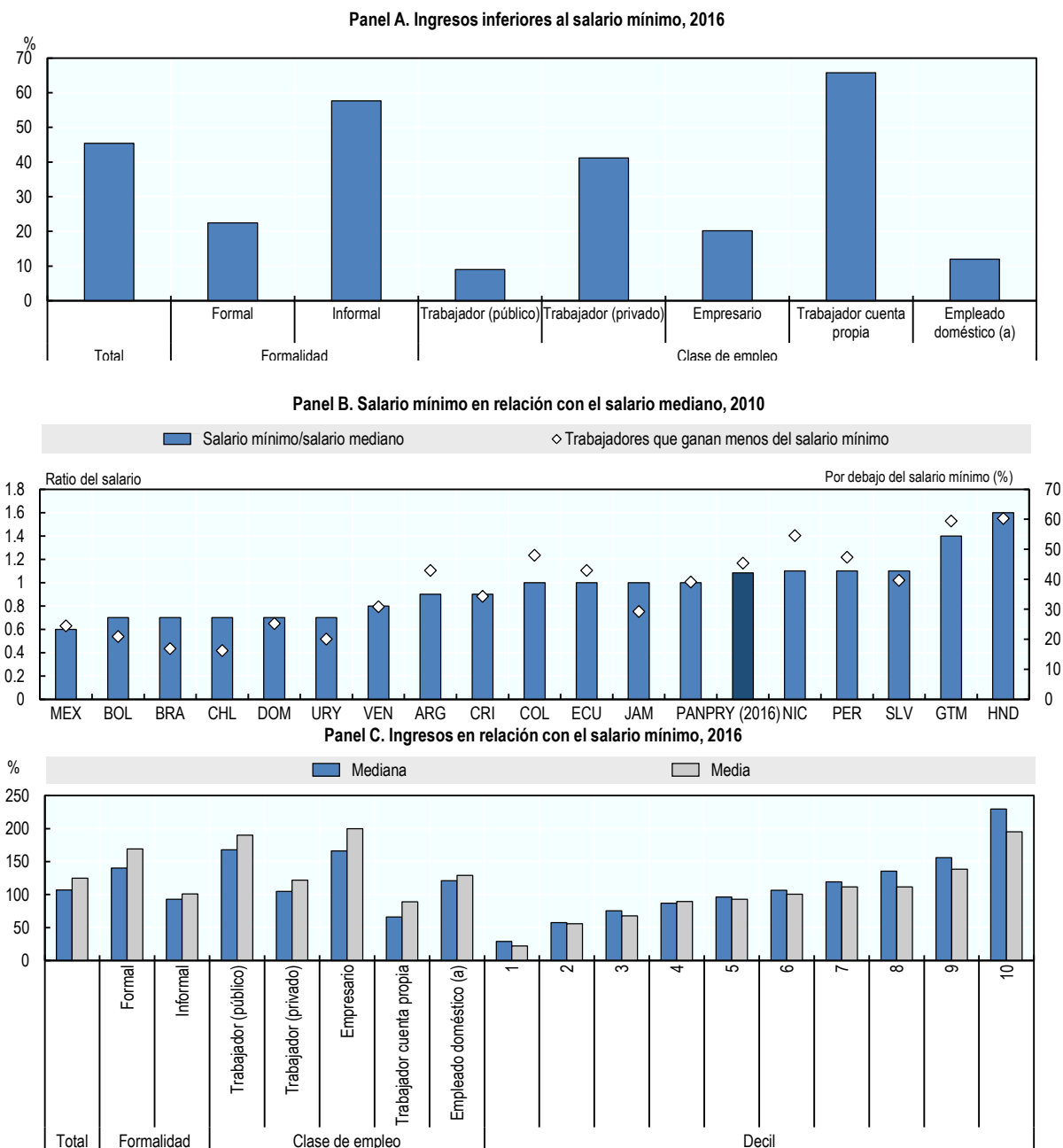
Fuente: Centrangolo et al. (2014) y Duran-Valverde (2014).

El salario mínimo elevado constituye una barrera al acceso a la seguridad social

Un salario mínimo elevado limita la posibilidad de muchos paraguayos de cotizar al sistema de seguridad social. Los fondos de pensiones no aceptan cotizaciones basadas en unos ingresos inferiores al salario mínimo (Ley 4.933/13). Sin embargo, un 45.4% de la población ocupada percibe ingresos inferiores al salario mínimo y, entre los trabajadores autónomos, ese porcentaje asciende incluso al 65.7% (Gráfico 2.21 Panel A). Eso les imposibilita cotizar a la seguridad social. La comparación regional pone de manifiesto que Paraguay es uno de los países con mayor porcentaje de trabajadores que no llegan al salario mínimo (Gráfico 2.21 Panel B). La ratio del salario mínimo de Paraguay en relación con el salario mediano sitúa al país en el extremo superior de la comparación regional. Esto repercute en la afiliación a la seguridad social, ya que en América Latina la cobertura de la seguridad social y el nivel del salario mínimo presentan una correlación negativa: las tasas de cobertura son menores cuando las ratios entre salario mínimo y salario medio son elevadas (Navarro y Ortiz, 2014).

Gráfico 2.21. Muchos que ganan menos que un salario mínimo comparativamente elevado

Ingresos de los trabajadores en relación con el salario mínimo



Nota: El análisis incluye únicamente los ingresos del empleo principal a tiempo completo. (a) El salario mínimo de los empleados domésticos es el 60% del salario mínimo estándar, ganando un 77.4% de los empleados domésticos menos que el salario mínimo estándar.

Fuente: Panel A y Panel B: Cálculos propios basados en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017). Panel C: Para Paraguay, cálculos propios basados en datos de la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017); para otros países, Bosch, Melguizo y Pagés (2013).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933821722>

Las normas reguladoras de las cotizaciones y el elevado salario mínimo presionan al alza sobre el costo de la cotización. Con arreglo a la legislación nacional, las cotizaciones mensuales a la seguridad social de los trabajadores autónomos no pueden ser inferiores a 255 386 PYG (un 13% del salario mínimo en 2016). Para la mitad de los trabajadores autónomos, esa cantidad representa más del 21.5% de sus ingresos (cálculos propios basados en datos de la Encuesta Permanente de Hogares). En el caso de los trabajadores pobres situados en el primer decil de ingresos, las cotizaciones representarían incluso un 88% de sus ingresos, cifra superior al costo teórico para los trabajadores pobres en los países latinoamericanos (72% del salario del trabajador) (OCDE, 2018). Como respuesta, países como Panamá toman la pensión mínima como ganancias mínimas a efectos del cálculo de la cotización, siendo así que la pensión mínima está por debajo del salario mínimo.

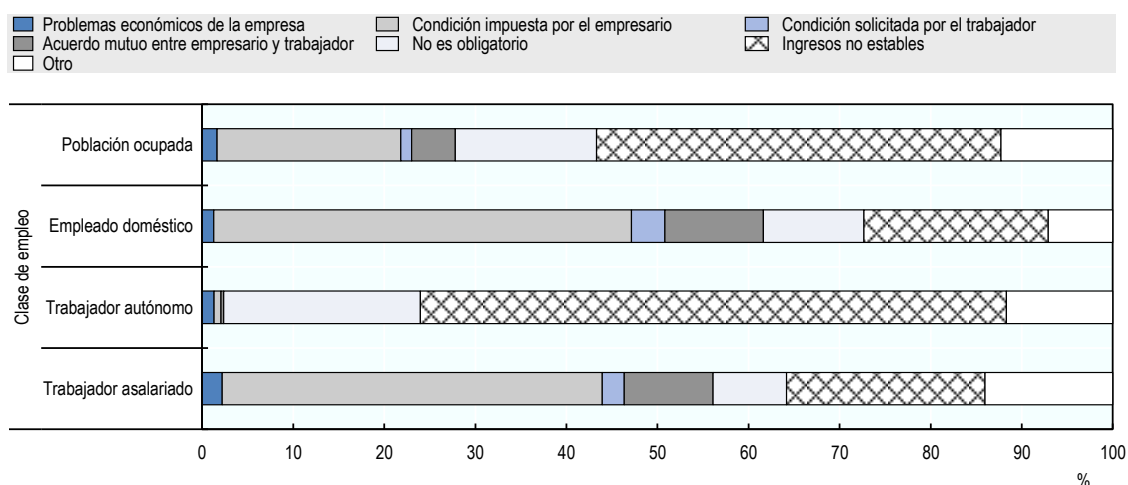
En general, la media y la mediana de los ingresos del trabajo en Paraguay se centran en torno al salario mínimo. Sin embargo, únicamente los trabajadores situados por encima del sexto decil sobrepasan con holgura el salario mínimo; los trabajadores de los deciles inferiores tienen ingresos bastante menores que el salario mínimo, en tanto que aquellos situados en el centro de la distribución de ingresos rondan el salario mínimo (Gráfico 2.21 Panel C). Apoyar las cotizaciones de seguridad social de los trabajadores situados en los deciles cuarto, quinto y sexto podría ayudarles a acceder a la seguridad social (véase la sección posterior).

En el caso de los trabajadores autónomos, los ingresos bajos e inestables son una razón importante para no cotizar a la seguridad social. Según afirman los trabajadores autónomos, el 64.4% no cotiza a la seguridad social por sus ingresos bajos e inestables (Gráfico 2.22). En efecto, la media y la mediana de ingresos de los trabajadores por cuenta propia son bastante inferiores al salario mínimo (Gráfico 2.21 Panel B). Son pocos los que disponen de margen financiero para cotizar a la seguridad social. Tomando la prevalencia del ahorro individual (cuentas de ahorro, depósitos a largo plazo, fondos de ahorro, valores y otros) como un indicador de la capacidad y propensión a diferir el consumo, cabe concluir que pocas personas tienen capacidad financiera para diferirlo. Efectivamente, entre los trabajadores autónomos sólo un 9.6% ahorran en la actualidad (STP, 2015). Únicamente el 21.7% de los trabajadores autónomos declaran no cotizar a la seguridad social por no estar obligados. Este dato podría interpretarse en el sentido de que corrobora la afirmación de Navarro y Ortiz (2014) de que un 57% de los trabajadores autónomos desearían cotizar a la seguridad social si pudieran.


Los trabajadores asalariados piensan que las reducidas tasas de afiliación a la seguridad social se deben a la evasión, no a los bajos salarios. La inspección y supervisión son importantes para que los trabajadores asalariados se afilien a la seguridad social. Sólo uno de cada cinco trabajadores asalariados afirma que no cotiza a la seguridad social porque sus ingresos son bajos e inestables, pero la evasión es un problema mayor. Dos de cada cinco trabajadores asalariados declaran que no cotizan a la seguridad social porque sus empleadores no desean inscribirlos en ella (Gráfico 2.22). En respuesta, Paraguay necesita reforzar los sistemas de inspección y supervisión.

Gráfico 2.22. La mayoría no cotizan a un régimen de la seguridad social por la inestabilidad de sus ingresos

Razones declaradas para no cotizar a un régimen de la seguridad social, en porcentaje



Fuente: Cálculos propios basados en datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (STP, 2016).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821741>

Subsidiar las cotizaciones puede remediar las bajas tasas de afiliación de los trabajadores autónomos

Paraguay puede aprender de las experiencias de otros países en lo que respecta a las denominadas *matching contributions* (contribuciones complementarias o emparejadas por parte del Estado). Varios países con bajos índices de cobertura de la seguridad social, especialmente entre trabajadores autónomos, están pasando a un sistema de *matching contributions*. La mayoría de las experiencias son recientes y, sobre todo, de países con sistemas de cotización definida. El caso de Colombia y el plan dominicano son ejemplos especialmente buenos. El régimen voluntario de ahorro subsidiado para la vejez de Colombia es un buen ejemplo de política que respeta las necesidades de los trabajadores independientes (Recuadro 2.7). No obstante, es complicado combinar regímenes voluntarios de ahorro para la vejez con el sistema de prestación definida de Paraguay; si Paraguay lo copiara, podría crear un sistema paralelo para los trabajadores autónomos, que es mejor evitar (Stuart, Samman y Hunt, 2018). Para evitar un sistema paralelo, dicho régimen voluntario de ahorro para la vejez podría introducirse en Paraguay como el tercer nivel de un sistema de pensiones integrado. El sistema de cotización subsidiada de la República Dominicana es un ejemplo de cómo incluir en el sistema de seguridad social estándar a los trabajadores autónomos y es aplicable también a un sistema de prestación definida, como el de Paraguay (Recuadro 2.9).

Un sistema de *matching contributions* ha de diseñarse cuidadosamente. Aunque las contribuciones complementarias o emparejadas por parte del Estado pueden ser un modo de apoyar a los trabajadores situados en el centro de la distribución de ingresos, con ingresos estables pero bajos y que superan el salario mínimo, la experiencia sugiere que estas políticas deben diseñarse con cuidado (Carranza, Melguizo y Tuesta, 2017). En caso contrario, si las políticas de *matching contributions* no estuvieran bien diseñadas, los trabajadores autónomos podrían quedar atrapados en un régimen subsidiado, de forma que

se reducirían los incentivos para que soportasen los costos de seguridad social por sí mismos y se crearían sistemas paralelos. El período en el que los trabajadores autónomos pueden beneficiarse de las contribuciones complementarias o emparejadas por parte del Estado debe limitarse y su situación económica debe comprobarse periódicamente.

Ante la inestabilidad e irregularidad de los ingresos de los trabajadores autónomos, Colombia introdujo en 2015 un programa de ahorro voluntario subsidiado para la vejez (*Beneficios Económicos Periódicos* [BEPS]). En BEPS, las contribuciones realizadas por trabajadores autónomos pobres y vulnerables, con ingresos inferiores al salario mínimo, pueden ser irregulares e inferiores a las cotizaciones por pensión del Sistema General de Pensiones. Ambos factores pueden revelarse una barrera para que los trabajadores autónomos coticen al régimen tradicional de la seguridad social (Navarro, 2016).

La República Dominicana prevé subsidiar las cotizaciones de trabajadores autónomos para suplir la inexistencia de cotizaciones empresariales. Con arreglo a este régimen, que aún no se ha implantado, el Estado contribuiría a la seguridad social de trabajadores autónomos con un subsidio igual a la cotización que abonan los empresarios por sus trabajadores asalariados (Lavigne, 2013). La legislación nacional estipula que el régimen subsidiado, una vez se despliegue plenamente, debe operar de la misma manera que el régimen contributivo. En la actualidad, este sistema subsidiado ofrece prestaciones básicas de atención sanitaria y por hijos a los trabajadores autónomos y podría ampliarse de modo que comprendiera prestaciones por accidentes de trabajo (SISALRIL, 2018). Un régimen de *matching contributions* de este tipo puede ser costoso si el número de trabajadores autónomos es elevado y representa *de facto* un subsidio al trabajo por cuenta propia, pero permite el tránsito entre el empleo asalariado y el autónomo permaneciendo en el sistema de seguridad social.

Perú introdujo recientemente un régimen subsidiado de pensiones dirigido a microempresarios (Sistema de Pensiones Sociales [SPS]): aquellos que aporten hasta un 4% del salario mínimo en cuentas individuales en el SPS se benefician de un complemento equivalente aportado por el Estado. Al cumplir 65 años y con 300 meses de cotizaciones, los microempresarios perciben una pensión que se calcula sobre la base de la evolución de la cuenta individual (Navarro, 2016). Aunque se concede la posibilidad de obtener una pensión a los microempresarios, se crea un sistema paralelo, lo cual, en general, no es recomendable (OCDE, 2016).

México reformó en 2009 su “contribución social” a fin de prevenir que los afiliados del régimen de cotización definida interrumpieran las aportaciones. La “contribución social” consiste en un subsidio público de hasta el 5.5% del salario mínimo de Ciudad de México a favor de los afiliados cuyas ganancias sean inferiores a 15 veces el salario mínimo. La cuantía de la contribución complementaria del Estado decrece progresivamente, en múltiplos del salario mínimo (Carranza, Melguizo y Tuesta, 2012). Para poder acogerse a la “contribución social” el trabajador debe estar cotizando a un sistema de pensiones de cotización definida; así pues, la principal finalidad no es captar nuevos afiliados, sino prevenir que los afiliados dejen de cotizar por sus bajos ingresos.

Recuadro 2.7. Disminuir los riesgos de pobreza en la vejez entre los trabajadores pobres

Régimen colombiano de ahorro voluntario subsidiado para la vejez

El Sistema General de Pensiones de Colombia se apoya principalmente en un pilar contributivo obligatorio en el que dos regímenes coexisten y compiten: un régimen con prestación definida (PD) y un régimen privado con cotización definida (CD). El primero lo gestiona el Estado a través de Colpensiones; mientras el segundo se gestiona a través de fondos privados de pensiones (Administradoras de Fondos de Pensiones y de Cesantías).

Dependiendo del régimen, los trabajadores tienen derecho a una prestación de pensión cuando cumplan ciertos requisitos mínimos. En el régimen PD los trabajadores han de alcanzar la edad de jubilación legal y completar un período mínimo de cotización de 1 300 semanas; en el régimen CD únicamente han de acumular una cantidad mínima de ahorro individual, suficiente para asegurar una pensión superior al 110% del salario mínimo mensual. Los cotizantes en el régimen CD que no puedan conseguir la cantidad mínima de ahorro pero que hayan alcanzado la edad de jubilación legal y completado un período de cotización de al menos 1 150 semanas tienen derecho a una pensión mínima garantizada. Con arreglo a la ley, la pensión mensual mínima es igual al salario mínimo legal. Aunque así se aseguran unos ingresos básicos para quienes logran jubilarse, esta vinculación genera rigideces que dejan fuera a gran parte de la población que no puede cumplir los requisitos previstos para percibir una pensión mínima. En ambos regímenes, quienes no puedan cumplir los requisitos reciben un reembolso. Por este motivo, el sistema tiende a ser desventajoso para los trabajadores con bajos ingresos, sobre todo los que tienen empleo informal, pues en general ganan menos y de forma irregular, lo que les impide cumplir los requisitos mínimos.

En respuesta a la inestabilidad e irregularidad de los ingresos de los trabajadores autónomos, y habida cuenta de las restricciones establecidas por la legislación colombiana en lo que respecta a las pensiones mínimas, el Gobierno introdujo en 2015 un régimen de ahorro voluntario subsidiado para la vejez (Beneficios Económicos Periódicos [BEPS]). En este régimen el Estado completa los ahorros y rendimientos acumulados de los trabajadores jubilados con un subsidio del 20%. Puesto que las cotizaciones aportadas por trabajadores con ingresos inferiores al salario mínimo pueden ser irregulares, eso les ayuda a superar la barrera de cotizar a un régimen tradicional de seguridad social (Navarro, 2016). La prestación bimensual subsidiada de BEPS tiene un tope máximo del 85% del salario mínimo. Así, en principio, se hace posible un régimen contributivo para la vejez sin la limitación del salario mínimo, ya que estas prestaciones bimensuales no constituyen una pensión desde el punto de vista legal.

El sistema colombiano permite, cuando sea necesario, un fácil traslado de los trabajadores entre BEPS y el Sistema General de Pensiones. En 2018, el tercer año tras el lanzamiento de BEPS, más de un millón de trabajadores de escasos recursos colocaron ahorros en BEPS y 5 300 recibieron una pensión (Colpensiones, 2018). Con todo, sigue siendo un reto crear los incentivos oportunos para elevar los niveles de ahorro voluntario de los trabajadores en BEPS.

Fuente: Bosch et al. (2015b) y OCDE (2015).

Recuadro 2.8. Subsidiar cotizaciones podría ser más barato que conceder prestaciones al amparo del programa *Adulto Mayor*

Ante el escaso número de trabajadores autónomos que cotizan a la seguridad social, el gobierno podría considerar subsidiar las cotizaciones de los trabajadores autónomos. Lo más eficaz sería dirigir esta medida a quienes pueden reservar ahorro adicional (Hu y Stewart, 2009); en Paraguay, esto incluiría los trabajadores autónomos con ganancias cercanas al salario mínimo (Gráfico 2.21 Panel C).

Considérese un escenario en el que el Gobierno subsidiase las cotizaciones de los trabajadores autónomos al sistema en vigor. Como en el sistema dominicano, el Gobierno complementarí las cotizaciones en la cuantía de lo que habría cotizado el inexistente empresario (es decir, un 7.6% del salario mínimo más un 0.5% de los costos administrativos sin cotizaciones al fondo de salud del IPS).

Al gobierno le saldría más barato subsidiar las cotizaciones hasta un máximo de 180 meses (15 años) que pagar la prestación de *Adulto Mayor* más de 60 meses (4.9 años), siendo así que la esperanza de vida actual a los 65 años es de otros 17 años. El valor actual neto de pagar las prestaciones de *Adulto Mayor* durante 17 años (suponiendo una inflación media igual a la de los últimos 15 años: 6.2%) equivale a 31 veces el salario mínimo anual. El valor actual de los complementos correspondientes a 180 meses de cotizaciones es de 23 veces el salario mínimo anual. Por consiguiente, el Gobierno ahorraría 188 millones de PYG (8 veces el salario mínimo anual) por beneficiario, o incluso más si subsidiara menos de 180 meses de cotizaciones. Si bien subsidiar cotizaciones puede aumentar el número de beneficiarios de pensiones contributivas, también puede generar pasivos para la rama de salud del IPS, ya que puede añadir población de mayor riesgo al fondo de salud.

Fuente: Cálculos propios basados en datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (STP, 2016). La esperanza de vida a los 65 años se ha tomado de OCDE/BID/Banco Mundial (2014). La inflación media de 2003-16 se basa en datos del Banco Mundial (2018b).

La ampliación de la protección social requiere de un mayor compromiso financiero

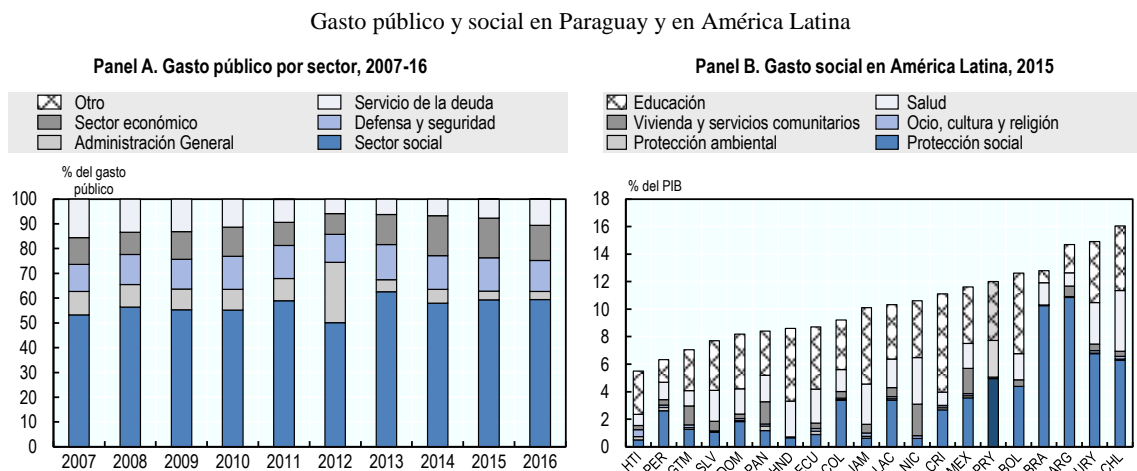
La aspiración de Paraguay de ampliar la cobertura de la seguridad social requiere financiación. La ampliación de la protección social requiere movilizar recursos, en especial para la asistencia social que no está financiada con cotizaciones. En un futuro previsible, los deciles inferiores apenas podrán cotizar a la seguridad social. Sus bajos ingresos y la fuerte dependencia de la agricultura hacen que resulte poco realista la cotización periódica a la seguridad social, por lo que necesitarán la cobertura de la asistencia social. Para cubrir toda la población objetivo de los principales programas de asistencia social de Paraguay se requeriría al menos duplicar los niveles de gasto actuales.

Movilizar recursos internos es crucial para una ampliación sostenible de la protección social. Para financiar la asistencia social es preciso que más trabajadores coticen a la seguridad social y que los ingresos fiscales se incrementen. Paraguay ha dado pasos importantes con miras a ampliar la base fiscal y la recaudación tributaria, pero se requieren medidas adicionales para cubrir la creciente demanda de bienes y servicios que proporciona el Estado, como la protección social.

Es preciso revisar el gasto social

El gasto social en conjunto es elevado. Paraguay destina más de la mitad de su presupuesto público al sector social. Este porcentaje ha ido incrementándose sin cesar desde el 53.3% en 2007 al 59.4% en 2016 (Gráfico 2.23 Panel A). La importancia atribuida al gasto social (12% del PIB) coloca a Paraguay entre los países de mayor gasto de la región y por encima del promedio de América Latina (Gráfico 2.23 Panel B). No obstante, el gasto en protección social es inferior al de los países que disponen de una red de protección más avanzada, como Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.

Gráfico 2.23. El gasto social de Paraguay supera la media de América Latina



Nota: Todas las áreas tienen en cuenta únicamente el gasto del Gobierno central. Panel A: Paraguay define el sector social como el gasto en salud, asistencia social, seguridad social, educación y cultura, ciencia y tecnología, relaciones laborales, vivienda y servicios comunitarios. Panel B: El promedio de América Latina es la media simple de los 19 países del gráfico. 2014 para Jamaica y Panamá.

Fuente: Panel A: Elaboración propia a partir de la base de datos de gasto BOOST (MH, 2018). Panel B: CEPALSTAT (2018).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933821760>

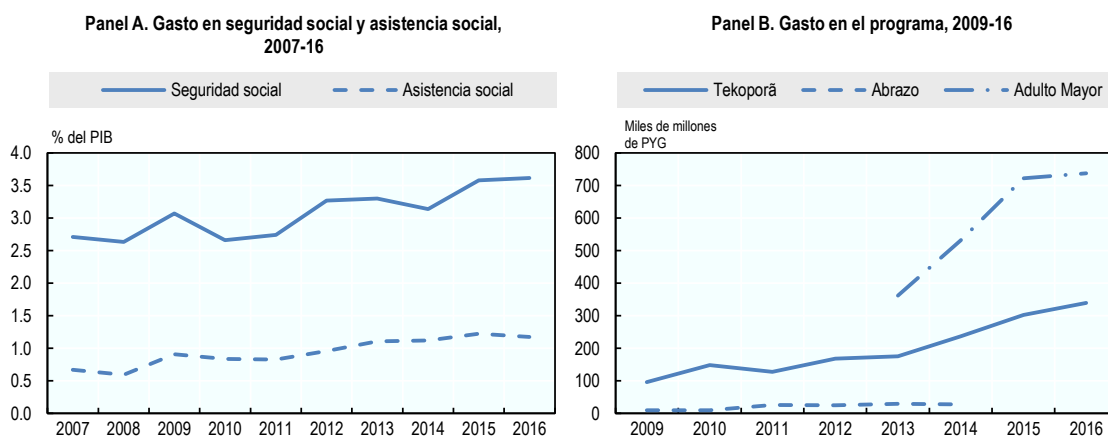
El gasto en protección social ha aumentado de forma lenta pero continua. El gasto en seguridad social pasó del 2.7% del PIB en 2007 al 3.6% en 2016 por efecto del creciente número de afiliados (Gráfico 2.24 Panel A). Basándose en conclusiones de Serafini (2016), este estudio calcula el gasto de asistencia social en pensiones no contributivas y transferencias monetarias condicionadas y no condicionadas. Según esta definición, el gasto en asistencia social aumentó desde el 0.7% del PIB en 2007 al 1.2% en 2016.

El gasto en los principales programas es insuficiente para cubrir a toda la población objetivo. El gasto en *Tekoporã* y *Adulto Mayor* aumentó con fuerza en la fase inicial, pero se ha estabilizado en los últimos años (Gráfico 2.24 Panel B). El gasto debería incrementarse sustancialmente respecto a los niveles actuales para poder cubrir a toda la población objetivo de los principales programas de asistencia social de Paraguay. Proporcionar a todas las familias pobres con niños la prestación *Tekoporã* tendría un costo del 0.5% del PIB en 2016, frente al 0.2% efectivamente desembolsado. Conceder a todas las personas mayores pobres la prestación *Adulto Mayor* costaría el 1% del PIB, en comparación con el 0.7% efectivo (elaboración propia basada en la Encuesta Permanente de Hogares, 2016; Bruno, 2017; MH, 2018). Esta cifra parte del supuesto de que la

selección de los beneficiarios es perfecta; sin embargo, en la práctica existen importantes errores de inclusión (véanse el Gráfico 2.6 Panel B y Gráfico 2.15 Panel B respectivamente). Tomando en consideración los errores de inclusión actuales, los costos de dar una plena cobertura con *Tekoporã* serían del 0.7% del PIB y, en el caso de *Adulto Mayor*, del 1.4% del PIB.


Gráfico 2.24. El gasto en protección social tiende al alza

Gasto en seguridad social y asistencia social, 2007-16



Nota: El gasto en seguridad social se mide por el gasto social del IPS, la Caja de la ANDE, la Caja Bancaria, la Caja Municipal y la Caja Fiscal. El gasto en asistencia social se mide por el gasto en pensiones no contributivas (*Adulto Mayor*, pensiones para veteranos y pensiones graciabiles) y otras transferencias monetarias, utilizando como aproximación el gasto social del Instituto Paraguayo del Indígena, la Dirección de Beneficencia y Ayuda Social y la Presidencia, incluyendo esta última el gasto de la Secretaría de Acción Social (*Tekoporã*), la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia (*Abrazo*), la Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social (*Sembrando Oportunidades*), la Secretaría de Emergencia Nacional y la Secretaría de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de gasto BOOST (MH, 2018).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821779>

La revisión del gasto puede ayudar a liberar recursos que podrían destinarse a financiar la ampliación de *Tekoporã* y *Adulto Mayor*. La racionalización de los programas de apoyo a la generación de rentas en negocios y explotaciones agrícolas familiares, que sólo llegan a un insignificante 10% de los hogares rurales dedicados a actividades agrícolas, pero que supusieron un costo del 0.41% del PIB en 2014, podría ofrecer un margen fiscal adicional (cálculos propios basados en Serafini, 2016). El recorte continuado del gasto en pensiones para veteranos y sobrevivientes (un 0.13% del PIB en 2016) liberará recursos que deberían destinarse a financiar la ampliación del programa *Adulto Mayor* (elaboración propia basada en datos de [MH, 2018]).

La recaudación y el nivel de los impuestos deben reflejar la creciente demanda de servicios del Estado

La recaudación fiscal de Paraguay es baja. Entre los países de América Latina, Paraguay es de los que presenta un menor ratio de impuestos/PIB: es considerablemente menor que el promedio regional y la mitad de la media de la OCDE (Gráfico 2.25 Panel A). Aunque la evasión fiscal es elevada, las tasas impositivas bajas son también una causa importante de este bajo coeficiente. Paraguay presenta las tasas impositivas más bajas de la región: el

impuesto de sociedades no supera el 10%, el impuesto a la renta personal es a un tipo fijo del 10% y el IVA máximo es del 10% (Borda y Caballero, 2018). De hecho, en el caso del impuesto sobre la renta, los hogares sólo pagan un 1% de sus ingresos (Giménez et al., 2017).

Recuadro 2.9. Tributación de las operaciones financieras en Brasil con fines de protección social

Los impuestos sobre operaciones financieras pueden ser una fuente sencilla y equitativa de ingresos para protección social. Tales impuestos, que se exigen a las entidades bancarias, pueden ejecutarse y controlarse fácilmente gracias a los registros electrónicos. Es extremadamente difícil evadir este tipo de impuestos. Los impuestos sobre las operaciones financieras también se cobran a los trabajadores informales que no cotizan por sus salarios. Además, estos impuestos son progresivos, puesto que las personas con mayores recursos tienden a operar más con los bancos.

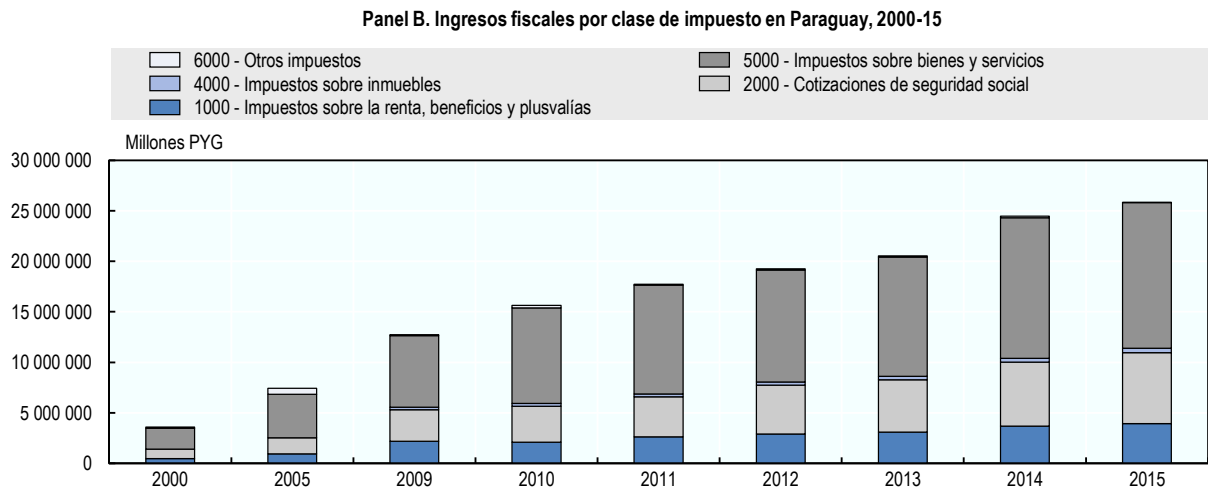
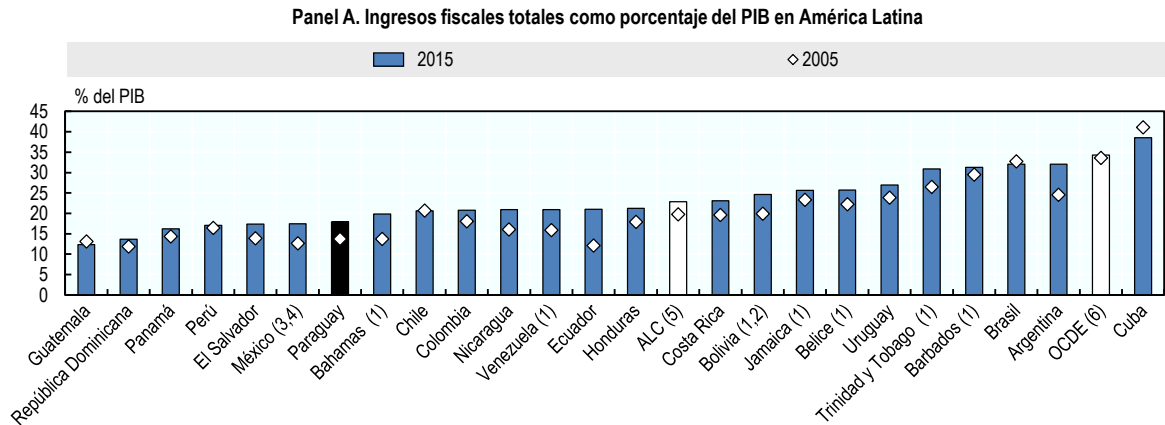
Brasil exigió este impuesto sobre las operaciones financieras entre 1997 y 2007. Cada operación financiera tributaba a un tipo máximo del 0.38% que se deducía automáticamente en las cuentas mantenidas por las entidades financieras. Con los ingresos del impuesto sobre operaciones financieras (*Contribuição "Provisória" por Movimentação Financeira*) se financiaban la salud pública, el seguro social, *Bolsa Família* y otros fines sociales. En 2007 los ingresos procedentes de este impuesto excedieron del costo total de *Bolsa Família*. Tras crecientes presiones del sector financiero, el impuesto sobre operaciones financieras fue derogado en 2007. Sin embargo, se restableció durante un breve período (2009-13), y perdura el debate sobre si procede reintroducirlo por motivos de justicia social.

Fuente: Ortiz, Cummins y Karunanethy (2017).

Sin embargo, los ingresos fiscales, especialmente del IVA, han aumentado en los últimos años. El incremento del ratio de impuestos/PIB entre 2005 y 2015 supera el promedio de América Latina y responde principalmente a la mayor recaudación de los impuestos sobre bienes y servicios (Gráfico 2.25 Panel B). El IVA constituye la mayor fuente de ingresos de Paraguay, por encima de la media de América Latina y la OCDE (OCDE/CEPAL/CIAT/BID, 2017). Los ingresos fiscales por bienes y servicios (incluido el IVA) subieron en virtud de una reforma que amplió la base del IVA y mejoró la recaudación tributaria; los tipos del IVA, sin embargo, continúan siendo bajos y existen numerosas lagunas (ibídem).

Gráfico 2.25. Los ingresos fiscales han aumentado, pero siguen siendo bajos

Ingresos fiscales como porcentaje del PIB y por clase de impuesto



Nota: Panel A: Los ingresos fiscales totales comprenden los ingresos de nivel nacional y subnacional, así como las cotizaciones de seguridad social.

1. Para los siguientes países, los datos son estimaciones: Bahamas (cotizaciones de seguridad social de 2015), Barbados (cotizaciones de seguridad social de 2015), Belice (cotizaciones de seguridad social de 2013 en adelante), Bolivia (cotizaciones de seguridad social de 2013 en adelante), Jamaica (impuesto medioambiental de 2014 y 2015), Trinidad y Tobago (impuestos locales sobre inmuebles de 2015) y Venezuela (cotizaciones de seguridad social de 2011 en adelante).

2. No incluye ingresos procedentes de la producción de hidrocarburos.

3. La recaudación en América Latina y el Caribe, así como en los países de la OCDE, incluyen las tasas que gravan la producción de hidrocarburos a nivel federal. En los datos facilitados correspondientes a los ingresos en los países de la OCDE y a efectos de esta publicación, los ingresos procedentes de la producción de hidrocarburos se han excluido de los ingresos fiscales y se tratan, en cambio, como ingresos no fiscales.

4. Los datos correspondientes a 2015 son estimaciones e incluyen los ingresos esperados del Estado y los gobiernos locales.

5. Representa un grupo de 24 países de América Latina y el Caribe, cuyo promedio se calcula utilizando datos del año natural, excepto en Bahamas y Trinidad y Tobago, en donde se utilizaron datos del ejercicio fiscal. Chile y México también forman parte del grupo de la OCDE (35).

6. Calculado aplicando la variación porcentual media no ponderada de 2015 en los 32 países que facilitaron datos de ese año al ratio medio global de impuestos/PIB de 2014.

Fuente: Información de OCDE/CEPAL/CIAT/BID (2017).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933821798>

El Código Tributario de Paraguay incluye varias exenciones y deducciones, algunas de las cuales favorecen a las rentas altas. Los intereses y rendimientos del capital y depósitos en entidades financieras nacionales, así como pensiones y herencias, están exentos del impuesto a la renta personal; las plusvalías de las empresas por negociación de valores están exentas del impuesto de sociedades (IRACIS) (Recuadro 2.9). Los gastos personales y familiares, tales como educación, salud, vestido, vivienda y actividades de ocio pueden deducirse, lo cual repercute en el mínimo exento, ya de por sí alto, del impuesto a la renta personal. La finalidad de las numerosas exenciones y deducciones es fomentar el proceso de formalización, pero éstas complican las declaraciones fiscales y reducen significativamente los ingresos tributarios. Las exenciones fiscales correspondientes al impuesto de sociedades, al impuesto a la renta personal, al IVA y a los aranceles de importación supusieron, según estimaciones, un 1.7% del PIB en 2016 (CIAT/SET/GIZ, 2015).

Los ingresos fiscales quedan aún más mermados por la elevada evasión fiscal. Sólo un 48.2% de los hogares del decil superior y un 23.7% del noveno decil pagan el impuesto a la renta personal. Entre los hogares restantes, menos del 20% pagan el impuesto a la renta personal (Giménez et al., 2017). Pese a las reformas del IVA, la evasión continúa siendo elevada (un 30.9% en 2014) y superior a la media de América Latina (25.9%) (Borda y Caballero, 2018).

Recomendaciones de política

Recuadro 2.10. Principales recomendaciones para avanzar hacia la protección social para todos en Paraguay

1. Ampliar la cobertura de seguridad social:

1.1. Poner en marcha una estrategia para expandir la cobertura de la seguridad social:

- Fortalecer los sistemas de inspección y supervisión para luchar contra la evasión.
- Ayudar a los empleadores a registrar sus empleados. Asociar la inspección y supervisión con campañas de información y asesoramiento.
- Hacer un seguimiento de los afiliados que dejan de contribuir. Cuando sea posible, respaldar su reintegración en el sistema. Analizar y aprender de los motivos por los cuales las personas dejan de contribuir.
- Aprobar la estrategia para informar al público sobre los beneficios de la seguridad social de manera regular.

1.2. Mejorar los incentivos para la formalización y las contribuciones a la seguridad social.

- Revisar el salario mínimo:
 - Revisar el nivel del salario mínimo e introducir un mecanismo para determinar su fluctuación futura, vinculándolo a la productividad y a los precios.
 - Explorar la posibilidad de establecer la pensión mínima como base mínima para el cálculo de las contribuciones sociales.

- Proponer un sistema más atractivo para los trabajadores independientes:
 - Permitir la contribución voluntaria al sistema de salud.
 - Permitir contribuciones flexibles para trabajadores independientes. Esto puede incluir contribuciones irregulares en términos de cantidad y frecuencia.
 - Facilitar el pago de contribuciones. Esto podría ser en forma de monotributo o retenciones automáticas (por ejemplo, con facturas de servicios públicos).
 - Explorar un esquema de *matching contributions* (contribuciones complementarias o emparejadas por parte del Estado) para trabajadores independientes con bajos ingresos.

2. Reformar para establecer un sistema integral de protección social:

2.1. Proteger contra todas las contingencias:

- Introducir un seguro de desempleo.
- Introducir prestaciones familiares para los hijos para los trabajadores no pobres del sector formal.

2.2. Revisar el gasto social:

- Definir el gasto de asistencia social de acuerdo con los estándares internacionales.
- Aumentar el presupuesto para los principales programas de asistencia social.
- Revisar el gasto en programas con poco impacto y altos costos debido a la fragmentación programática.

2.3. Ampliar la recaudación de impuestos:

- Disminuir las exenciones de impuestos.
- Mejorar la recaudación de impuestos y luchar contra la evasión.
- Aumentar las tasas impositivas para reflejar la creciente demanda de servicios estatales.
- Destinar ingresos específicos para la financiación de la protección social.

2.4. Integrar las pensiones contributivas y no contributivas en un sistema de pensiones de múltiples pilares:

- Transformar a *Adulto Mayor* en una pensión básica dentro de un sistema integrado:
 - Mejorar la focalización de *Adulto Mayor*.
 - Revisar la ley de *Adulto Mayor* para establecer un valor fijo de beneficios o al menos incluir un techo.
 - Permitir una combinación de pensiones contributivas y no contributivas. Reducir progresivamente los beneficios de *Adulto Mayor* de acuerdo al valor de los beneficios de pensión contributiva que favorecen a quienes tienen una pensión baja.

- Crear un sistema de pensiones obligatorio integrado y de beneficios definidos.
 - Explorar la posibilidad de establecer un solo proveedor legal de seguridad social para los trabajadores del sector privado, a fin de reducir los costos administrativos y aprovechar las economías de escala.
 - Explorar la posibilidad de integrar el sistema de seguridad social para los trabajadores del sector público y privado.
- Crear un mecanismo de ahorro voluntario.
 - Establecer incentivos fiscales para los planes de ahorro cobrados a la edad de jubilación.
 - Aumentar la confianza en los fondos privados de pensiones y en los planes privados de ahorro a través de una regulación efectiva.
 - Considerar transformar a los proveedores de pensiones cerrados en planes de ahorro ocupacional.

3. Mejorar la gobernanza de la protección social:

3.1. Mejorar la coordinación de los programas y agencias de asistencia social:

- Restablecer la coordinación a nivel ministerial a través del Gabinete Social o asignando el rol de coordinador del sistema a otra agencia.
- Facilitar el intercambio de información entre agencias.
- Alinear los mecanismos de focalización.
- Tener personal conjunto en el terreno para facilitar el compromiso con los beneficiarios, derivaciones y reducir costos.
- Integrar programas de asistencia social con objetivos similares, especialmente programas de apoyo a pequeños empresarios y explotaciones agropecuarias.

3.2. Integrar los procesos de monitoreo y evaluación en el diseño de programas y políticas de asistencia social, con el objetivo de garantizar la evaluación rigurosa de resultados y la identificación de posibles mejoras.

3.3. Supervisar y regular a los proveedores de pensiones:

- Crear un cuerpo de supervisión para los proveedores de pensiones:
 - Proporcionar recursos financieros y humanos suficientes al organismo de supervisión.
 - Garantizar la imparcialidad del organismo de supervisión y de los auditores separando su nómina de la institución auditada.
- Establecer pautas para las inversiones de los fondos de pensiones:
 - Establecer techos para los niveles de inversión por categoría.
 - Hacer cumplir la diversificación de inversiones.

3.4. Mejorar la gobernanza interna de los proveedores de pensiones:

- Digitalizar el registro de contribuciones, contribuyentes y beneficiarios en todos los fondos de pensiones.

- Estandarizar los informes financieros enviados al Ministerio de Hacienda (y otras instituciones).
- Separar claramente la gestión de las funciones de pensiones y de salud del IPS.
- Revisar la ley que limita la independencia del IPS en la gestión de sus inversiones inmobiliarias.
- Transformar la Caja Fiscal en una institución independiente.

4. Establecer un sistema de pensiones más coherente, justo e inclusivo

4.1. Mejorar la equidad en el sistema de pensiones:

- Unificar la edad de jubilación entre todos los esquemas: La edad de jubilación debería revisarse periódicamente, teniendo en cuenta la longevidad, la participación en la fuerza de trabajo y otros factores socioeconómicos. Este mecanismo debería establecer el aumento gradual en la edad de jubilación de manera que sea predecible para los afiliados.
- Unificar la base para el cálculo del beneficio (medida de las ganancias), incluso para los trabajadores independientes.
- Estandarizar las tasas de reemplazo y de acumulación.
- Asegurar que todos los beneficios de pensión estén indexados.

4.2. Fortalecer el vínculo entre los beneficios y las contribuciones:

- Aumentar el número de años utilizados para calcular el beneficio de pensión (base del cálculo de la pensión).
- Establecer un techo uniforme para cualquier beneficio de pensión:
 - Este techo puede ser un múltiplo del salario mínimo y debería tener en cuenta la solidez financiera del sistema.
- Revisar el nivel de beneficios:
 - Ajustar el nivel de beneficios de pensión de acuerdo a la proporción decreciente de número contribuyentes por pensionado.
 - Reducir los incentivos para la jubilación anticipada. Esto se puede lograr reduciendo significativamente los niveles de beneficios.
- Ajustar las tasas de contribución:
 - Las tasas de contribución deberían revisarse periódicamente. La revisión debe basarse en estudios actuariales, la evolución demográfica, la situación económica, la relación entre jubilados y contribuyentes y la solidez financiera de cada plan.
 - Recaudar contribuciones a partir de los bonos de fin de año (13° mes) o dejar de pagar beneficios pensionales de fin de año (13° mes). Cada pago de beneficios debe estar respaldado por una contribución.

4.3. Mejorar la portabilidad:

- Establecer un mecanismo para transferir contribuciones y derechos entre proveedores de pensiones (mientras el sistema permanezca fragmentado). Este

mecanismo debería permitir el otorgamiento de una pensión única, en lugar pensiones parciales por parte de todos los sistemas a los que el afiliado ha contribuido.

Notas

¹ La Ley que creó el programa *Adulto Mayor* (3728/09) sólo especifica un mínimo para el subsidio (25% del salario mínimo), pero no un máximo. Esto abre la posibilidad de incrementar la cuantía del subsidio de forma arbitraria y sin contar con financiación.

² Los impuestos directos incluidos en este análisis son el impuesto a la renta personal (IRP), el impuesto a la renta del pequeño contribuyente (IRPC), el impuesto a la renta de actividades comerciales, industriales y de servicios (IRACIS) y el impuesto a las rentas de las actividades agropecuarias (IRAGRO).

³ La legislación no establece un máximo de años de cotización que pueden compensarse con este método.

⁴ El régimen de pensiones del IPS proporciona pensiones de vejez, supervivencia e incapacidad. El régimen de salud del IPS sufraga las pensiones de enfermedad, maternidad y accidentes de trabajo.

⁵ En años recientes las pensiones se han mantenido estables: la variación de la tasa de reemplazo se debe a los cambios de los ingresos netos de los trabajadores actuales.

⁶ La cuantía de las pensiones de *Adulto Mayor* equivale al 20.9% del salario medio en la economía en su conjunto, si se incluyen en la comparación los ingresos de trabajadores autónomos.

⁷ No es posible calcular la eficiencia de la gestión de activos en el caso del IPS y Caja Fiscal. El IPS no lleva contabilidad separada de sus costos de gestión correspondientes a los sistemas de pensiones y de salud. Los costos administrativos totales del IPS (pensiones y salud) representaron un 5.6% de las cotizaciones totales (pensiones y salud) en 2016. La Caja Fiscal forma parte del Ministerio de Hacienda, por lo que no publica datos de sus costos de gestión.

⁸ La Caja Bancaria está supervisada además por la autoridad responsable de la supervisión bancaria (*Superintendencia de Bancos*).

⁹ La reforma de 2003 de la Caja Fiscal separó programas y fondos, e implementó reformas paramétricas para evitar su colapso financiero.

Referencias

- Alaimo, V. y W. Tapia (2014), *Perspectivas del mercado de trabajo y las pensiones en Paraguay*, Nota técnica #772, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.
- Aristy-Escuder, J. et al. (2018), “Fiscal Policy and Redistribution in the Dominican Republic” en *Commitment to Equity Handbook. Estimating the Impact of Fiscal Policy on Inequality and Poverty*, Brookings Institution Press y CEQ Institute, Tulane University, New Orleans.
- Banco Mundial (2018a), *El Atlas de Protección Social – Indicadores de Resiliencia y Equidad* (base de datos), Washington, D.C., <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=1229>.
- Banco Mundial (2018b), *Indicadores del desarrollo mundial* (base de datos), Washington, D.C., <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

- Beneke, M., N. Lustig y J. A. Oliva (2018), “The Impact of Taxes and Social Spending on Inequality and Poverty in El Salvador” en *Commitment to Equity Handbook. Estimating the Impact of Fiscal Policy on Inequality and Poverty*, Brookings Institution Press y CEQ Institute, Tulane University, New Orleans.
- Borda, D. y M. Caballero (2018), *Una Reforma Tributaria para Mejorar la Equidad y la Recaudación*, Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, Asunción, <http://paraguaydebate.org.py/wp-content/uploads/2018/03/Reforma-Tributaria-2018.pdf> (recuperado en febrero de 2018).
- Bosch, M., D. Fernandes y J. Villa (2015a), “Nudging the Self-employed into Contributing to Social Security. Evidence from a Nationwide Quasi Experiment in Brazil”, *IDB Working Paper Series N° IDB-WP-633*, Washington D.C.
- Bosch, M. et al. (2015b), *Diagnóstico del sistema previsional colombiano y opciones de reforma*, Nota técnica del BID N° 825, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.
- Bosch, M., A. Melguizo y C. Pagés (2013), *Mejores Pensiones, Mejores Trabajos. Hacia la Cobertura Universal en América Latina y el Caribe*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.
- Bruno, S. (2017), *Evaluación de impacto redistributivo de la pensión alimentaria para adultos mayores en situación de pobreza. Un abordaje desde la Encuesta Permanente de Hogares 2016*, Ministerio de Hacienda de Paraguay, Asunción.
- Bucheli, M. et al. (2014), “Social Spending, Taxes and Income Redistribution in Uruguay” en *The Redistributive Impact of Taxes and Social Spending in Latin America*, Public Finance Review 42, no. 3, pp. 413-433, <http://dx.doi.org/10.1177/1091142113493493>.
- Caja ANDE (2017), *Memoria y Balance*, Caja de jubilaciones y pensiones del personal de la Administración Nacional de Electricidad, Asunción, www.cajaande.gov.py/formularios/MEMORIA%20Y%20BALANCE%202016%20para%20WEB.pdf (recuperado en enero de 2018).
- Carranza, L., A. Melguizo y D. Tuesta (2017), “¿Funcionan los incentivos monetarios para el ahorro en pensiones? A propósito de los esquemas *matching contributions*” en *Ideas para una Reforma de Pensiones*, Universidad de San Martín de Torres.
- Carranza, L., A. Melguizo y D. Tuesta (2012), “Matching Defined Contribution Schemes in Colombia, Mexico and Peru: Experiences and Prospects for Coverage Expansion” en *Matching Contributions for Pensions: A Review of International Experiences*, Banco Mundial, Washington D.C., <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-9492-2>.
- Casalí, P. y M. Velásquez (2016), *Paraguay. Panorama de la protección social: diseño, cobertura y financiamiento*, Organización Internacional del Trabajo, Santiago.
- CELADE – División de Población de CEPAL (2013), *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. Revisión 2013*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago, www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_bd.htm.
- CEPAL (2017), *Panorama Social de América Latina, 2017*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago.
- Cetrangolo, O. et al. (2014), *Monotributo en América Latina. Los casos de Argentina, Brasil y Uruguay*, Organización Internacional del Trabajo, Lima.
- CIAT/SET/GIZ (2015), *Estimación de los Gastos Tributarios en la República del Paraguay 2013 -2016*.

- Colpensiones (2018), *Los BEPS, programa para que millones de colombianos del Sisbén 1, 2 y 3 tengan un ingreso en la vejez, es una realidad*, Colpensiones, Bogotá, www.colpensiones.gov.co/beps/Publicaciones/noticias_beps/los_beps_programa_para_que_millones_de_colombianos_del_sisben_1_2_y_3_tengan_un_ingreso_en_la_vejez_es_una_realidad (recuperado en marzo de 2018).
- CEQ (2017), Commitment to Equity (CEQ) Data Center on Fiscal Redistribution (base de datos), Tulane University, New Orleans, www.commitmenttoequity.org/datacenter (recuperado en febrero de 2018).
- DGEEC (2017), *Encuesta Permanente de Hogares* (base de datos), Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay, Fernando de la Mora, www.dgeec.gov.py/datos/encuestas/eph (recuperado en agosto de 2017).
- DSD/SASSA/UNICEF (2016), *Removing barriers to accessing Child Grants: Progress in reducing exclusion from South Africa's Child Support Grant*, UNICEF South Africa, Pretoria.
- Durán-Valverde, F. (2015), *Monotax: Promoting formalization and protection of independent workers*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=48020 (recuperado en marzo de 2018).
- FAO/STP (2018), *Documento técnico sobre el estado del arte de las necesidades de los mecanismos de gobernanza y coordinación del PSO existentes*, FAO, Asunción.
- Gabinete Social (2018), *Nota Sectorial de Protección Social 2.0, La Oportunidad de implementar un sistema de protección social*, Gabinete Social de Paraguay, Asunción, www.gabinetesocial.gov.py/archivos/documentos/documento-consolidad-VF-NSPS_xbirna9z.pdf (recuperado en mayo de 2018).
- Gabinete Social (2017), *Nota Sectorial de Protección Social*, Gabinete Social de Paraguay, Asunción, www.gabinetesocial.gov.py/archivos/documentos/NotaSectorialParalevantarenlapagina08112017_qfljwixj.pdf (recuperado en diciembre de 2017).
- Giménez, L. et al. (2017), "Paraguay: Análisis del sistema fiscal y su impacto en la pobreza y la equidad", *Commitment to Equity (CEQ) Working Paper Series 74*, Tulane University, New Orleans.
- Gobierno Nacional de Paraguay (2014), *Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030*, Asunción, www.stp.gov.py/pnd/wp-content/uploads/2014/12/pnd2030.pdf.
- González, D. (2006), "Regímenes Especiales de Tributación para Pequeños Contribuyentes en América Latina", *IDB Working Paper Series* N° IDB-WP-2302, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.
- Higgins, S. y Claudiney Pereira (2014), "The Effects of Brazil's Taxation and Social Spending on the Distribution of Household Income" en *The Redistributive Impact of Taxes and Social Spending in Latin America*, *Public Finance Review* 42, 3, pp. 346–67, <http://dx.doi.org/10.1177/1091142113501714>.
- Icefi (2017a), "Incidencia de la política fiscal en la desigualdad y la pobreza en Guatemala", *CEQ Working Paper 50*, CEQ Institute, Tulane University, IFAD e Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales, New Orleans.
- Icefi (2017b), "Incidencia de la política fiscal en la desigualdad y la pobreza en Honduras", *CEQ Working Paper 51*, CEQ Institute, Tulane University, IFAD e Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales, New Orleans.

- Icefi (2017c), “Incidencia de la política fiscal en la desigualdad y la pobreza en Nicaragua”, *CEQ Working Paper 52*, CEQ Institute, Tulane University, IFAD e Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales, New Orleans.
- OIT (2018), *SECSOC Departamento de Seguridad Social*, Ginebra, www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home (recuperado en febrero de 2018).
- OIT (2017), *Informe sobre la Protección Social en el mundo 2017–19: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.
- OIT (2014), *Cadastró Único: Operating a registry through a national public bank*, Building Social Protection Floors Series N° 001/2014, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.
- OIT (2010), *Informe sobre el trabajo en el mundo: La seguridad de los ingresos y la protección social en un mundo en plena transformación*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/gb/docs/gb279/pdf/esp-7.pdf (recuperado en febrero de 2018).
- FMI (2017), *Sistema de Pensiones y Salud de Paraguay*, Informe de País del FMI N° 17/234, Fondo Monetario Internacional, Washington D.C.
- IPS (2018), *Datos TABLEAU-AOP* (base de datos), Instituto de Previsión Social, Asunción (recuperado en enero de 2018).
- IPS (2017), *Anuario Estadístico Institucional IPS 2016*, Instituto de Previsión Social, Asunción, <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1513090445.pdf> (recuperado en marzo de 2018).
- IPS (2014), *Estudio y Proyecciones Actuariales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Previsión Social*, Instituto de Previsión Social, Asunción, <http://servicios.ips.gov.py/Informe%20Actuarial%20JyP%202012-62%20Resumen%20Ejecutivo.pdf> (recuperado en diciembre de 2017).
- IOPS (2013), *Good Practices for Governance of Pension Supervisory Authorities*, International Organisation of Pension Supervisors, Paris, www.iopswb.org/principlesguidelines/IOPS%20%20Good%20Practices%20on%20Governance%20of%20Pension%20Supervisory%20Authorities.pdf (recuperado en marzo de 2018).
- Jaramillo, M. (2014), “The Incidence of Social Spending and Taxes in Peru” en *The Redistributive Impact of Taxes and Social Spending in Latin America*. Public Finance Review 42, no. 3, pp. 391-412, <http://dx.doi.org/10.1177/1091142113496134>.
- Lindert, K. et al. (2007), “The nuts and bolts of Brazil’s Bolsa Família Program: implementing conditional cash transfers in a decentralized context”, *Social Protection Discussion Paper N° 709*, Banco Mundial, Washington D.C.
- Ley 5.508 (2015), *Ley No. 5508 Promoción, Protección de la Maternidad y Apoyo a la lactancia Materna*, Gaceta Oficial, Asunción.
- Ley 4.933 (2013), *Ley No. 4933 Que autoriza la incorporación voluntaria de trabajadores independientes, empleadores, amas de casa y trabajadores domésticos al seguro social – Fondo de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Previsión Social*, Gaceta Oficial, Asunción.
- Ley 4.290 (2011), *Ley No. 4290 Que establece el derecho a solicitar reconocimiento de servicios anteriores en el Instituto de Previsión Social y modifica parcialmente el artículo 59 del Decreto-Ley N° 1.860/50, aprobado por Ley N° 375 del 27 de agosto de 1956, modificado por el artículo 2° de la*

- Ley N° 98 del 31 de diciembre de 1992, y aclara el alcance de la Ley N° 3.404 del 7 de diciembre del 2007 – De continuidad en el beneficio*, Gaceta Oficial, Asunción.
- Ley 3.404 (2007), *Ley No. 3404 que modifica el artículo 25 de la Ley N° 430, de fecha 27 de diciembre de 1973, modificado por el artículo 4° de la N° 98, de fecha 31 de diciembre de 1992*, Gaceta Oficial, Asunción..
- Ley 2.345 (2003), *Ley No. 2345 de reforma y sostenibilidad de la caja fiscal. Sistema de jubilaciones y pensiones del sector público*, Gaceta Oficial, Asunción.
- Ley 375 (1956), *Ley No. 375 por el cual se aprueba el decreto-ley N° 1.860 del 1 de diciembre de 1950 por el cual se modifica el decreto-ley N° 17 071 de fecha 18 de febrero de 1943 de creación del Instituto de Previsión Social*, Gaceta Oficial, Asunción.
- Llerena Pinto et al. (2015), *Social Spending, Taxes and Income Redistribution in Ecuador*, CEQ Working Paper 28, Center for Inter-American Policy and Research y Departamento de Economía de la Universidad de Tulane, Tulane University e Inter-American Dialogue, New Orleans.
- Martinez- Aguilar et al. (2018), “The Impact of Fiscal Policy on Inequality and Poverty in Chile” in *Commitment to Equity Handbook. Estimating the Impact of Fiscal Policy on Inequality and Poverty*, Brookings Institution Press e CEQ Institute, Tulane University, New Orleans.
- Medina-Giopp, A. y S. Cudas Salinas (2018), *Lessons on the use of online dashboards to monitor government plans in Paraguay*, Poverty and Equity Notes N° 5, Banco Mundial, Washington D.C.
- Melendez, M. y V. Martinez (2015), *CEQ Master Workbook: Colombia 2010*, CEQ Data Center on Fiscal Redistribution, CEQ Institute, Tulane University y Banco Interamericano de Desarrollo, New Orleans.
- MH (2018), *Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)* (base de datos), Ministerio de Hacienda de Paraguay, Asunción, http://isdatbank.info/boost_paraguay (recuperado en marzo de 2018).
- MH (2017), *Balance Anual de Gestión Pública 2016*, Ministerio de Hacienda de Paraguay, Asunción, www.hacienda.gov.py/web-presupuesto/index.php?c=279.
- MH (2016), *Evaluación de Impacto del programa Tekoporã*, Ministerio de Hacienda de Paraguay, Asunción, www.economia.gov.py/application/files/9514/7939/4429/Evaluacion_de_Impacto_del_Programa_Tekopora_07062016.pdf (recuperado en enero de 2018).
- Molina, E. (2016), *CEQ Master Workbook: Venezuela (2012)*, CEQ Data Center on Fiscal Redistribution, CEQ Institute, Tulane University, New Orleans.
- MTESS (2016), *Boletín Estadístico de Seguridad Social 2015*, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Paraguay, Asunción, www.mtess.gov.py/application/files/2314/7765/9442/boletin-estadistico-2016-dgss.pdf (recuperado en enero de 2018).
- MTESS (2017), *Boletín Estadístico de Seguridad Social 2016*, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Paraguay, Asunción.
- Navarro, B. y E. Ortiz (2014), *El Sistema de Pensiones de Paraguay. Debilidades que exhibe y perspectivas de la Reforma*, Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, Asunción.
- Navarro, F. (2016), *La nueva ola de reformas previsionales y la igualdad de género en América Latina*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago.
- OCDE (2018a), *Estudio Multidimensional de Paraguay. Volumen 1: Evaluación inicial*, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/9789264301924-es>.

- OCDE (2018b), *Public Governance Review of Paraguay: Pursuing National Development through Integrated Public Governance*, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/9789264301856-en>.
- OCDE (2017), *Panorama de las Pensiones 2017: Indicadores de la OCDE y el G-20*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2017-en.
- OCDE (2016a), *Estudio Multidimensional de Perú. Volumen 2: Análisis detallado y recomendaciones*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264264670-en>.
- OCDE (2016b), *Principios Fundamentales de la Regulación de las Pensiones*, OECD Publishing, París, www.oecd.org/finance/private-pensions/Core-Principles-Private-Pension-Regulation.pdf (recuperado en marzo de 2018).
- OCDE (2015), *Social Protection System Reviews: Concept Note*, Centro de Desarrollo de la OCDE, París (no publicado).
- OCDE (2011), *Chile. Review of the Private Pensions System*, OECD Publishing, París, www.oecd.org/finance/private-pensions/49497472.pdf (recuperado en marzo de 2018).
- OCDE/CEPAL/CIAT/BID (2017), *Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe 2017*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/rev_lat_car-2017-en-fr.
- OCDE/BID/Banco Mundial (2014), *Panorama de las Pensiones: América Latina y el Caribe*, OECD Publishing, París, http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2014-en.
- Ortiz, I., M. Cummins y K. Karunanethy (2017), “Fiscal Space for Social Protection and the SDGs: Options to Expand Social Investments in 187 Countries”, *ESS Working Paper N° 48*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.
- Ovando, F. (2017), *Análisis longitudinal de las transiciones de status laboral en la población juvenil urbana de Paraguay*, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Asunción.
- Paz Arauco et al. (2014), “Explaining Low Redistributive Impact in Bolivia” en *The Redistributive Impact of Taxes and Social Spending in Latin America*, Public Finance Review 42, no 3, pp. 326-345, <http://dx.doi.org/10.1177/1091142113496133>.
- Rossignolo, D. (2018), “Taxes, Expenditures, Poverty, and Income Distribution in Argentina” en *Commitment to Equity Handbook. Estimating the Impact of Fiscal Policy on Inequality and Poverty*, Tulane University, New Orleans.
- Ruppert Bulmer, E. et al. (2017), *Paraguay Jobs Diagnostic. The Dynamic Transformation of Employment in Paraguay*, Jobs Series N° 9, Banco Mundial, Washington D.C., <http://documents.worldbank.org/curated/en/500641499411206696/Paraguay-jobs-diagnostic-the-dynamic-transformation-of-employment>.
- Santoro, M. (2017), *Pension Reform Options in Chile: Some Tradeoffs*, Working Paper WP/17/53, Fondo Monetario Internacional, Washington D.C.
- Sauma, P. y J. D. Trejos (2014a), “Gasto público social, impuestos, redistribución del ingreso y pobreza en Costa Rica”, *CEQ Working Paper 18*, Center for Inter-American Policy and Research and Department of Economics, Tulane University y Banco Interamericano de Desarrollo, New Orleans.
- Scott, J. (2014), “Redistributive Impact and Efficiency of Mexico’s Fiscal System” en *The Redistributive Impact of Taxes and Social Spending in Latin America*, Public Finance Review 42, no. 3, pp. 368-390, <http://dx.doi.org/10.1177/1091142113497394>.
- Serafini, V. (2016), *Paraguay: Inversión en Protección Social No Contributiva. Avances y desafíos una década después*, Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, Asunción.

- SISALRIL (2018), Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales de la República Dominicana, Santo Domingo, www.sisalril.gov.do/RegimenContSubs.aspx (recuperado en marzo de 2018).
- STP (2016), *Encuesta Longitudinal de Protección Social* (base de datos), Secretaría Técnica de Planeación, Asunción.
- Stuart, E., E. Samman y A. Hunt (2018), “Informal is the new normal. Improving the lives of workers at risk of being left behind”, *ODI Working Paper* N° 530, Overseas Development Institute.
- PNUD (2016), *Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe. Progreso multidimensional: bienestar más allá del ingreso*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, New York.
- Van Panhuys et al. (2015), *ICROP: Reaching out to rural poor through mobile service units*, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=51861 (recuperado en marzo de 2018).

Anexo 2.A. Visión general de los sistemas de seguridad social y de pensiones

Cuadro Anexo 2.A.1. Visión general de los regímenes de seguridad social por grupo elegible

Contingencia	Prestación	Institución	Organismo	Grupo objetivo	Cobertura (2016)	Participación	Fecha de constitución	Financiado por
Funcionario público								
Fallecimiento	Fallecimiento de quien genera los ingresos	Dirección General de Pensiones no Contributivas	Ministerio de Hacienda	Sobrevivientes de personal militar y de la policía	237 228			Presupuesto general
Incapacidad	Pensión de invalidez	Caja Fiscal	Dirección General de Pensiones, Ministerio de Hacienda	Funcionarios públicos	237 228	Obligatoria	1909	Cotizaciones
Vejez	Pensión de vejez	Caja Fiscal	Dirección General de Pensiones, Ministerio de Hacienda	Funcionarios públicos	237 228	Obligatoria	1909	Cotizaciones
Salud	Atención médica	Instituciones de salud de las Fuerzas Armadas y la Policía		Personal del ejército, la policía y personas a cargo		Universal		Presupuesto general
	Atención médica	Seguro privado de prepago	Organismos con planes contratados	Funcionarios y empleados del Estado		En base a la ocupación		Presupuesto general
	Atención médica	Seguro privado	Todos los demás organismos	Funcionarios y empleados del Estado		Voluntaria		Cotizaciones privadas

Cuadro Anexo 2.A.1 (cont.)

Contingencia	Prestación	Institución	Organismo	Grupo objetivo	Cobertura (2016)	Participación	Fecha de constitución	Financiado por
Trabajadores del sector formal								
Maternidad	Prestación monetaria por maternidad	Instituto de Previsión Social (IPS) + pequeños regímenes de pensiones de tipo cerrado	MTESS	Empleados del sector privado	743 852 ^b	Obligatoria	1942	Cotizaciones
Incapacidad	Pensión de invalidez	Instituto de Previsión Social (IPS) + pequeños regímenes de pensiones de tipo cerrado	MTESS	Empleados del sector privado	555 844 ^b	Obligatoria	1943	Cotizaciones
Enfermedad	Renta por enfermedad	Instituto de Previsión Social (IPS) + pequeños regímenes de pensiones de tipo cerrado	MTESS	Empleados del sector privado	743 852 ^b	Obligatoria	1944	Cotizaciones
Accidente de trabajo	Prestación monetaria por accidente o enfermedad profesional	Instituto de Previsión Social (IPS) + pequeños regímenes de pensiones de tipo cerrado	MTESS	Empleados del sector privado	743 852 ^b	Obligatoria	1943	Cotizaciones
Fallecimiento	Pensión de sobreviviente	Instituto de Previsión Social (IPS) + pequeños regímenes de pensiones de tipo cerrado	MTESS	Hijos (menores o discapacitados) y cónyuge del trabajador asegurado del sector privado	555 844 ^b	Obligatoria	1944	Cotizaciones
Salud	Atención médica	Instituto de Previsión Social (IPS)	MSPBS	Empleados del sector privado	743 852 ^b	Obligatoria	1943	Cotizaciones
Vejez	Pensiones	Instituto de Previsión Social (IPS) + pequeños regímenes de pensiones de tipo cerrado	MTESS	Empleados del sector privado	555 844 ^b	Obligatoria	1943	Cotizaciones
	Pensiones	Entidades privadas de pensiones (p. ej., Caja Mutual Cooperativistas, Caja Médica, Caja de Profesores de la UCA)	MTESS		30 000 ^b	Voluntaria		Cotizaciones

Cuadro Anexo 2.A.1 (cont.)

Contingencia	Prestación	Institución	Organismo	Grupo objetivo	Cobertura (2016)	Participación	Fecha de constitución	Financiado por
Trabajadores del sector informal								
Incapacidad	Pensión de invalidez	Instituto de Previsión Social (IPS)	MTESS	Empleados del sector privado	518 ^c	Voluntaria	2011	Cotizaciones
Fallecimiento	Pensión de sobreviviente	Instituto de Previsión Social (IPS)	MTESS	Hijos (menores o discapacitados) y cónyuge del trabajador asegurado del sector privado	518 ^c	Voluntaria	2011	Cotizaciones
Salud	Atención médica	Hospitales públicos	MSPBS, UNA	Universal		Universal		Ingresos fiscales
Vejez	Pensiones	Instituto de Previsión Social (IPS)	MTESS	Empleados del sector privado	518 ^c	Voluntaria	2011	Cotizaciones
Personas en situación de pobreza								
Infancia	Subsidio (<i>Tekoporã</i>)	Secretaría de Acción Social (SAS)	Presidencia	Niños, adolescentes, discapacitados, población indígena	685 578 personas ^d	Comprobación de recursos (Ficha Hogar – SAS)	2005	Ingresos fiscales
Infancia	Subsidio (<i>Abrazo</i>)	Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia (SNNA)	Presidencia	Niños trabajadores, niños de la calle	10 784 niños y adolescentes	Comprobación de recursos (Ficha Social – SNNA)	2005	Ingresos fiscales

Cuadro Anexo 2.A.1 (cont.)

Contingencia	Prestación	Institución	Organismo	Grupo objetivo	Cobertura (2016)	Participación	Fecha de constitución	Financiado por
Personas en situación de pobreza (cont.)								
Pobreza	Inversión productiva (Tenonderá)	Secretaría de Acción Social (SAS)	Presidencia	Beneficiarios de Tekoporá con negocios familiares	5 856 familias	Comprobación de recursos (Ficha Hogar –SAS)	2014	Ingresos fiscales
Pobreza	Inversión productiva (Familia por Familia)	Secretaría Técnica de Planificación (STP)	Presidencia	Familias con explotaciones agrícolas	776 familias	Comprobación de recursos (Ficha Social)	2014	Ingresos fiscales
Pobreza	Inversión productiva (Proyecto de Inclusión de la Agricultura Familiar en Cadenas de Valor)	MAG	MAG	Familias con explotaciones agrícolas en determinadas regiones, agricultores vulnerables, población indígena	14 500 familias (objetivo)	Selección objetivo	2012	Préstamo (IFAD)
Pobreza	Inversión productiva (Proyecto de Desarrollo Rural Sostenible)	MAG	MAG	Agricultores pequeños o indígenas	29 600 (2016)	Selección objetivo regional	2008	Préstamo (Banco Mundial)
Salud	Atención médica	Hospitales públicos	MSPBS, UNA	Universal		Universal		Ingresos fiscales
Vejez	Transferencia (Adulto Mayor)	Dirección General de Pensiones no Contributivas	Ministerio de Hacienda	Personas mayores pobres con 65 años o más	162 130 ^e	Comprobación de recursos (Ficha Hogar – Adultos Mayores)	2010	Ingresos fiscales
Alimentos	Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI)	Dirección de Nutrición y Programas Alimentarios, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN)	MSPBS	Niños y madres	113 709 (2016)	Comprobación de recursos	2005	Ingresos fiscales
Alimentos	Seguridad Alimentaria Nutricional	Secretaría Técnica de Planificación (STP)	Presidencia	Población indígena, para madres con hijos menores de 5 años	20 000	Comprobación de recursos (Ficha Social)		Ingresos fiscales

Nota: MTESS = Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; MSPBS = Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; MAG = Ministerio de Agricultura.

Fuente: Elaboración propia; a. b. IPS (2017), c. Datos recibidos por IPS, d. OCDE (2018), e. MH (2017).

Cuadro Anexo 2.A.2. Regímenes públicos de pensiones contributivas en Paraguay

Grupo objetivo	IPS	Caja Fiscal					Caja Bancaria	Caja Municipal	Caja Parlamentaria	Caja Ferroviaria	Caja de la ANDE ^b	Caja de Itaipú Binacional	
		Ejército	Policía	Maestros y profesores universitarios	Personal de la Administración Central y judicial								
	Sector privado	Empleados del sector público					Sector bancario	Gobierno local	Miembros del Parlamento	Ferrocarriles	Administración de Electricidad	Itaipú	
Cotizantes	531 725	36 350		93 529		107 349	12 762	7 629	125	4	3 914	348	
Pensionistas	52 532	15 472		24 842		15 141	2 741	1 500	196	471	1 634	442	
Tasa de cotización (% salario)	Empresarios	14	0 0	0	0	0	17	10	7	10	5+12	15	
	Empleados	9	16 16	16	16	16	11	10	20	10	5+6	6	
	Prestación (% del salario)	100	A partir de 50 ^a	A partir de 30 ^a	A partir de 83 ^a	A partir de 47 ^a	100	A partir de 45 ^a	80	100	66.7+42.5	80	
Pensión estándar	Medida de ganancias (nominal)	Últimos 3 años	Últimos 5 años					Últimos 4 años	Últimos 2 años	Último mes	Últimos 2 años	Últimos 3 años	Últimos 3 años
	Edad de jubilación	60	no	no	no	62	60	55	55	50	60	60	
	Anualidades mín.	25	15	10	25 ^c	20	30	15	15	25	20	10	
Pensión de jubilación proporcional	Prestación (% del salario)	60				Empezando en 20		Empezando en 40	60		Proporción de pensión estándar	Proporción de pensión estándar	
	Edad de jubilación	65	n.a.	n.a.	n.a.	62	n.a.	50	55	40	60	60	
	Anualidades mín.	15				10		20	10	15	15	5	

Nota: Cotizantes y pensionistas: datos de 2016 para IPS, Caja Fiscal, Caja Bancaria, Caja Ferroviaria, Caja ANDE y Caja Itaipú; datos de 2013 para Caja Parlamentaria; datos de 2011 para Caja Municipal. a. La pensión aumenta con las anualidades, alcanzando un máximo del 100%. b. La Caja de la ANDE es un sistema complementario, patronos y trabajadores aportan un 5% a la Caja de la ANDE y un 12% y 6% respectivamente al IPS. c. En el caso de las maestras, cada hijo computa como una anualidad adicional.

Fuente: Navarro y Ortiz (2014), MTESS (2017), MTESS (2016), Caja ANDE (2017), Dirección General de Jubilaciones y Pensiones (Ministerio de Hacienda de Paraguay), www.hacienda.gov.py/web-hacienda/jubilaciones (recuperado en febrero de 2018)

Capítulo 3. Reformas para fomentar vidas más saludables en Paraguay

Paraguay ha fijado ambiciosos objetivos para mejorar la salud de sus ciudadanos. Actualmente, su sistema de salud enfrenta una doble carga. Por un lado, la carga que suponen las enfermedades no transmisibles está aumentando, impulsada por la prolongación de la vida y estilos de vida menos saludables. Al mismo tiempo, persisten cuestiones sin resolver relacionadas con enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales. El sistema de salud de Paraguay adolece de fragmentación y de una limitada capacidad en sus instituciones rectoras. Para estar a la altura del desafío, el país ha emprendido una serie de reformas, comenzando por el hito de la ley aprobada en 1996. Las reformas han logrado sentar las bases para un nuevo enfoque de la atención sanitaria basada en la atención primaria. Sin embargo, no han modificado significativamente los pilares del sistema de salud y su fragmentación en múltiples subsistemas. En el presente capítulo se describen los retos sanitarios a los que se enfrenta Paraguay. El capítulo se enfoca en los retos que presenta la financiación de la salud, y en el avance hacia la cobertura universal de salud.

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso a unos servicios de salud adecuados, pertinentes y de calidad, sin que nadie tenga que sufrir dificultades económicas por el pago de los servicios de salud, presenta una importancia decisiva para promover el bienestar de los ciudadanos. Es también un medio de romper la transmisión intergeneracional de la pobreza, ya que los niños con mala salud obtienen resultados peores en su aprendizaje que los niños sanos. Los adultos con una salud deficiente tienen menor potencial de generar ingresos que los adultos sanos. El acceso universal a la atención sanitaria y la cobertura universal de salud son, por tanto, elementos esenciales para reducir la pobreza y la desigualdad (OPS/OMS, 2014).

Para lograr sus ambiciosos objetivos, Paraguay tendrá que redoblar sus esfuerzos de desarrollo del sistema nacional de salud. El presente capítulo comienza presentando los objetivos de desarrollo en el sector de la salud que Paraguay se ha fijado y los avances realizados. Luego, presenta un análisis de las necesidades de atención sanitaria de la población, tal como se desprenden de la incidencia de patologías, y de la evolución de la transición demográfica y epidemiológica del país. Finalmente, describe las características fundamentales del sistema de salud de Paraguay y propone formas de llevar a cabo las reformas en curso y opciones para acelerar el ritmo de implementación de las reformas, centrándose en primer lugar en mecanismos de financiamiento y a continuación en la necesidad de ampliar la cobertura de salud en sus tres dimensiones, a saber, cobertura de la población (amplitud), protección financiera (altura) y cobertura de servicios de salud (profundidad).

Paraguay ha fijado ambiciosos objetivos para mejorar la salud de sus ciudadanos

Paraguay ha asumido compromisos ambiciosos para mejorar la salud de sus ciudadanos. El Plan Nacional de Desarrollo (PND) establece unos objetivos ambiciosos con miras a incrementar la esperanza de vida y reducir la mortalidad materna y la infantil, las carencias nutricionales, la obesidad y las muertes por enfermedades no transmisibles. Más en general, la Política Nacional de Salud aspira a avanzar hacia el acceso universal a la salud y la consecución de la cobertura universal de salud para 2030 (MSPBS, 2015).

Con vistas a cumplir este compromiso y hacer realidad el derecho a la salud reconocido en la Constitución, el país ha acometido grandes reformas en materia de gobernanza y enfoque del sistema nacional de salud. La promulgación de la Ley 1032 en 1996, por la que se creó el sistema nacional de salud, es un hito importante en este proceso de reforma. Sin embargo, su éxito ha sido sólo parcial. El sistema se mantiene altamente fragmentado y con una débil rectoría. A pesar de esto, se han registrado avances significativos en el acceso a la sanidad, el proceso de descentralización del sistema de salud y la adopción de un sistema de cobertura universal de salud basado en la atención primaria de salud.

Las tendencias demográficas son favorables pero, puesto que llevará tiempo, la transformación del sistema de salud debería empezar ya. La población paraguaya es joven y disfruta de una vida relativamente longeva. Según las últimas proyecciones (DGEEC, 2015), la esperanza de vida al nacer en Paraguay es de 73.6 años (70.8 para los hombres y 76.5 para las mujeres). La población paraguaya destaca por su juventud. En 2017, un 30% de la población tenía 15 años de edad o menos, mientras que sólo un 6% había cumplido los 65 años. La población joven, relativamente amplia, constituye una ventaja fundamental del sistema de salud nacional. Paraguay dispone en consecuencia de una ventana de oportunidad para reformar el sistema de salud, antes de que la demanda sanitaria se incremente sustancialmente, ofreciendo al mismo tiempo al país un cierto margen para que las contribuciones prepagadas pasen a financiar el sistema de salud y de protección social

de una manera más general (véase el Capítulo 2.). No obstante, el dividendo demográfico se reducirá gradualmente en el curso de las próximas décadas. En las últimas décadas, la estructura de la población ha pasado a ser menos expansiva y, en el grupo de jóvenes menores de 20 años, se encuentra en situación estacionaria. En la actualidad, la población crece a una tasa anual del 1.3%, mientras que la media de hijos por mujer es 2.5. Las proyecciones apuntan a que la tasa de crecimiento se estabilizará y la tasa de natalidad descenderá, en 2040, algo por debajo de los 2 hijos por mujer.

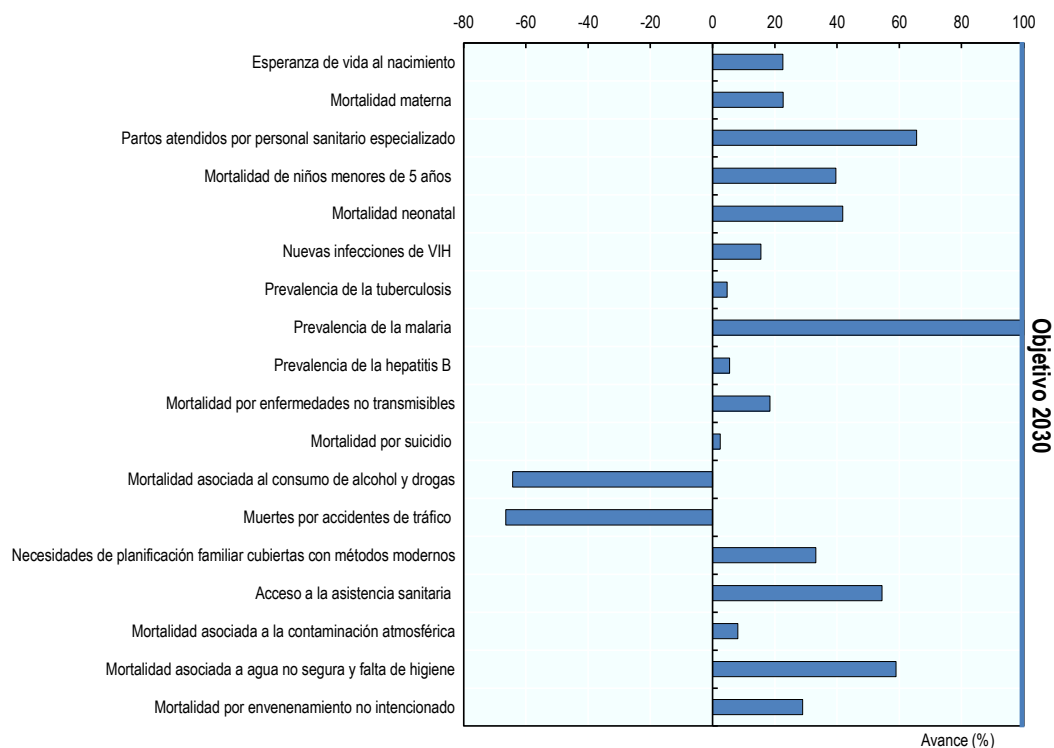
En este contexto, la evolución de los resultados clave de salud ha sido dispar. En lo que atañe a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), Paraguay ha avanzado en varios indicadores en las últimas décadas, pero los progresos no siempre se han realizado al ritmo necesario para alcanzar las metas establecidas en los ODS o en el PND. El ODS 3 recoge una serie de indicadores para garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades (Gráfico 3.1). La esperanza de vida ha aumentado, pero se ha de avanzar más rápidamente para cumplir el objetivo de 79 años en 2030, como establece el PND. Entre 2005 y 2015 la tasa de mortalidad materna ha disminuido un 17%, de 159 a 132 muertes estimadas por 100 000 nacidos vivos. Pese a esta tendencia positiva, el ritmo del avance resulta insuficiente para alcanzar la meta del ODS de menos de 70 muertes por 100 000 nacidos vivos en 2030. El objetivo oficial nacional es incluso más ambicioso, situándose en una cifra de 40 por cada 100 000 nacidos vivos. Por otra parte, las tasas de muertes prevenibles de recién nacidos y de niños menores de 5 años se hallan ya bastante por debajo de la meta del ODS de 12 y 25 muertes, respectivamente, por 1 000 nacidos vivos. Ahora bien, quedan aún lejos de los objetivos nacionales. En cuanto a la incidencia de enfermedades concretas, las causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el bacilo de la tuberculosis han permanecido estables en los últimos años, y no se han producido casos endémicos de malaria desde 2010. Sin embargo, la prevalencia y la tasa de mortalidad del dengue y otras enfermedades tropicales aumentó la pasada década. Los índices de satisfacción de las necesidades de planificación familiar con métodos modernos mejoran, pero el alcance no es aún universal. Por último, la tasa de mortalidad por lesiones en accidentes de tráfico aumentó entre 2005 y 2015, por lo que resulta difícil alcanzar el objetivo de reducir a la mitad, para 2020, las muertes y lesiones en accidentes de tráfico. La tasa de mortalidad prematura (medida en años de vida perdidos o YLL por sus siglas en inglés) por consumo de alcohol y drogas sigue una tendencia similar.

Salud y necesidades de atención sanitaria en Paraguay

Paraguay se halla en una marcada transición demográfica y epidemiológica. Las enfermedades no transmisibles han aumentado rápidamente, mientras que las transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales no se han reducido según lo esperado. La transición epidemiológica ha ido acompañada de un incremento de la vida sedentaria y de hábitos dietéticos poco saludables entre la población, conllevando un deterioro de los factores de riesgo y de los elementos sociales que afectan a la salud. Por otra parte, las tasas de discapacidad y mortalidad derivadas de lesiones externas han estado aumentando en las últimas décadas, principalmente por accidentes de tráfico y violencia interpersonal (Gráfico 3.2).

Gráfico 3.1. El avance de Paraguay hacia los indicadores de ODS es desigual

Progreso de 2005 a 2015, en porcentaje de distancia al objetivo en 2005, selección de indicadores de ODS de salud



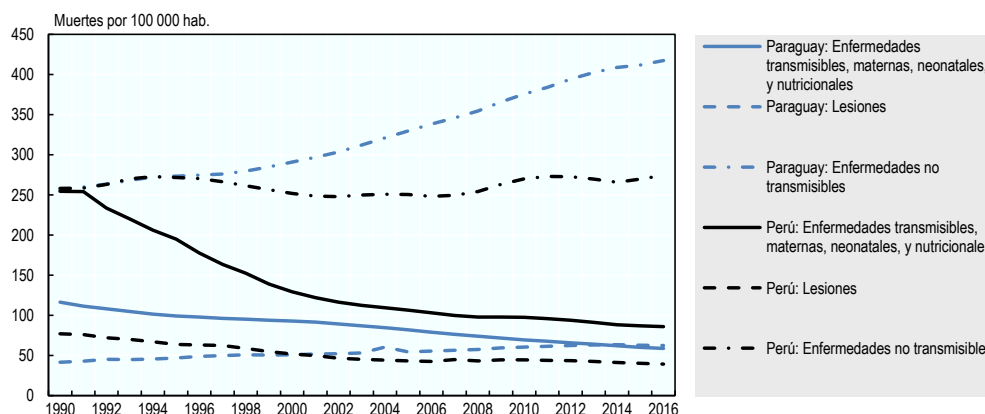
Nota: Las barras azules muestran el progreso de Paraguay en una serie de indicadores de ODS entre 2005 (eje 0) y 2015. El eje 100 representa el objetivo de ODS para 2030. Todas las cifras están normalizadas con objeto de permitir una comparación exacta.

Los objetivos nacionales pueden diferir de los objetivos oficiales de las NN.UU. Para las tasas de mortalidad infantil, el objetivo oficial de las NN.UU. se estima en 25 por 1 000 nacidos vivos; no obstante, el objetivo nacional fijado en el Plan Nacional de Desarrollo es de 9 por 1 000 nacidos vivos (reducción del 70%). Para la tasa de mortalidad neonatal, el objetivo oficial de las NN.UU. se estima en 12 por 1 000 nacidos vivos; no obstante, el objetivo nacional fijado en el Plan Nacional de Desarrollo es de 5 por 1 000 nacidos vivos (reducción del 70%). Para las tasas de mortalidad materna, el objetivo oficial de las NN.UU. se estima en 70 por 100 000 nacidos vivos; no obstante, el objetivo nacional fijado en el Plan Nacional de Desarrollo es de 39.8 por 100 000 nacidos vivos (reducción del 75%). El Plan Nacional de Desarrollo fijó el objetivo de reducir en un 50% la tasa de mortalidad por suicidio, la tasa de mortalidad correspondiente a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y accidentes de tráfico por carretera. Por la falta de indicación del año de referencia en la documentación oficial, los autores utilizaron 2005 como año de referencia a fin de permitir las comparaciones con las metas de los ODS oficiales. Los datos relativos al porcentaje de mujeres en edad de procrear (15-49 años) que usan métodos modernos de control de la natalidad proceden de los años 2004 y 2008. Los últimos datos de la tasa de mortalidad atribuida a la intoxicación no intencional son de 2012.

No hay datos disponibles que midan los resultados nacionales en los siguientes indicadores oficiales ODS: 3.5 (*Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol*) y 3.8 (*Lograr la cobertura universal de salud, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos*). Como alternativa, los autores utilizaron indicadores similares para medir el progreso en estos indicadores de ODS; en concreto: la *tasa de mortalidad atribuida al consumo de alcohol y drogas* (Global Burden of Disease Study) y el *acceso a la atención sanitaria (enfermos y heridos que recibieron atención sanitaria especializada)* (Encuesta Permanente de Hogares de Paraguay).

Fuente: Autores con base en datos oficiales nacionales si existen y, en otro caso, en datos internacionales; República de Paraguay (2014); *Indicadores de ODS*, <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database> (Naciones Unidas, 2018); *Indicadores de desarrollo mundial*, <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=world-development-indicators>, (Banco Mundial, 2018); *Global Burden of Disease Study* (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2016); *Observatorio Mundial de la Salud* (base de datos) (OMS, 2018b) y DGEEC (2017).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933821817>

Gráfico 3.2. Transición epidemiológica en Paraguay y Perú, 1990-2016

Fuente: *Global Burden of Disease Study* (base de datos) (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2016).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933821836>

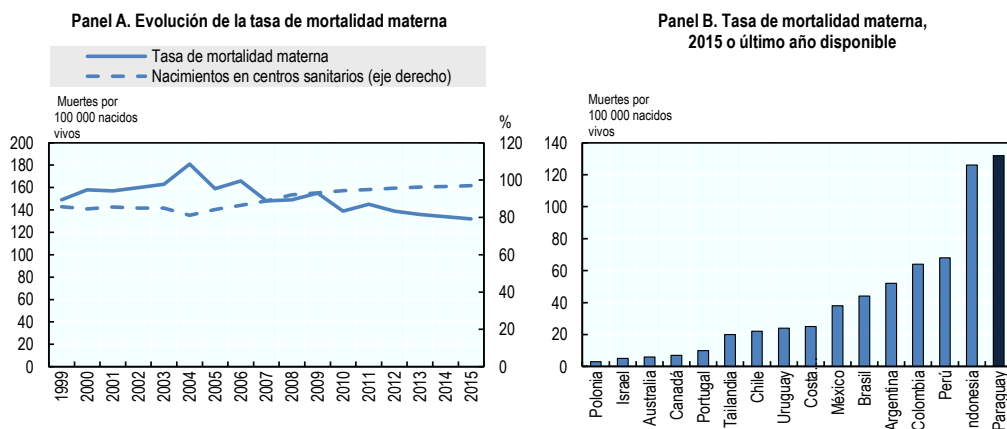
La agenda pendiente de enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales

Aunque las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales (TMNN) tienden a disminuir con el desarrollo económico y social, en Paraguay los índices de prevalencia y de muertes asociadas son todavía elevados. En la actualidad, las TMNN ocasionan en torno a un 11% de las muertes totales cada año. Las tasas de mortalidad se han reducido un 37.6% en las dos últimas décadas, cayendo de 97.8 a 58.7 muertes por 100 000 personas entre 1996 y 2006. La región de América Latina y el Caribe experimentó una disminución más rápida (46.6%) en el mismo período, con una caída de 125.4 a 66.9 muertes por 100 000 personas. Pese a los avances relativamente lentos, las tasas de mortalidad por TMNN son menores que en algunos países vecinos, como Ecuador (63.6), Uruguay (68.9) y Brasil (69.21), pero mayores que en Panamá (57.4), Chile (44.8) y Costa Rica (23.4). Entre las principales causas de muerte, la neumonía explica 20.5 fallecimientos por cada 100 000 personas (3.8% de fallecimientos totales) y los trastornos neonatales son responsables de 15.1 muertes por cada 100 000 personas (2.8% de los fallecimientos totales). Por detrás de estas dos principales causas de muerte se sitúan el VIH/SIDA, la tuberculosis, las deficiencias nutricionales y las enfermedades diarreicas (6.6, 4.8 y 3 muertes por cada 100 000 personas respectivamente).


Un elevado porcentaje de mujeres paraguayas sigue falleciendo por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Las estimaciones apuntan a que la tasa de mortalidad materna cayó de 158 a 132 muertes por 100 000 nacidos vivos entre 2000 y 2015 (Gráfico 3.3 Panel A). En comparación con los países de referencia, Paraguay registra la mayor tasa de mortalidad materna (Gráfico 3.3 Panel B). Las principales causas fueron preeclampsia, hemorragia y complicaciones de abortos. Un mayor acceso a una atención sanitaria de alta calidad durante el embarazo y el parto puede prevenir muchas de estas defunciones maternas y mejorar el embarazo y parto, especialmente en las adolescentes. En 2015, un 77.4% de las embarazadas pasaba al menos cuatro controles médicos prenatales y un 97% de los partos tenía lugar en un centro de salud (OPS, 2017). El reciente aumento del número de partos atendidos por personal sanitario especializado ha tenido un impacto positivo en el descenso de las tasas de mortalidad materna. En diez años, el número de partos atendidos

por personal sanitario especializado ha aumentado de un 87% a un 95% en 2015. Asimismo, por cada 1 000 mujeres de entre 15 y 19 años, 56.6 madres adolescentes dieron a luz en 2017. Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de padecer eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las madres adultas. Asimismo, los bebés de madres adolescentes están expuestos a mayores riesgos (p. ej., bajo peso al nacer, parto prematuro y afecciones neonatales graves) que los que nacen de madres adultas (Ganchimeg, 2014).

Gráfico 3.3. Tasa de mortalidad materna 2015



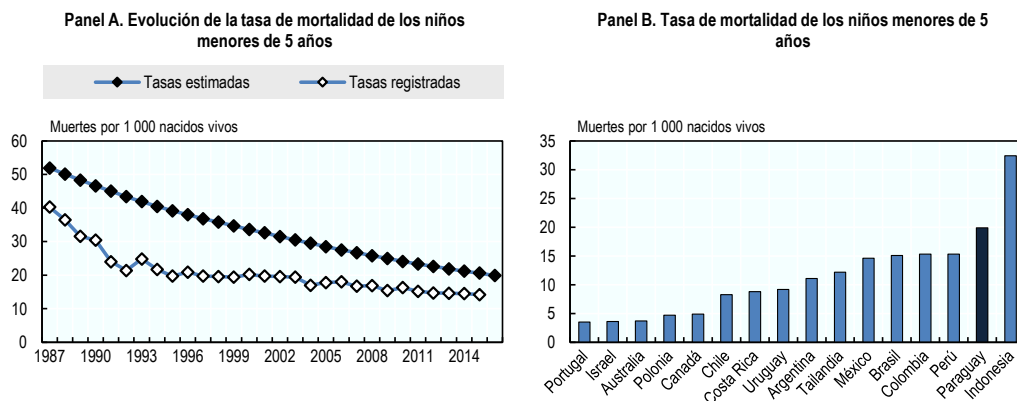
Fuente: Panel A: Banco Mundial (2018), Indicadores de desarrollo mundial (OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas). Tendencias de la mortalidad materna 1990 a 2015: OMS (2015). Nacimientos en centros de salud: OPS/OMS/MSPBS (varios años). Panel B: *Indicadores de desarrollo mundial* (base de datos) (Banco Mundial, 2018).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821855>

La mortalidad neonatal, infantil y en la niñez presenta una estrecha relación con la falta de un tratamiento de calidad y cualificado de las enfermedades comunes. En 2015, la mortalidad registrada en niños de menos de 1 año y de menos de 5 años fue de 14.2 y 16.4 muertes por 1 000 nacidos vivos respectivamente (MSPBS, 2016). Comparado con los países de referencia y sobre la base de estimaciones comparables internacionalmente, Paraguay aún registra tasas de mortalidad infantil elevadas, considerablemente peores que las de los países de la OCDE (Gráfico 3.4 Panel B). Las principales causas de muerte fueron la neumonía, la gripe y las enfermedades diarreicas. Por otra parte, en 2015 la mortalidad neonatal fue de 9.7 defunciones por 1 000 nacidos vivos; las causas principales fueron las complicaciones por nacimiento prematuro, encefalopatía por lesiones en el parto, neumonía, infecciones y enfermedades de transmisión sexual. La atención sanitaria especializada en el embarazo, parto y posparto previene complicaciones para la madre y el recién nacido, pudiendo detectarse los problemas en sus primeras fases y recibir el oportuno tratamiento.

Gráfico 3.4. Tasas de mortalidad infantil

Por 1 000 nacidos vivos



Fuente: Panel A: Los índices registrados proceden de los Indicadores básicos de salud. Los índices estimados proceden del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil [UNICEF, OMS, Banco Mundial, División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las NN.UU.]. Panel B: *Indicadores del desarrollo mundial* (Banco Mundial, 2018). Estimaciones formuladas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil [UNICEF, OMS, Banco Mundial, División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las NN.UU.].

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821874>

Las carencias nutricionales son especialmente altas entre los niños. Una mejor nutrición favorece la salud infantil y materna, refuerza el sistema inmunitario, propicia un embarazo y un parto más seguros, reduce el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles (como la diabetes y enfermedades cardiovasculares) y amplía la longevidad (OMS, 2017). La prevalencia general de las carencias nutricionales en Paraguay fue de 20.1 casos por 100 000 personas en 2016; entre los niños menores de 5 años ascendió a 37.8 casos por 100 000 personas, de ellos 33.5 debidos a anemia ferropénica y 4.2 a carencias de vitamina A. Las carencias nutricionales causaron un 3.1% de los fallecimientos totales de niños menores de 5 años en 2016, en la mayoría de los casos debido a malnutrición por carencias energéticas y proteínicas (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2016).

Las enfermedades infecciosas afectan principalmente a personas en situación de vulnerabilidad social y económica, entre ellas los niños y la población indígena. La neumonía y las enfermedades diarreicas todavía son una de las causas más comunes de muerte en Paraguay. La neumonía fue la séptima causa de muerte en 2016, con un 3.8% de los fallecimientos totales en todas las edades, ascendiendo entre niños menores de 5 años al 7.4% de las defunciones totales. En 2016, la prevalencia de la tuberculosis fue de 21 casos por 100 000 personas, con una tasa de mortalidad de 3.8 fallecimientos por 100 000 personas. Las poblaciones más vulnerables a la tuberculosis son las comunidades indígenas, los presos y las personas infectadas con el VIH. Se estima que 17 564 personas estaban infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana en 2015; más de la mitad tenían entre 20 y 34 años.

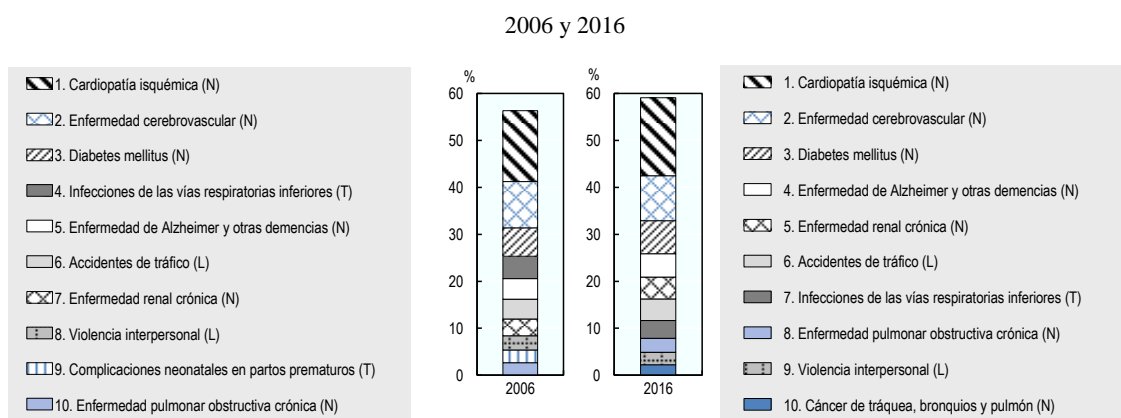
Aunque el alcance de la inmunización se ha ampliado y la prevalencia de las enfermedades infecciosas es menor, Paraguay no ha logrado todavía la inmunización universal. Se realizó una fuerte inversión para reforzar el programa de vacunación entre 2009 y 2010, incrementando en un 56% el presupuesto del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

a lo largo de un período de dos años. Los nuevos fondos hicieron posible garantizar recursos operativos e introducir en el calendario de vacunación nacional nuevas vacunas de prevención del rotavirus, la varicela, gripe, hepatitis A, tosferina, infecciones neumocócicas y el virus del papiloma humano (entre otros). El país ha progresado en los últimos años en la erradicación de la malaria, el sarampión, el síndrome de la rubéola congénita y otras enfermedades transmisibles. La cobertura de la vacunación alcanzó en 2016 un 80% en el caso de la vacuna pentavalente (DPT-3) y un 91% en el caso de la vacuna del sarampión, la parotiditis y la rubéola. Sin embargo, en Paraguay la cobertura de la inmunización es, en comparación con el Cono Sur, 10 puntos porcentuales inferior en el caso de la vacuna BCG, 8 puntos porcentuales inferior en el caso de la vacuna del virus de la poliomielitis y 11 puntos porcentuales inferior en el caso de la vacuna DTP3 (OMS, 2017).

La carga de enfermedades no transmisibles está creciendo aceleradamente


La incidencia simultánea de enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales se agrava por la creciente presencia de enfermedades no transmisibles (ENT). La reciente transición epidemiológica de Paraguay ha ocasionado un aumento drástico de las enfermedades no transmisibles. Son la principal causa de muerte en el país y, sorprendentemente, han estado aumentando en las últimas décadas, pasando del 65.2% de los fallecimientos totales en 1996 al 77.5% en 2016. Las dolencias más habituales son las enfermedades cardiovasculares (31.1% del total de fallecimientos); neoplasias (tumores) (17.5% del total de fallecimientos); diabetes, enfermedades urogenitales, hematológicas y endocrinas (13% del total de fallecimientos), y trastornos neurológicos (5.6% del total de fallecimientos). De entre las 10 principales causas de muerte en 2016, siete estaban relacionadas con enfermedades no transmisibles (Gráfico 3.5). Para avanzar hacia los ODS, Paraguay debe intentar reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en 2030, mediante la prevención y el tratamiento, así como a través de la promoción del bienestar y la salud mental.

Gráfico 3.5. Diez principales causas de muerte



Nota: Se presentan por orden de importancia como causas de muerte en 2006 (izquierda) y 2016 (derecha). Las letras entre paréntesis indican si la causa de muerte está clasificada como enfermedad transmisible (T), no transmisible (N) o lesión externa (L).

Fuente: Global Burden of Disease Study (*base de datos*) (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2016).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821893>

La diabetes y las enfermedades renales crónicas tienen mayor mortalidad en Paraguay. La diabetes mellitus es la más común en este grupo de enfermedades, con una prevalencia de 5 011 casos por 100 000 personas y 38 muertes por 100 000 personas; en torno al 0.76% de los pacientes diabéticos de Paraguay muere por esta enfermedad. Si bien en la región de América Latina y el Caribe la prevalencia media de la diabetes es mayor (5 214.4 casos por 100 000 personas), las tasas de mortalidad son menores que las de Paraguay (31.4 muertes por 100 000 personas). Siendo así, un paciente de diabetes tiene más probabilidades de morir en Paraguay que en la media de los países de ALC. Del mismo modo, mientras que en Paraguay aproximadamente el 0.94% de los pacientes de enfermedades renales crónicas acaba falleciendo por esta causa, en la región de América Latina y el Caribe la tasa media de mortalidad es del 0.64% (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2016).

Cuadro 3.1. Comparación de las 10 principales causas de muerte prematura en el país en 2016

Tasas de mortalidad prematura normalizadas por edad
(medida en años de vida perdidos o YLL por sus siglas en inglés) por 100 000 personas

	Cardiopatía isquémica	Enfermedades cerebrovasculares	Accidentes de tráfico	Diabetes mellitus	Enfermedad renal crónica	Violencia interpersonal	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	Complicaciones por nacimiento prematuro	Defectos congénitos	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias
Paraguay	2 255	1 400	1 177	1 038	745	696	695	694	681	459
Media de los países de referencia	1 432	768	610	410	375	401	542	332	425	337
Argentina	1 802	786	646	362	374	300	936	503	541	251
Australia	905	351	289	159	118	62	129	109	194	286
Brasil	1 811	1 068	1 049	564	363	1 446	862	487	653	520
Canadá	1 084	335	336	193	117	79	174	203	255	258
Chile	938	699	497	250	290	213	311	303	511	252
Colombia	1 560	539	629	308	360	1 677	453	500	571	365
Costa Rica	1 186	353	620	149	463	372	228	416	619	362
Indonesia	3 299	2 556	742	1 118	479	89	784	837	505	463
Israel	858	348	309	338	292	108	223	94	212	347
México	1 604	547	742	1 272	1 313	791	559	442	666	380
Perú	944	459	581	298	411	163	1 427	356	473	259
Polonia	2 333	876	448	194	128	71	312	232	285	269
Portugal	856	741	378	231	163	61	351	77	167	351
Tailandia	1 050	919	1.195	441	524	324	872	171	229	429
Uruguay	1 243	941	691	270	231	259	503	248	486	257

Nota: Los años de vida perdida (YLL por sus siglas en inglés) son los años de vida perdidos por mortalidad prematura. La normalización por edad es una técnica estadística, utilizada para comparar poblaciones con estructuras de edad distintas, por la que las características de las poblaciones se transforman estadísticamente para ajustarse a las de una población de referencia.

Fuente: Global Burden of Disease Study (*base de datos*) (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2016).

Entre las principales causas de muerte prematura, la mitad corresponden a enfermedades no transmisibles. Las tasas de muerte prematura son más altas en Paraguay que en la mayoría de los países de referencia. Tras ajustar para las diferentes estructuras de edad, en Paraguay se pierden 1 038 años de vida (YLL) por diabetes por 100 000 personas, mientras que en los países de referencia se perdieron unos 410 años de vida, de media, por la misma

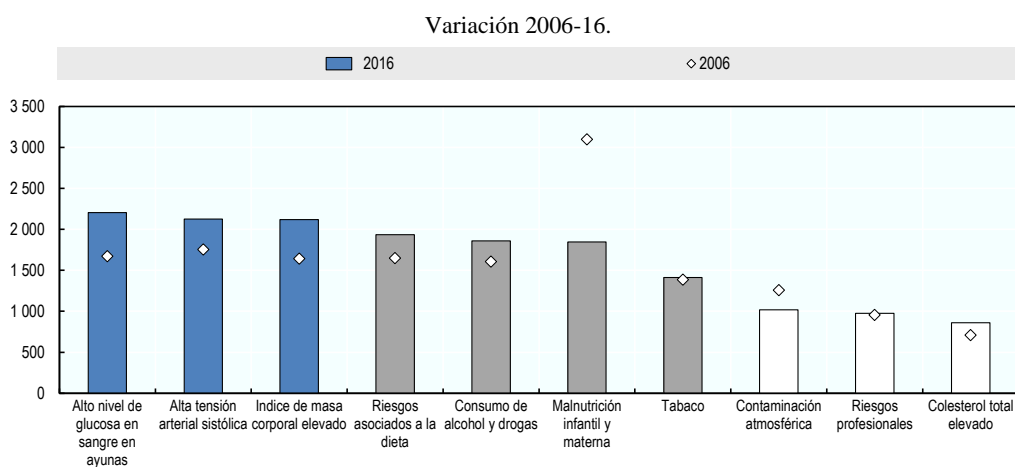
causa (Cuadro 3.1). De forma similar, las tasas de mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares y renales crónicas casi duplican la media de los países de referencia. En cuanto a las causas externas, las lesiones por accidentes de tráfico y la violencia interpersonal producen unas tasas de mortalidad prematura muy elevadas en comparación con otros países. Por último, entre las principales enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales, las causas más frecuentes de muerte prematura son en Paraguay la neumonía (infecciones de las vías respiratorias inferiores), complicaciones por nacimiento prematuro y defectos congénitos.

Los factores de riesgo van en aumento, en parte debido a los determinantes sociales de la salud

Las enfermedades no transmisibles están estrechamente vinculadas a factores de riesgo relacionados con el estilo de vida. La mayoría de estas enfermedades son prevenibles con carácter general mediante intervenciones en los factores de riesgo fundamentales relacionados con los estilos de vida y hábitos de las personas. Dichas intervenciones no sólo pueden reducir la morbilidad, sino también los altos costos socio-económicos para las personas y el sistema de salud. En 2011 el Ministerio de Salud llevó a cabo la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles. Se analizaron los principales factores de riesgo del país, como el consumo de tabaco y alcohol, hábitos de alimentación, actividad física, sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial y altos niveles de colesterol y glucosa en sangre, entre otros.


Los riesgos metabólicos y de comportamiento se sitúan en primer lugar entre las causas de discapacidad y muerte en Paraguay. En particular, los riesgos asociados a un elevado nivel de glucosa en sangre en ayunas, la hipertensión arterial, un índice de masa corporal elevado, riesgos asociados a la dieta y carencias nutricionales están entre los 10 principales factores causantes de defunciones prematuras. La mayoría de muertes asociadas a estos riesgos podrían prevenirse animando a la población a adoptar mejores hábitos (Gráfico 3.6).

Gráfico 3.6. Principales 10 riesgos con incidencia en los años de vida ajustados por discapacidad en 2016



Nota: Las barras azules, grises y blancas indican riesgos metabólicos, de comportamiento, y ambientales y profesionales, respectivamente.

Fuente: Global Burden of Disease Study (*base de datos*) (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2016).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821912>

En Paraguay, los riesgos metabólicos y de comportamiento son los principales responsables de las enfermedades no transmisibles. Entre los riesgos metabólicos, los factores que más contribuyen son el alto nivel de glucosa en sangre en ayunas, la tensión sanguínea alta y un índice elevado de masa corporal. En 2016, estos factores de riesgo estuvieron relacionados con el 20.17%, el 17.16% y el 13.03% de las defunciones totales respectivamente. Del mismo modo, entre los riesgos asociados al comportamiento, los más nocivos son los relacionados con la dieta, las carencias nutricionales y el consumo de alcohol, drogas y tabaco. En 2014, más de la mitad de los hombres adultos (51.5%) y de las mujeres adultas (51.3%) tenían sobrepeso u obesidad, y un 24.6% de los adultos no hacía suficiente ejercicio físico en 2010. En contraste, en el mundo un 39% de los adultos de más de 18 años tenían sobrepeso y el 13% eran obesos en 2016 (OMS). Por otra parte, el 28.3% de los hombres adultos y el 7.9% de las mujeres adultas de Paraguay fumaban tabaco en 2015.

Los riesgos medioambientales y profesionales contribuyen significativamente a la prevalencia de las enfermedades no transmisibles. La contaminación atmosférica y los riesgos profesionales son algunos de los principales riesgos que contribuyen a una mayor incidencia de esas afecciones. La deforestación de Paraguay prosigue, con graves repercusiones para la regulación del clima (Da Ponte et al., 2017). La rápida expansión de los terrenos agrícolas y la deforestación ocasionaron la pérdida de aproximadamente un 90% de la superficie forestal original¹ entre 1945 y 2007, en la zona este del país, donde se encuentra el bosque atlántico (Fleytas, 2007). En 2016, más de 3 000 muertes estuvieron relacionadas con la contaminación atmosférica, lo que representa alrededor del 8.47% del total de fallecimientos del país. Por otra parte, los paraguayos están muy expuestos al impacto de grandes catástrofes naturales y a las consecuencias de la degradación medioambiental. Las peores catástrofes naturales se han debido a inundaciones y sequías, sobre todo como consecuencia de El Niño, en algunas zonas del Chaco paraguayo.

El acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva tiene un efecto positivo transversal en la salud. Estos servicios incluyen la planificación, información y educación familiar, así como la integración de la salud reproductiva en los programas y estrategias nacionales. En torno al 15% de las mujeres que no desean quedar embarazadas no utilizan anticonceptivos. Asimismo, sólo el 68% de las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) utiliza métodos modernos para cubrir sus necesidades de planificación familiar. En 2016, unas 588 muertes estuvieron relacionadas con relaciones sexuales no seguras (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2016).

La pobreza limita el acceso a servicios básicos como redes de saneamiento, recogida de basuras, servicios médicos y educación. En 2015, el 98% de las familias de Paraguay tenía acceso a agua potable, pero sólo el 12.3% lo tenía a red de alcantarillado. Además, un 42.8% de los hogares disponía de fosa séptica y pozo de drenaje; un 26.7%, de letrina con arrastre hidráulico y, un 18%, de otro sistema de letrina. En 2016, casi 200 muertes estuvieron relacionadas con agua insalubre, falta de saneamiento y de lavado de manos. Cerca del 52% de los hogares disponen de servicios de recogida de residuos, un 76% en zonas urbanas y 16.3% en zonas rurales, mientras que el 15% de los municipios urbanos cuenta con un vertedero autorizado (OPS, 2017).

Una primera manera fundamental de alcanzar una cobertura universal de salud sostenible es aumentar la inversión en promoción de la salud y prevención de enfermedades. La inversión en salud pública puede mejorar los resultados de salud con un costo relativamente bajo (OCDE, 2016d). En el ámbito de la atención primaria en salud, la promoción de la salud es decisiva para mejorar los resultados de la prevención y control de enfermedades crónicas y transmisibles, así como para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible

relativos a la salud, en especial entre los grupos pobres y marginados (OMS, 2017). En Paraguay, las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades las realizan principalmente los agentes comunitarios de las unidades de salud de la familia (USF). El país contaba con 801 unidades de este tipo en 2017, pero aún quedan considerables necesidades sin cubrir. Entre 2014 y 2016, sólo se incorporaron al sistema 46 nuevas USF (MSPBS, 2017a), cuando las estimaciones de las necesidades indican que se precisarían 1 400 USF (Ríos, 2014). Esto pone de manifiesto la necesidad de prestar más atención y asignar más recursos a reforzar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

La prevención de los factores de riesgo estratégicos constituye una inversión difícil pero útil, siendo con frecuencia más eficiente en costos que tratar el deterioro de salud de las personas. Paraguay necesita invertir más en campañas y programas de salud que aborden con eficacia los factores de riesgo más perjudiciales. Para ello, el país debe reforzar la capacidad de sus mecanismos de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Algunas acciones clave son disuadir del consumo de tabaco y sustancias nocivas (incluido el alcohol), fomentar la actividad física y una dieta más saludable, y mejorar el suministro de agua potable y la provisión de servicios de saneamiento. Existen, además, fuertes incentivos económicos para abordar los factores de riesgo asociados a enfermedades mentales, entornos nocivos y accidentes de tráfico (OCDE, 2016d).

Entre las medidas preventivas, un paquete de medidas fiscales y regulatorias, y la intervención en atención primaria, pueden reducir la incidencia total de las enfermedades asociadas al consumo nocivo de alcohol. Estas estrategias producirían unos ahorros anuales en gasto sanitario de entre 4 y 8 USD en PPA por persona (OCDE, 2015). Entre las políticas efectivas contra el consumo nocivo de alcohol cabe citar las leyes que establecen un precio mínimo, la fiscalidad, las restricciones publicitarias (en particular la regulación del etiquetado de bebidas alcohólicas), las leyes que prohíben conducir bajo la influencia de bebidas alcohólicas, las normas reguladoras del acceso al alcohol (edad mínima, regulación de puntos de venta), los tratamientos farmacológicos y psicosociales de la dependencia alcohólica, políticas educativas sobre los riesgos del consumo nocivo de alcohol, y las colaboraciones público-privadas para disuadir de las prácticas perjudiciales de consumo de alcohol.

Recuadro 3.1. Atención sanitaria preventiva: el caso de México

Entre los países de la OCDE, México está a la vanguardia en cuanto a promoción de la salud y actividades de salud pública. Su enorme gama de campañas de salud pública, restricciones publicitarias y etiquetado de alimentos, y cambios en los programas de nutrición escolar, carece de parangón y constituye un modelo para otros países de la OCDE. De hecho, México suele ponerse de ejemplo por su enfoque ambicioso e integral para abordar la diabetes, hipertensión arterial y otras enfermedades crónicas mediante políticas públicas y programas de salud pública. Todas las iniciativas han captado el interés internacional, entre ellas el Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria, el Consejo Nacional para las Enfermedades Crónicas, la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (incluida su campaña más conocida: Chécate, Mídete, Muévete), así como las reformas constitucionales que prohíben la alimentación no saludable en las escuelas, y otras normas y reglamentos, un etiquetado claro de los alimentos y, muy recientemente, restricciones a la publicidad de alimentos no saludables durante el horario normal infantil de televisión y cine.

Fuente: Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México (OCDE, 2016c).

Las lesiones externas producen tasas de mortalidad inusualmente altas

Las lesiones por accidentes de tráfico imponen al país una gran carga social y económica. Paraguay registra la segunda tasa más alta de muertes por accidentes de tráfico de América. Los accidentes de tráfico, que en 2005 eran la tercera causa de muerte prematura, pasaron a ser la segunda en 2016, con un incremento de 5.8 defunciones por 100 000 habitantes en ese período. En 2016 se produjeron en Paraguay 24.6 muertes por 100 000 habitantes a causa de lesiones en accidentes de tráfico, cuando en países de la región como Perú y Chile fueron 13 y 12.7 por 100 000 personas, respectivamente. Más de la mitad de las muertes por accidentes de tráfico se produjeron en accidentes de motocicleta (53.6%) y, en segundo lugar, de automóvil (24.2%), (MSPBS, 2018).

Aunque la incidencia de las lesiones por accidentes de tráfico se sitúa en el promedio de la región, Paraguay sufre una tasa de mortalidad más alta por esta causa. En concreto, la incidencia de las lesiones por accidentes de tráfico se situó en 2016 en 1 813 casos por 100 000 personas, produciendo 24.6 defunciones por 100 000 personas. En la región de América Latina y el Caribe, la incidencia fue similar, con 1 825 casos por 100 000 personas, pero las lesiones por accidentes de tráfico sólo ocasionaron 19.08 defunciones por 100 000 personas. De esto se infiere que, aunque la prevalencia de las lesiones por accidentes de tráfico es similar, las probabilidades de morir por esta causa son mayores en Paraguay que en un país medio de ALC.

La violencia interpersonal causa asimismo un gran número de víctimas. Es la novena causa de muerte en Paraguay. En 2016, la violencia interpersonal produjo 14.11 muertes por 100 000 personas en el país, cifra que supera en 8.63 muertes por 100 000 personas la media de los países vecinos, a saber, Argentina, Chile y Uruguay (5.48). La violencia de género, y en particular la violencia doméstica, continúan siendo un problema en el país. En 2014 la pareja de la víctima cometió un 4.12% de los homicidios dolosos de hombres, frente al 46.37% de los homicidios dolosos de mujeres (ONU Mujeres/Ministerio de la Mujer, 2016; Ministerio del Interior, 2015).

El sistema nacional de salud está segmentado y adolece de una débil capacidad rectora

La legislación paraguaya establece el derecho a la salud. La Constitución de Paraguay de 1992 consagra el derecho a la salud. Dispone que “*nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas*” (artículo 68) y prevé establecer un sistema nacional de salud (artículo 69). Esta norma constitucional surte efectos reales, solicitándose y obteniéndose con frecuencia resoluciones judiciales que obligan a las entidades prestadoras de servicios de salud a dispensar tratamiento. La Política Nacional de Salud (MSPBS, 2015) establece como objetivo “*avanzar hacia el acceso universal a la salud y lograr la cobertura universal de la salud al mayor nivel posible para reducir las desigualdades en la salud y mejorar la calidad de vida de la población en el marco de un desarrollo humano sostenible*”.

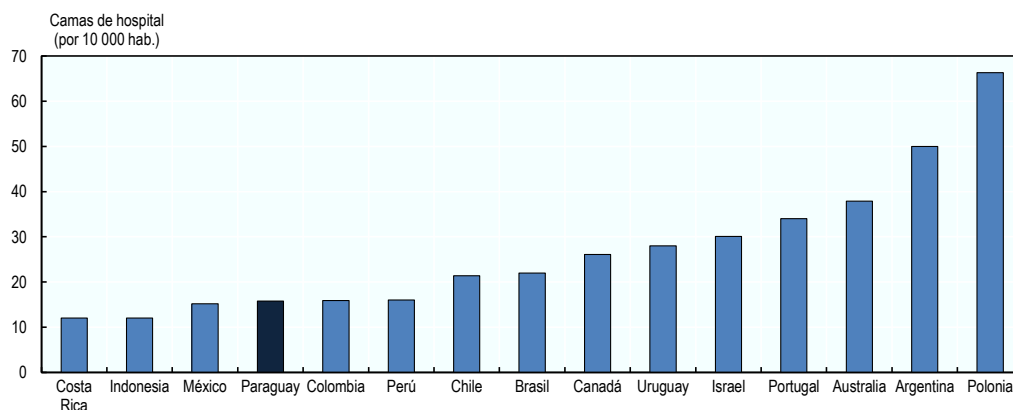
El sistema de salud consta del subsistema público, el subsistema de seguridad social y el subsistema privado. Los tres subsistemas están en gran medida integrados verticalmente, es decir, recaudan ingresos, mancomunan fondos y prestan servicios de forma independiente. El subsistema público está integrado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), los regímenes profesionales de las Fuerzas Armadas y la Policía, el Hospital de Clínicas (hospital universitario de la Universidad Nacional de Asunción, UNA) y los servicios de salud prestados por los gobiernos locales, si bien el MSPBS abarca un porcentaje de la población mucho mayor que las demás entidades. Cada uno de estos segmentos del subsistema público es independiente en gran medida de los demás. El sistema de seguridad social incluye el seguro de salud y las prestaciones del Instituto de Previsión Social (IPS). El IPS es una institución pública, pero su gobernanza, financiación y cobertura son diferentes de los del subsistema público, razón por la que se considera un subsistema independiente. El subsistema privado lo integran proveedores privados de salud, aseguradoras privadas y compañías privadas de medicina pre-pagada, la mayoría de las cuales prestan servicio en sus propios centros. Los diversos subsistemas cubren a distintos grupos de población, fundamentalmente sobre la base de su régimen laboral y capacidad de pago. El conjunto de servicios que ofrecen no es el mismo y cada segmento de población recibe diferentes prestaciones y niveles de calidad.

La prestación de servicios de salud ha mejorado en los últimos años, gracias al aumento del gasto público sanitario. Los gobiernos anteriores hicieron un gran esfuerzo por incrementar progresivamente el presupuesto público asignado a la sanidad, pasando los fondos destinados a los programas del gobierno (excluida la seguridad social) del 1% al 2.7% del PIB entre 2002 y 2015 (OMS, 2018a). Se han invertido recursos adicionales principalmente en recursos humanos, equipos e infraestructuras de hospitales. El plan básico de vacunación incorporó nuevas vacunas y se pusieron en marcha varios programas para mejorar la salud materna y neonatal, los resultados nutricionales y las terapias intensivas (Giménez Caballero, 2013).

Los recursos sanitarios no alcanzan para atender las necesidades de la población. Pese al incremento del gasto público en salud, la oferta de ciertos recursos sanitarios esenciales sigue siendo relativamente limitada, como por ejemplo las camas hospitalarias en el subsistema público. En 2002 el MSPBS tenía 0.8 camas de hospital por cada 1 000 personas; en 2015 la cifra no había mejorado (MSPBS, 2016). Actualmente, el subsistema público del país dispone de 5 569 camas de hospital en establecimientos del MSPBS, 822 en el hospital universitario de la UNA y 284 en los hospitales del ejército y la policía, mientras que el IPS y el subsistema privado suman 2 076 y 1 914 camas respectivamente. El total nacional equivale a 1.58 camas de hospital por 1 000 habitantes.

Esta cifra es inferior a la media regional de dos camas de hospital por 1 000 habitantes (Casalí, Cetrángolo y Goldschmit, 2017).

Gráfico 3.7. Densidad de camas de hospital, 2015 o últimos datos disponibles

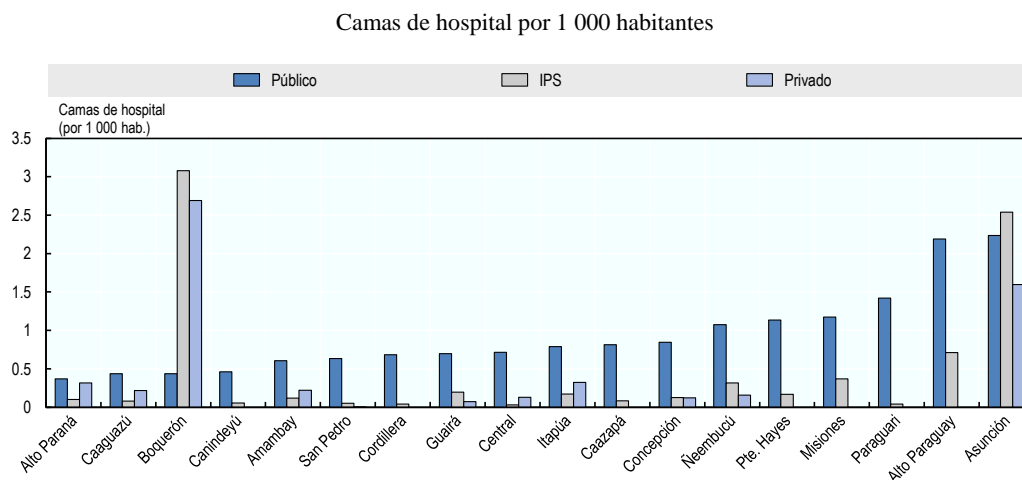


Nota: Los datos se refieren a 2016 para Paraguay, y a 2014 para Argentina, Australia, Brasil, Colombia, Perú y Uruguay.

Fuente: Los datos de Paraguay se calculan sobre información de OPS/OMS/MSPBS (2017), DGEEC (2015) e información facilitada por la Superintendencia de Salud. Los datos de Brasil, Costa Rica, Perú, Uruguay y Argentina proceden del Observatorio Mundial de la Salud (*base de datos*) (OMS, 2018b). Los datos de Colombia, México, Chile, Canadá, Israel, Portugal, Australia y Polonia proceden de Estadísticas Sanitarias de la OCDE de 2017 (*base de datos*).


StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821931>

Existen asimetrías significativas entre regiones en la gama de servicios de que se dispone para atender las necesidades de salud de la población. Si en Asunción había 2.1 camas de hospital por 1 000 personas en 2015, en regiones como Alto Paraná o Canindeyú la cifra era sólo 0.3 camas. Aproximadamente un 43.8% del total de camas de hospital del subsistema privado se halla en Asunción, un 13.58% en la región Central, un 12.9% en Alto Paraná y un 8.6% en Boquerón (Gráfico 3.8).

Gráfico 3.8. Camas de hospital disponibles en 2016, por regiones

Nota: El subsistema público sólo incluye las camas de hospital del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Los subsistemas pueden celebrar acuerdos para utilizar camas de otro subsistema en ciertas regiones; por tanto, algunas de las camas pueden haberse computado más de una vez. En particular, el IPS no dispone de camas propias en la región de Boquerón, pero tiene acuerdos con los subsistemas público y privado para utilizar sus camas de hospital.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2017).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821950>

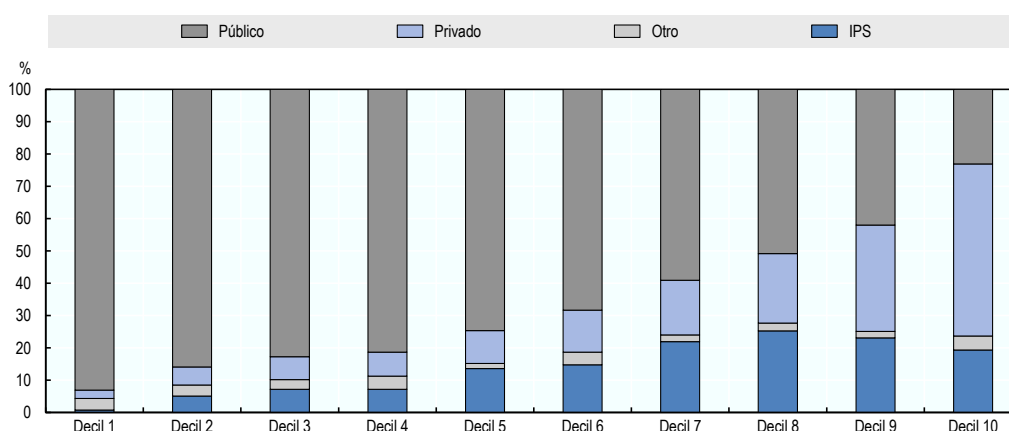
El sistema de salud está segmentado y descoordinado

El sistema de seguridad social proporciona seguro de salud a algo menos del 20% de la población.² El Instituto de Previsión Social (IPS) es una entidad pública, aunque financieramente autónoma, que cubre a los trabajadores de la economía formal y a las personas a su cargo. El IPS se financia mediante las cotizaciones del trabajador y del empresario. Ofrece atención médica, así como servicios de recuperación y rehabilitación (Casalí, Cetrángolo y Goldschmit, 2017). Asimismo, suministra medicamentos y prótesis a sus beneficiarios y abona las prestaciones de seguridad social relacionadas con la salud (p. ej. por bajas laborales y accidentes). El IPS cubre también a la mayoría de sus cotizantes por los riesgos de vejez y discapacidad. Al responder a la principal encuesta nacional de hogares, un 18.46% de la población afirma recurrir al IPS como proveedor fundamental de servicios de salud (DGEEC, 2017). El IPS soporta cierta incertidumbre sobre la cobertura real que ofrece, ya que las personas a cargo no se afilian de forma sistemática sino que lo hacen únicamente al solicitar servicios. No obstante, en la práctica sólo un 13% de la población aproximadamente recurre a la atención médica prestada por el IPS³ (Gráfico 3.9).

El subsector privado ofrece seguro de salud a las familias más acomodadas, pero la clase media también recurre a los servicios privados. En el subsector privado existen compañías de seguros médicos y entidades prestadoras de servicios de salud que ofrecen principalmente servicios de recuperación y rehabilitación (Casalí, Cetrángolo y Goldschmit, 2017). El subsistema privado está integrado por entidades con ánimo de lucro y entidades sin ánimo de lucro. Entre estas últimas está la Cruz Roja, que recibe apoyo financiero del Ministerio de Salud, así como las cooperativas que gestionan hospitales en la región del Chaco y en el Departamento de San Pedro. Entre las entidades con ánimo de lucro cabe citar compañías de seguros médicos de prepago, clínicas, institutos y

laboratorios privados que ofertan servicios de salud y profesionales independientes. Las entidades con ánimo de lucro comprenden más de 150 instituciones que prestan servicios de salud (centros médicos, sanatorios, hospitales) y más de 70 unidades de atención médica de compañías de medicina prepagada (Oficina Comercial de Chile en Paraguay – ProChile, 2017; Superintendencia de Salud, 2017). En torno al 6.1% de la población está protegida por un seguro de salud privado. En el subsector privado, los beneficiarios son fundamentalmente trabajadores del sector formal e informal que pagan un seguro de salud, en particular los empleados del Estado, que no pueden estar cubiertos por el IPS. En la práctica, aproximadamente el 15% de la población recurre a la atención médica privada. Aunque las personas con más recursos tienen más probabilidades de utilizar la atención médica privada, el subsistema privado cuenta con usuarios de todo tipo de niveles de ingresos (Gráfico 3.9).

Gráfico 3.9. Última entidad prestadora de servicios de salud por deciles



Nota: Las entidades prestadoras de servicios se basan en la entidad declarada que trató la enfermedad o lesión en los últimos 90 días.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares de Paraguay de 2016 (DGEEC, 2017).

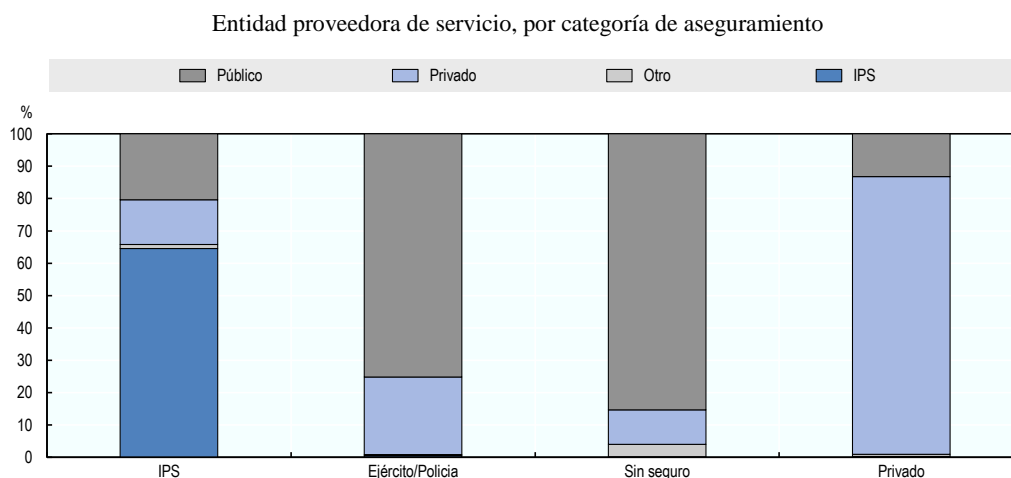
StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933821969>

El subsistema público es la mayor entidad prestadora de servicios de salud del país. El subsistema público se ocupa de dos segmentos diferentes de población. En primer lugar, los hospitales y unidades proveedoras de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y de la Universidad Nacional de Asunción se ocupan de atender a la población en general, a las personas sin hogar, a ciertos trabajadores de la economía informal, a los desempleados y a las personas a su cargo. En segundo lugar, los hospitales de las Fuerzas de Seguridad del Estado (hospitales del ejército y la policía) atienden a los trabajadores del ejército y de la policía y a las personas a su cargo. En torno a un 74% de la población no está cubierta por ningún seguro de salud y, por tanto, depende por completo de los servicios prestados por el subsistema público. Las instituciones públicas de salud no sólo prestan servicios de recuperación y rehabilitación, sino que también realizan la mayor parte de las acciones encaminadas a la promoción y protección de la salud en el sistema sanitario (Casalí, Cetrángolo y Goldschmit, 2017). En la práctica, el 66.77% de la población recurre a la atención médica prestada por el subsistema público.

El subsistema público cubre también procedimientos y afecciones no cubiertos por otros subsistemas. En Paraguay todos los ciudadanos tienen derecho a atención médica. El

subsistema público debe prestar servicios sin ningún tipo de discriminación y conforme a los principios de equidad, calidad, eficiencia y participación social. Esto significa que el subsistema público debe prestar servicio a cualquier persona, incluidas las que estén cubiertas principalmente por otros subsistemas. Por este motivo, el subsector público soporta gastos residuales adicionales, ya que ofrece procedimientos médicos no cubiertos por el seguro privado, generalmente relacionados con dolencias preexistentes y congénitas, enfermedades psiquiátricas, accidentes e infecciones de transmisión sexual, entre otras afecciones excluidas de cobertura (Gráfico 3.10). En la práctica, el subsistema público también presta asistencia a las personas aseguradas por el IPS (Gráfico 3.10). Estas dos instituciones han celebrado acuerdos a nivel local para prestar conjuntamente asistencia en ciertas localidades.

Gráfico 3.10. Cobertura de seguro y última entidad prestadora de servicios de salud, 2016



Nota: La cobertura de seguro hace referencia al principal seguro que se posee, mientras que la entidad prestadora de servicios es la entidad a la que se acudió. Este gráfico ha sido elaborado sobre la base de las personas que han recibido atención sanitaria en los últimos 90 días.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares de Paraguay de 2016 (DGEEC, 2017).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933821988>

Una serie de reformas no lograron desencadenar una transformación sustancial del sistema de salud

La promulgación de la Ley 1032 de 1996 marcó un hito en la organización del sistema de salud de Paraguay. La Ley 1032 disponía que el sector sanitario se organizaría como un sistema nacional de salud y estableció la base jurídica para que una serie de instituciones rectoras garantizaran la prestación de los servicios de salud. Con arreglo a la Ley, los programas y estrategias de atención primaria de salud son la base para ampliar la cobertura. La Ley también prevé la descentralización como un principio fundamental y exige la implantación de un control de calidad total en todo el sistema.

Conforme a la ley, la gobernanza del sistema de salud recae en el Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud es un organismo consultivo y de coordinación, con representantes de todo el sector, responsable de promover el sistema nacional de salud, elaborar programas de salud, participar en la formulación de políticas en el ámbito de la salud y supervisar la aplicación de la política sanitaria. Cuenta con la ayuda de un Comité

Ejecutivo, más reducido, que tiene la responsabilidad de gestionar el sistema nacional de salud y su presupuesto. El Comité Ejecutivo cuenta con el apoyo de una Dirección Médica, responsable de la regulación de los servicios; un Fondo Nacional de Salud, encargado de desarrollar la política de financiación, y una Superintendencia de Salud que tiene a su cargo la acreditación, certificación y el control de calidad. La Ley 1032 también estableció las bases para crear consejos regionales y locales, tomando como modelo el consejo nacional, con objeto de asumir funciones sistémicas en el ámbito local.

Hasta la fecha, la puesta en práctica de la reforma ha sido parcial. El Consejo Nacional de Salud no ha celebrado sesiones ordinarias desde su creación. Los organismos técnicos y financieros de apoyo al Consejo Nacional no llegaron a crearse, ni tampoco se estableció en la práctica el Fondo Nacional de Salud (Giménez Caballero, 2013). La Ley por la que se crea el FONACIDE asigna un 10% de sus recursos al Fondo Nacional de Salud. Ahora bien, también redefine la finalidad del fondo y restringe mucho su ámbito respecto a la ley original, estableciendo un sistema de financiación de proyectos, mientras que la intención original fue crear un fondo de financiación central del sistema nacional de salud.⁴

La Ley 1032 y las ulteriores reformas han logrado una mayor descentralización del sistema de salud. En 2008 menos de un 10% de los municipios tenía consejos nacionales locales (Giménez Caballero, 2013). En virtud de una reforma de la Ley 1032, y de la legislación de gestión financiera realizada en 2006, se concedió a los consejos de salud regionales y locales la posibilidad de gestionar fondos para realizar sus funciones y se simplificaron los procedimientos de control financiero. Esta reforma, y la descentralización de una pequeña parte del presupuesto del Ministerio de Salud, que se distribuye a través de un “fondo de capital” entre las autoridades locales, incentivaron la creación de consejos de salud locales y regionales en la gran mayoría de los municipios y regiones. Según las autoridades del MSPBS, entre 260 municipios, a finales de 2017 existían 250 consejos de salud locales. Este proceso de descentralización ha abierto posibilidades a la participación social en el sistema de salud y a la coordinación en el ámbito local.

La aplicación plena de las reformas adoptadas a partir de 1996 requiere un amplio acuerdo sobre la visión de futuro del sector de salud en Paraguay. Aunque se ha avanzado en la creación de redes de salud integradas en determinados ámbitos, una serie de disposiciones clave de la reforma de 1996 y de reformas posteriores concitaron fuerte oposición. El hecho de que el sistema de salud paraguayo sea una combinación de modelos, con diferentes valores e intereses consolidados significativos, dificulta realizar una reforma sin un consenso nacional sobre la manera de avanzar. Más recientemente, el énfasis en la atención primaria de salud y la integración a nivel local han ganado apoyos y podrían servir de base para un diálogo nacional sobre el futuro del sector de la salud.

La rectoría y el control de calidad siguen presentando carencias

Es preciso reforzar el rol rector de la autoridad sanitaria de Paraguay. La función rectora le corresponde al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. No obstante, en la práctica el ejercicio del rol rector es débil. La fragmentación del sistema de salud, con distintas modalidades de financiación, regulación, afiliación y prestación de servicios, hace especialmente difícil esa labor. Por ejemplo, el marco de supervisión del mercado de productos farmacéuticos está relativamente bien desarrollado (MSPBS/OPS/OMS, 2014). Las compras centralizadas permiten al MSPBS adquirir medicamentos por poco menos del doble que el precio internacional de referencia, pero los ciudadanos, pese a la existencia de controles de precios, pagan 13 veces ese precio (MSPBS/OPS/OMS, 2015). Otro ejemplo es el marco regulador de los precios de los servicios médicos en el sector privado y de

medicina prepagada, que está desfasado y *de facto* ha quedado en manos de las asociaciones de profesionales médicos.

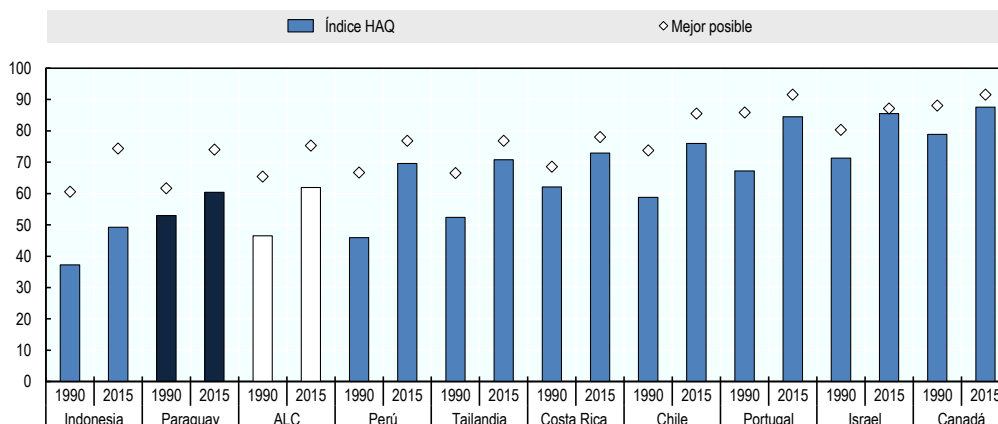
La organización y las funciones del MSPBS son muy amplias, lo que puede contribuir a diluir su liderazgo. La principal función del MSPBS es la de ejercer como entidad rectora de la política nacional de salud. Sin embargo, también desempeña funciones en materia de bienestar social y ambiente ciudadano. Dichas funciones emanan de una visión holística de la salud pública, pero en la práctica llevan a la MSPBS a asumir funciones que se solapan con las de otras instituciones o que podrían recaer en otros órganos de la Administración, permitiéndole así centrarse en la difícil tarea de gestionar un sistema fragmentado con un gran número de actores. Por ejemplo, es competencia del Ministerio poner en práctica el sistema nacional de servicios sociales para los segmentos más vulnerables de la población, un área en la que operan numerosas instituciones y en la que la rectoría y coordinación son también débiles (véase el Capítulo 2). El Ministerio supervisa asimismo el servicio de saneamiento ambiental (SENASA) y su presupuesto de inversión, relativamente abultado. En la práctica, si bien la organización del Ministerio (Decreto 21376 de 1998) incluye un vice ministro que supervisa las tareas de coordinación y administración, mientras que el ministro está encargado de la dirección política, la mayoría de las unidades administrativas (recursos humanos, administración y finanzas) dependen directamente del ministro, mientras que los elementos programáticos corresponden al vice ministro.

El marco y los órganos reguladores son relativamente débiles. La Superintendencia de Salud es responsable de verificar que las entidades que prestan servicios de salud están debidamente registradas y autorizadas por el MSPBS y que prestan los servicios de salud regulados por la legislación vigente. Además, está a cargo de poner en práctica una supervisión preventiva y sistemática para verificar las condiciones en las que las entidades sanitarias gestionan sus prestaciones, así como velar por el cumplimiento de la normativa. En la práctica, la Superintendencia de Salud dispone de escasos recursos económicos y humanos, y cuenta con poca autonomía para desempeñar su función. En consecuencia, la regulación de los proveedores de servicios privados o públicos es débil, lo que da lugar a asimetrías de calidad entre los proveedores y cláusulas arbitrarias de cobertura (Giménez Caballero, 2013). No existe ninguna normativa que especifique, por ejemplo, los niveles de cobertura estándar o mínimos de los planes privados o prepagados que se ofrecen a los empleados del Estado, lo que incrementa la variabilidad de las ofertas y dificulta los procesos de licitación.

La débil rectoría ha limitado el potencial del Paraguay en términos de acceso y calidad de la atención sanitaria. Con arreglo al Índice de Acceso y Calidad de la Sanidad, el sistema de salud paraguayo obtuvo una puntuación de 60.4 en una escala de 0 (mínimo) a 100 (máximo) en 2015. Sin embargo, teniendo en cuenta los recursos y el estado de desarrollo del país, Paraguay tiene, en este índice, un potencial inexplorado de 13.6 puntos para mejorar el acceso y la calidad de la atención sanitaria personal; es decir, que el objetivo del país debería ser 74 (Gráfico 3.11). Esta brecha se ha ampliado en las últimas décadas (de 8.7 en 1990 a 13.6 en 2015). En suma, Paraguay se sitúa en las posiciones inferiores comparado con los países de referencia. Otros estudios internacionales señalan también que la población no está satisfecha con la calidad de los servicios de salud. Menos de la mitad de los paraguayos (43%) expresaron satisfacción con el sistema de salud, ligeramente por debajo de lo que cabría esperar de un país con su nivel de desarrollo. Además, este índice de satisfacción apenas ha variado con respecto a su nivel hace diez años (48%; OCDE, 2018). Para abordar esta brecha creciente será decisivo valorar más la calidad de la asistencia en el marco institucional.

Gráfico 3.11. Acceso y calidad de la atención sanitaria personal (HAQ) frente al nivel “mejor posible”, 1990 respecto a 2015


El índice HAQ se mide en una escala de 0 (mínimo) a 100 (máximo).



Nota: 1. El índice de acceso y calidad de la atención sanitaria personal (HAQ) proporciona una cuantificación sintética del acceso y calidad de la atención sanitaria personal en una escala de 0 (mínimo) a 100 (máximo). Este índice se basa en tasas de mortalidad normalizadas por riesgo a partir de causas que, con una atención sanitaria de alta calidad, no producirían la muerte.

2. “Mejor posible” representa el máximo grado de acceso y calidad de la atención sanitaria personal alcanzado en un determinado nivel de desarrollo. La diferencia entre el índice HAQ y el nivel “mejor posible” indica cuánto potencial inexplorado existe para mejorar el acceso y la calidad de la atención sanitaria personal habida cuenta de los recursos y estado de desarrollo de un territorio.

Fuente: Índice de Acceso y Calidad de la Sanidad 2015 (GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators, 2017).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822007>

Una prolongada transición hacia una red integrada de salud basada en la Atención Primaria en Salud

Las redes integradas de prestación de servicios de salud buscan dar respuesta a los grandes retos que plantea la fragmentación de los servicios de salud de Paraguay. La fragmentación es una causa importante de resultados mediocres en los servicios y sistemas de salud, puesto que tiene múltiples consecuencias: acceso limitado a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumentos innecesarios de los costos de producción y baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos (OPS, 2010). Asimismo, la fragmentación de los planes de financiación a menudo conduce a una financiación insuficiente que impide la prestación efectiva de los servicios de salud. A este respecto, el concepto de “redes integradas de prestación de servicios de salud” busca reconfigurar los sistemas de salud para garantizar la prestación de unos servicios de salud equitativos, completos, integrados y continuados a toda la población. Con este concepto se pretende promover, preservar o recuperar la salud de las personas y de la comunidad en su conjunto (OPS, 2010).

Aunque Paraguay ha emprendido reformas para pasar de una estructura piramidal a un modelo de red basado en la atención primaria en salud, este cambio aún no se ha materializado plenamente. Las reformas legales pasadas introdujeron nuevas normas a fin de transformar gradualmente el sistema en una red integrada de servicios de salud basada en la atención primaria. En un modelo de red, las relaciones verticales basadas en densidades tecnológicas o niveles de atención dan paso a redes policéntricas horizontales

(Vilaça Mendes, 2011). Este ajuste implica que, pese a los diferentes niveles de atención sanitaria y complejidad tecnológica entre los actores del sistema de salud, cada uno desempeña una función esencial a efectos de prestar una atención sanitaria adecuada. Por consiguiente, en un modelo de red el volumen del presupuesto asignado no es necesariamente proporcional al grado de complejidad de los servicios ofrecidos por cada institución de atención sanitaria. Antes bien, la atención primaria en salud desempeña una función central en la red, al ser la puerta de entrada al sistema de salud y dar continuidad a la atención sanitaria (p. ej. coordinando organismos de servicios de salud que proporcionan un tratamiento más complejo). En la práctica, el nuevo marco legal nacional no ha logrado transformar efectivamente el sistema de salud.

La función de la atención primaria en salud es esencial para asegurar la continuidad de la atención en todo el sistema. En un modelo de redes, la función de las unidades de atención sanitaria es establecer relaciones y remitir a centros médicos especializados, de emergencias y hospitales, dependiendo de la complejidad del caso. En síntesis, los actores de la red de atención sanitaria de Paraguay son la atención sanitaria primaria (unidades de salud de la familia); la atención sanitaria especializada (centros de especialidades ambulatorios); la atención hospitalaria (hospitales básicos, generales y especializados); los servicios complementarios (asistencia farmacéutica, control médico, rehabilitación y apoyo diagnóstico); y el subsistema de regulación, comunicación y transporte médico (Sistema de Emergencias Médicas Extrahospitalarias, SEME) (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012). El SEME se encarga de la respuesta de emergencia y de la derivación de pacientes a niveles superiores de asistencia médica. Permite en la práctica la interacción entre todos los actores de la red. Los centros de salud que ofrecen tratamientos de alta complejidad se concentran principalmente en Asunción y en el Departamento Central, mientras que se pretende que las unidades de atención primaria de salud se localicen por todo el territorio nacional y cubran a todos los paraguayos.

Paraguay se ha esforzado en reforzar la atención primaria en salud con la creación de las unidades de salud de familia. La atención primaria en salud en Paraguay se ofrece principalmente a través de las unidades de salud de la familia (USF) y mediante los centros de salud del IPS. Las USF se han diseñado como puerta de entrada al sistema de salud y se basan en un enfoque comunitario. Les compete prestar servicios de salud que traten y resuelvan la mayor parte de los problemas de salud en el territorio social que tienen asignado (que abarca entre 3 500 y 5 000 personas). De este modo, el sistema ofrece acceso gratuito a los servicios de salud a un porcentaje mayor de la población (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012).

El desarrollo de las USF ha propiciado un aumento significativo del acceso a la salud y una mejor integración de la prestación de servicios de salud en el sector público. Inicialmente las USF se establecieron en las áreas más desatendidas. Esto dio lugar a un incremento sustancial del acceso a la salud. La creación de las USF también permitió un enfoque más integrado de la asistencia, en lugar de un enfoque vertical en el que distintos profesionales están a cargo de programas específicos (vacunación, salud reproductiva, enfermedades específicas, etc.). Según las evaluaciones del programa de USF, esta integración resulta más difícil cuando las USF son de mayor tamaño (Monroy Peralta et al., 2011).

El proceso de reorganizar el sistema de salud en torno a la atención primaria está todavía en curso y debe acelerarse. Entre 2008 y 2016, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social construyó alrededor de 800 nuevas USF en el marco de la estrategia de atención primaria en salud (MSPBS, 2017a). Las estimaciones indican que Paraguay necesita en torno a 1 400 unidades de salud de la familia (Ríos, 2014), lo que revela la significativa

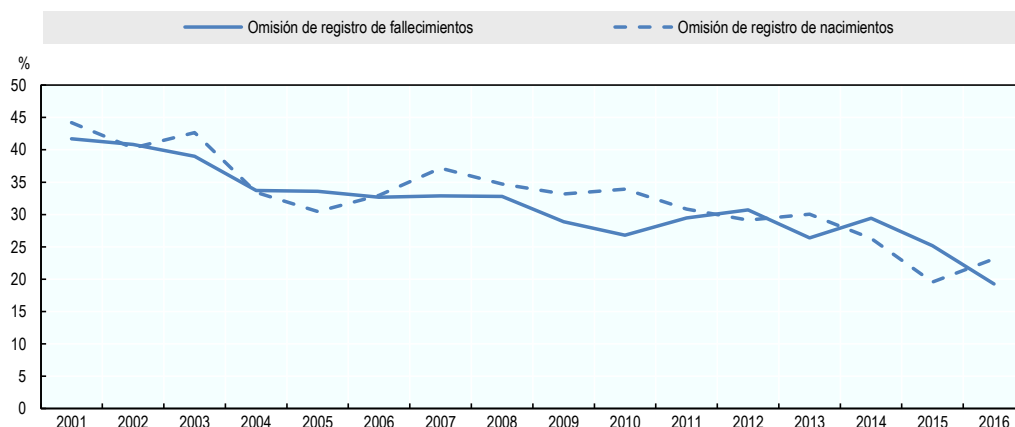
brecha que ha de superarse en los próximos años. En términos de recursos financieros, el porcentaje del presupuesto sanitario distribuido a las regiones para la atención primaria de salud ha permanecido estancado, pasando de un 26% del presupuesto total del MSPBS en 2006 a un 27% en 2014 (MH, 2018). No obstante, la estrategia de atención primaria en salud se basa en un sistema de red y, por tanto, la información presupuestaria por área puede infravalorar los recursos de que efectivamente dispone la atención primaria. Por ejemplo, una cantidad considerable de recursos que se canalizan vía programas, en lugar de por funciones, se destinan también a atención primaria. Aun así, la falta de liderazgo político y la inexistencia de herramientas y mecanismos institucionales que permitan una aplicación decidida de la reorganización del sistema de salud ha conducido al estancamiento de esta reforma.

La gestión ineficiente de la información limita la base de evidencia disponible y la continuidad de la atención

Un registro exhaustivo de las estadísticas vitales del país es esencial para identificar las necesidades de salud y formular políticas asertivas. Un registro civil y un sistema de estadísticas vitales con un funcionamiento correcto deben inscribir todos los nacimientos y defunciones, expedir certificados de nacimiento y defunción, y recopilar y difundir estadísticas vitales, incluyendo información sobre la causa de la muerte. Lo ideal sería que también se desglosara la información por sexos, edades, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes. Esta información es un instrumento esencial para que los gobiernos respondan a las necesidades de atención sanitaria de la población.

Aunque en la última década se ha luchado contra las omisiones de registro, continúan siendo elevadas. El Ministerio de Salud creó en 1991 una base de datos con estadísticas vitales e información sobre prestación de servicios. El sistema de estadísticas vitales, el más desarrollado y que cubre todo el sistema de salud, ha seguido un proceso de modernización para lograr un sistema informatizado basado en Internet (Dullak et al., 2011). En particular, el Departamento de Bioestadística ha colaborado con el Registro Civil y la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) con miras a reducir las omisiones de registros de fallecimientos y nacimientos, en el marco de una reestructuración de las estadísticas vitales (Mancuello y Cabral de Bejarano, 2011). Una iniciativa específicamente dirigida a identificar las muertes maternas ha contribuido también a disminuir las omisiones de registros de muertes maternas y nacidos vivos. En consecuencia, las omisiones de registros de nacimientos cayeron notablemente (del 44.2% al 23.1% entre 2001 y 2016). Asimismo, la omisión de registro de defunciones disminuyó significativamente en ese mismo período (Gráfico 3.12). No obstante, ambos indicadores ponen de manifiesto que en Paraguay aproximadamente una quinta parte de los nacimientos y fallecimientos no se documentan. En cambio, países como Argentina, Brasil y Chile inscriben en el registro un 99.5%, 95.9% y 99.4% de los nacimientos respectivamente (OMS, 2018).

Gráfico 3.12. Subregistro en estadísticas vitales, 2001-16



Nota: Las omisiones de registro se calculan por la cifra estimada menos la cifra constatada dividida entre la cifra estimada.

Fuente: Subsistema de Información de Estadísticas Vitales de Paraguay (MSPBS, 2018).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822026>

La mayoría de los sistemas de información estadística en materia de salud son dispersos y están segmentados. En el Ministerio de Salud la información se recopila de forma separada por los distintos programas, originando duplicidades e incrementando la carga administrativa de los profesionales de la salud. Según funcionarios del Ministerio de Salud, los médicos de las USF dedican hasta una cuarta parte de sus horas de trabajo a rellenar formularios de información. Aunque existe un sistema de registro electrónico, la escasa conectividad hace que el acceso por Internet a las bases de datos resulte poco práctico y a menudo contraproducente. Aumentar la conectividad de los centros de salud adquiriendo servicios por Internet convocando un concurso público contribuiría a mitigar este problema. A corto plazo, los métodos que facilitan la entrega de información por medios físicos estarían más adaptados a las circunstancias actuales. En el sector privado, la Superintendencia de Salud recibe considerable información de las entidades privadas, pero carece de capacidad para producir estadísticas sobre la base de esa información.

Es preciso gestionar de manera eficiente la información de salud a fin de asegurar la continuidad en la atención sanitaria. Los registros médicos constituyen un instrumento esencial para la continuidad de la atención de los pacientes, ya que contienen información clave sobre su salud y tratamiento. Además, pueden utilizarse en la gestión y planificación de los servicios y centros de atención sanitaria, con fines de investigación médica y para elaborar estadísticas de salud. En Paraguay la información de los pacientes la gestiona de forma independiente cada entidad prestadora de servicios de salud, utilizando principalmente procedimientos no electrónicos. En el Ministerio de Salud, los registros no se comparten de forma sistemática entre la atención primaria y los demás niveles de asistencia. Estos mecanismos obstaculizan la transmisión de información sobre los pacientes de una institución a otra. Así se refleja principalmente en los cientos de remisiones realizadas desde las instituciones de atención primaria de salud a otras instituciones que ofrecen una atención sanitaria de mayor complejidad.

Recuadro 3.2. Haciendo balance de los datos empíricos: del uso de los datos a la mejora del sistema de salud

Se cuenta con un conjunto enorme y creciente de datos empíricos que acreditan la importancia de la recopilación, análisis, interrelación y comunicación de los resultados de las evaluaciones de datos de salud personal a efectos de supervisar y mejorar la calidad de la atención sanitaria, formular políticas de salud pública y evaluar y medir los resultados del sistema de salud. Muchos países se apoyan en la interrelación de los datos de salud personal para seguir vías de asistencia y comprender los resultados de la atención sanitaria prestada con vistas a evaluar la calidad y eficacia de los tratamientos médicos.

El estudio PERFECT de Finlandia hace seguimiento del contenido, la calidad y la eficacia en costos de los tratamientos médicos especializados, contribuyendo así a la vigilancia de los resultados del sistema de salud. La metodología desarrollada para PERFECT está ahora informando las actividades de supervisión en otros países de Europa.

Para evaluar la calidad de los servicios médicos, en Corea se hace un examen de la idoneidad clínica y la eficiencia en costos de la atención sanitaria, proporcionando información sobre la calidad e induciendo a los proveedores de servicios a introducir mejoras en respuesta a los datos empíricos. Se persigue detectar posibles usos insuficientes, excesivos o abusivos de las terapias y reducir las variaciones en las prácticas de atención sanitaria, a través de la presentación periódica de información sobre los indicadores de calidad.

En Suecia también se evalúa la calidad y eficiencia de las directrices de asistencia clínica. En las áreas de tratamiento que son objeto de las directrices nacionales, como el tratamiento cardiológico y de accidentes cerebrovasculares, tratamiento de determinados cánceres, tratamiento odontológico, diabetes y tratamiento de la salud mental, se establecen correlaciones entre los datos para elaborar indicadores que evalúen la eficacia de las terapias recomendadas. Contar con datos empíricos facilita la revisión de las directrices de asistencia.

Para supervisar y estudiar el gasto en salud y el uso de la atención sanitaria, Bélgica ha elaborado una muestra permanente de personas con seguro social a través de los datos de las facturas de reembolso de atención sanitaria a fin de crear historiales longitudinales de tratamientos médicos. Los resultados sirven de base a las decisiones relativas a las políticas de gestión de la atención sanitaria.

Fuente: Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges (OCDE, 2013).

La financiación para la salud ha aumentado, pero persisten retos importantes

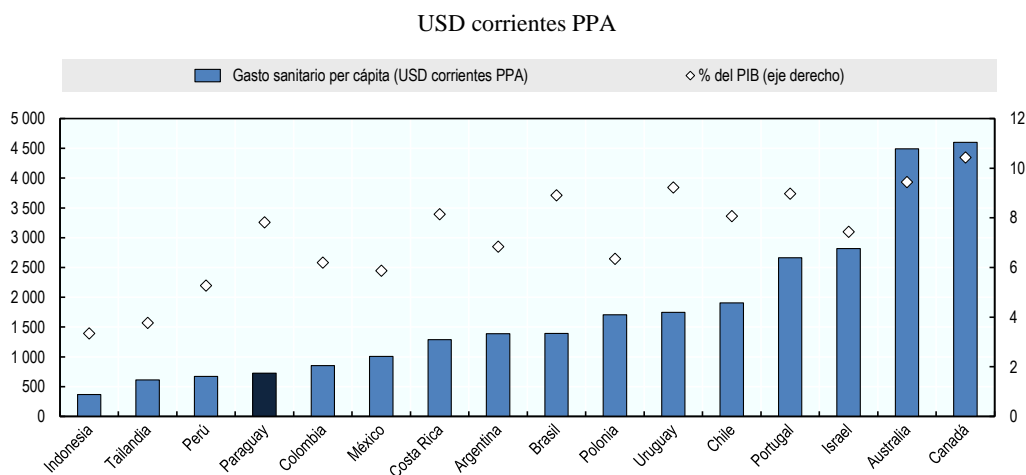
En Paraguay los recursos financieros para el aseguramiento en salud y la prestación de servicios de salud proceden de múltiples fuentes. Los flujos financieros reflejan en buena medida la fragmentación del sistema de prestación de servicios de salud. Los ingresos para atender a los distintos grupos de población se recaudan por distintos cauces, incluida la financiación pública, las cotizaciones de seguridad social, los planes de salud de prepago y

los gastos de bolsillo pagados por los usuarios. Los fondos se mantienen de forma separada, siendo escasas o nulas las posibilidades de mancomunación del riesgo y de subsidiación cruzada entre los distintos segmentos. Pese a los persistentes esfuerzos por incrementar el gasto público en salud, la financiación sigue siendo insuficiente y poco equitativa. Además, dado que el gasto de bolsillo representa una fuente primaria de financiación, una parte significativa de la población paraguaya está expuesta al riesgo de incurrir en unos gastos catastróficos en salud.

Pese a un aumento sustancial de la financiación pública, los desafíos para financiar la salud siguen siendo considerables

El gasto sanitario de Paraguay es relativamente alto como porcentaje del PIB. El gasto sanitario total de Paraguay representó el 7.8% del PIB en 2015 (OMS, 2018a). Esta cifra, siendo inferior a la media de la OCDE, que es del 8.9% del PIB, es con todo considerablemente superior al gasto sanitario de otros países de América Latina más desarrollados. En 2015, el gasto sanitario per cápita fue de 724 USD en paridad de poder adquisitivo (PPA). Si bien esta cifra es muy inferior a la media de la OCDE de 3 851 USD en PPA, supera el gasto de países más ricos como Perú o Tailandia (Gráfico 3.13).

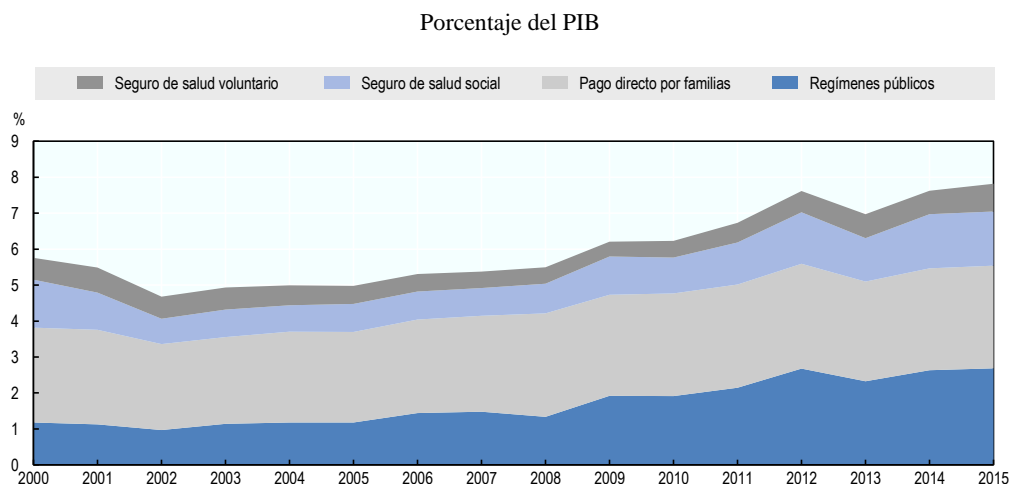
Gráfico 3.13. Gasto sanitario per cápita en 2015




Fuente: Base de datos mundial de gasto sanitario (*base de datos*) (OMS, 2018a).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822045>

El gasto sanitario se ha incrementado considerablemente en los últimos 15 años, impulsado por el aumento del gasto público en salud. El gasto en programas de salud del gobierno creció de un 1% a un 2.7% entre 2002 y 2015 (OMS, 2018a). Este período coincide con el reforzamiento de la atención primaria en el MSPBS y con la supresión del copago y de las tasas de usuario en la prestación de servicios del MSPBS. A pesar de ello, la tasa de crecimiento de los gastos de bolsillo es equiparable a la del PIB (Gráfico 3.14).

Gráfico 3.14. Gasto sanitario corriente por plan de financiación

Fuente: Base de datos mundial de gasto sanitario (*base de datos*) (OMS, 2018a).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822064>

Los esquemas de medicina prepagada son de un volumen considerable en Paraguay, debido en parte a que los funcionarios públicos recurren a servicios de salud privados. En efecto, conforme a su reglamento interno, el IPS no puede cubrir a funcionarios públicos.⁵ En su lugar, el presupuesto asigna un subsidio de 300 000 PYG (44.19 EUR) mensuales por cada funcionario público y empleado del Estado para financiar un plan privado de prepago (República de Paraguay, 2018). Los organismos públicos pueden, en cambio, mancomunar esos fondos y ofrecerles un plan previamente convenido, seleccionado mediante licitación pública. Este sistema fomenta la demanda de seguros privados y de medicina prepagada, en un mercado de un tamaño considerable. Considerando únicamente los empleados públicos de la Administración Central y excluyendo a aquellos cuyos regímenes especiales permiten la cobertura por el IPS, la demanda potencial de las instituciones públicas y sus trabajadores ascendería a 450 000 millones de PYG, es decir unos 67 millones de EUR al año.⁶ A la luz de la información en materia de licitaciones, el Ministerio de Hacienda estima que el valor de los contratos de seguro para funcionarios públicos y empleados del Estado supera ligeramente los 400 000 millones de PYG para la Administración Central y otros 70 000 millones de PYG para otras entidades, a lo que cabe sumar otros 126 000 millones de PYG en pagos de subsidios individuales⁷.

La evolución del gasto público en salud no será sostenible sin un cambio significativo en la composición del gasto. El gasto sanitario corriente en porcentaje del PIB se incrementó en 2.8 puntos porcentuales entre 2002 y 2015, impulsado por el aumento de los planes financiados por el gobierno (en gran medida, la prestación de servicios de salud por el MSPBS) cuyos gastos crecieron en 1.5 puntos porcentuales del PIB. En el mismo período, los ingresos fiscales —excluidas las cotizaciones a la seguridad social— pasaron, en porcentaje del PIB, del 10.8% al 13.2% (OCDE/CIAT/BID/CEPAL, 2018). Por consiguiente, si el aumento del gasto sanitario continuase por la misma senda, supondría un incremento sustancial del gasto público y del porcentaje de gasto público destinado a la sanidad.

Los ingresos de las plantas hidroeléctricas binacionales asignados a salud contribuyen a financiar el gasto público sanitario. El Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo

(FONACIDE) destina el 10% de los ingresos generados por la presa de Itaipú a un Fondo Nacional de Salud. En la práctica, estos fondos los gestiona en su totalidad el Ministerio de Salud, el cual también recibe directamente fondos del FONACIDE que financian los gastos de salud y de saneamiento. Los recursos inyectados a través de FONACIDE constituyen una fracción relativamente pequeña del presupuesto del Ministerio de Salud: un 7.2% en 2016, frente a sólo el 2.4% en 2015 (MH, 2018). Además, está destinado a una serie limitada de objetivos. Sin embargo, entre éstos se incluyen la compra de medicamentos y el refuerzo de instalaciones. En la práctica, los fondos de FONACIDE suponen un porcentaje significativo del importe destinado a gastos de capital por el Ministerio de Salud (el 56% en 2016).

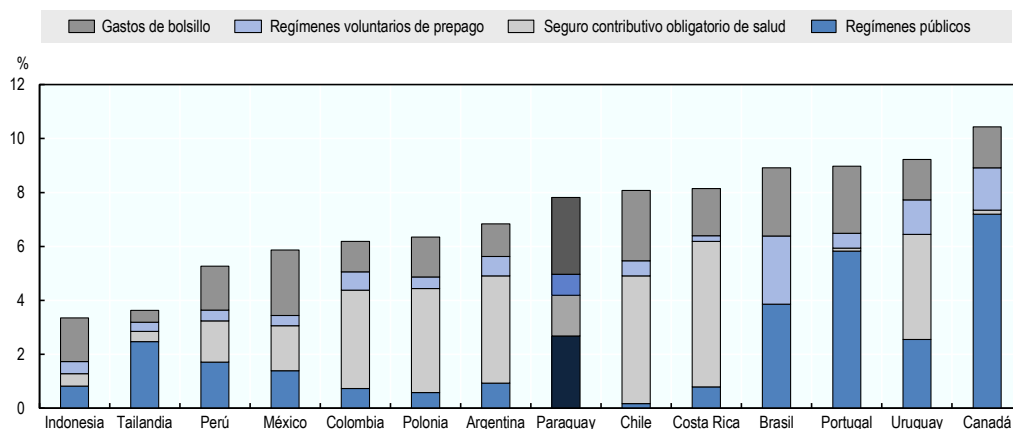
Diversificar las fuentes de financiación sanitaria contribuiría a asegurar la sostenibilidad. La diversificación de las fuentes de financiación cobra importancia, sobre todo, cuando es probable que las fuentes existentes disminuyan, como de hecho sucede en las sociedades en proceso de envejecimiento (OCDE, 2016d). Ahora bien, hacerlo es también relevante en el caso de Paraguay, en donde la tasa de crecimiento de las actuales fuentes de financiación probablemente sea limitada. Una vía de aumentar la financiación prepagada de la salud consiste en ampliar la cobertura de la seguridad social a través de un proceso de formalización de la economía y creando vías para que los trabajadores autónomos se incorporen al IPS. Sin embargo, dado que normalmente el proceso de formalización laboral avanza con lentitud, debe contemplarse también la obtención de fondos de los impuestos generales para la financiación sanitaria. En el caso de Paraguay, las posibilidades que pueden tomarse en consideración son un aumento de los impuestos que gravan los productos que generan riesgos o costos para la salud pública, en particular el tabaco y el alcohol, y destinar parte de su recaudación a la financiación sanitaria. En efecto, en Paraguay los impuestos del tabaco son bajos en comparación con los de la región, oscilando entre un 18% y 22% del precio final (Giménez Caballero, 2013). En todos los países de la OCDE (excepto Estados Unidos), la carga fiscal de los productos del tabaco es superior al 50% del precio minorista y, en 10 de esos países, rebasa el 80% (OCDE, 2016a). Una reforma reciente ha incrementado la carga fiscal del tabaco, si bien a un nivel muy inferior al existente en los países de la OCDE. La tributación de las bebidas alcohólicas es también relativamente baja en Paraguay. Están sujetas a un impuesto especial de entre el 8% y 10%. En este caso, podría estudiarse una mayor tributación, que podría ser en función del contenido de alcohol, y tomando en consideración las prácticas tributarias de los socios comerciales, especialmente los países de Mercosur.

El financiamiento de la salud depende en gran medida del gasto de bolsillo

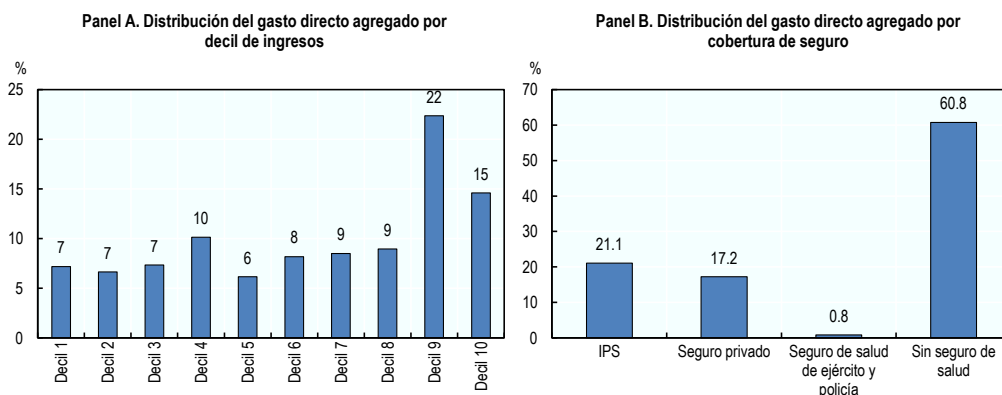
La financiación del gasto sanitario en Paraguay procede en gran medida de fuentes privadas. Entre ellas, el gasto sanitario depende en gran medida del gasto de bolsillo. Según los datos de la OMS, el gasto de bolsillo en salud representó el 2.9% del PIB en 2015, lo que supone un 36% del gasto total en salud. Los planes contributivos obligatorios representan el 19% de la financiación sanitaria total. En Paraguay, el grueso de la financiación sanitaria contributiva corresponde al IPS, que depende casi exclusivamente de las cotizaciones de empleados y empresarios a la seguridad social.⁸ En concreto, un 9% de los salarios declarados se destinan al Fondo de Salud, que cubre los gastos sanitarios, los subsidios de maternidad y los de enfermedad (Gráfico 3.15).

Gráfico 3.15. El gasto en salud en Paraguay depende en gran medida de los gastos de bolsillo

Gasto sanitario por régimen de financiación, en porcentaje del PIB, 2015

Fuente: Base de datos mundial de gasto sanitario (*base de datos*) (OMS, 2018a).StatLink <https://doi.org/10.1787/888933822083>

La gran proporción de gasto de bolsillo inclina aún más el sistema de salud hacia las personas más acomodadas. En Paraguay, el decil más pobre de la población paga aproximadamente un 7% del gasto de bolsillo total del sistema, mientras que el quintil más rico paga un 15% del gasto de bolsillo total (Gráfico 3.16 Panel A). Aunque la mayor parte del gasto de bolsillo lo pagan personas no cubiertas por el seguro de salud (60.8% del gasto total directo), una parte significativa la pagan personas aseguradas por el IPS (21.1%) y por quienes tienen seguro privado (17.2%) (Gráfico 3.16 Panel B). A este respecto, el Plan Nacional de Desarrollo *Paraguay 2030* establece la reducción del gasto de bolsillo en salud como estrategia para luchar contra la exclusión social y la pobreza, integrando los subsectores público y privado con miras a avanzar hacia la cobertura universal de salud (República de Paraguay, 2014).

Gráfico 3.16. Pagadores del gasto agregado de bolsillo en salud

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares de Paraguay de 2014 (DGEEC, 2017).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933822102>

La incapacidad del sistema contributivo de seguridad social para recaudar fondos que destinar a servicios de salud refleja la estructura del empleo en Paraguay. Un 64% de los trabajadores paraguayos tienen un empleo informal. Una estructura laboral con un alto grado de informalidad propicia que un elevado porcentaje de la población quede excluida *de facto* del sistema de salud contributivo. El IPS ofrece un régimen de seguro voluntario para los trabajadores autónomos y un régimen especial para los empleados domésticos. El primero de estos regímenes apenas ha generado demanda, cubriendo a 504 personas al final de 2016. El segundo cubría, a la misma fecha, a 19 161 empleados domésticos, es decir en torno al 7% de los que existen en el país. Se estima que la evasión de cotizaciones de seguridad social alcanza un 70% (Giménez Caballero, 2013). El IPS estima que cubre un 38.6% de la población objetivo. Al respecto, promover la formalización y combatir la evasión puede aportar importantes flujos de financiación al sistema.

Paraguay ha de estudiar formas de canalizar el gasto de bolsillo hacia regímenes de prepago obligatorios. Esta cuestión es crítica para la sostenibilidad de la financiación sanitaria y para avanzar hacia una cobertura universal de salud de forma más equitativa y eficiente. En los países de la OCDE, esto se consigue mediante fondos prepagados mancomunados, con una financiación pública significativa: 6.5% del PIB de media (OCDE, 2016d). En efecto, el alto nivel de gasto de bolsillo implica una protección financiera limitada y no equitativa (consúltese la próxima sección). Entraña asimismo una financiación no equilibrada y limitaciones en cuanto al grado en que pueden planificarse por anticipado los grandes gastos. La afiliación voluntaria conduce a una autoselección y, como pone de manifiesto el caso de Paraguay, resulta a la larga ineficaz. La obligatoriedad de la afiliación es un paso crítico, pero debe ir acompañada del diseño de un sistema en virtud del cual el erario público sufrague las cotizaciones de quienes no pueden pagarlas y prevea mecanismos para exigir el pago de las cotizaciones a las personas con capacidad contributiva.

La fragmentación de los fondos y del riesgo propicia ineficiencia e inequidad en el sistema

Los flujos financieros reflejan la fragmentación del sistema de salud. Las funciones de recaudación, mancomunación y compras son en gran medida independientes entre los subsistemas de salud público, de la seguridad social y privado. El subsistema público se financia con el presupuesto general (incluyendo las transferencias finalistas de ingresos no tributarios generados por las presas binacionales) y las tasas de usuarios. Se estima que sus fuentes de financiación procedentes de fondos públicos internos (planes del gobierno) representan aproximadamente el 34.3% de la financiación sanitaria total. El Instituto de Previsión Social (IPS) está financiado íntegramente por las cotizaciones de seguridad social, principalmente aportadas por los trabajadores formales. Se estiman en un 19.3% de la financiación sanitaria total. El subsector privado se financia con las contribuciones voluntarias y los copagos a las compañías aseguradoras, así como mediante el pago realizado directamente por los usuarios por servicios específicos. Esto incluye los planes de medicina prepagada para empleados del Estado, ya sea que hayan sido adquiridos directamente por los empleados o bien adquiridos por licitación pública y proporcionados a todo el personal de una institución estatal. Se estima que, en Paraguay, los pagos sanitarios voluntarios representan el 9.9% del total de las fuentes de financiación sanitaria. Por último, se estima que, en todos los subsistemas, el gasto de bolsillo ronda el 36.5% de las fuentes de financiación sanitaria total de Paraguay (Cuadro 3.2).

La fragmentación de los flujos financieros genera desigualdades en la financiación de las necesidades de salud. El subsistema del seguro de salud privado, que cubre al 6.9% de la

población mediante planes de medicina prepagada, obtiene el 15.5% de los ingresos de prepagados del sistema. La seguridad social cubre al 19.7% de la población, pero recauda un 30% de los ingresos de prepago. Por último, el subsistema público, que cubre al personal asegurado por planes profesionales (policía y ejército en particular) y a los que carecen de otras coberturas, ampara al 74% restante de la población, pero sólo obtiene un 54% de los ingresos prepagados totales del sistema (Cuadro 3.2). Los gastos de bolsillo que realizan los grupos cubiertos por los distintos segmentos del sistema de salud no equilibran las cuentas. En la Cuadro 3.2, los gastos de bolsillo se calculan en porcentaje de la financiación total para cada grupo por cobertura de salud. En la práctica, los gastos de bolsillo se destinan en gran medida al sistema privado, habida cuenta de la supresión de las tasas de usuario en los centros del Ministerio de Salud.

Los fondos y grupos de riesgo están también segmentados al interior de los subsistemas. En el subsistema público, el presupuesto del Ministerio de Salud está centralizado, transfiriéndose una pequeña fracción a los consejos de salud municipales y de departamento. Adviértase que estos flujos de financiación están separados de los presupuestos independientes de los sistemas militar y de la policía, así como del hospital universitario de la Universidad de Asunción (Hospital de Clínicas). El IPS mancomuna los fondos de sus beneficiarios (miembros cotizantes, personas a cargo de éstos y jubilados). El sistema privado está dominado por unos pocos operadores propietarios de sus centros de salud, que mancomunan los fondos prepagados entre la base de clientes de cada empresa.

La segmentación de la financiación genera desigualdades en la capacidad instalada para gestionar la provisión de servicios de salud. Según datos disponibles correspondientes a 2015, la tasa de ocupación de camas de hospital en el subsistema público fue del 66% en los hospitales de especialidades y del 45% en otros centros. Los mayores centros del Ministerio de Salud y del IPS (el Hospital Nacional y el Hospital Central) tenían tasas de ocupación del 88% y 85% respectivamente. En la práctica, esto significa que ciertos servicios están operando a plena capacidad. Por ejemplo, en 2014 los servicios de medicina interna general, de neonatología y de urología estuvieron al tope de su capacidad en el Hospital Central del IPS (DGEEC, 2015). En cambio, la tasa de ocupación en el Hospital Militar fue del 26% y, en el Hospital de Policía, del 46%. Este desequilibrio es también visible en las unidades de terapia intensiva: a final de 2016 los centros privados tenían 241 camas y el Ministerio de Salud 307 camas, aun cuando este último presta servicio a una población unas 10 veces mayor (MSPBS, 2017b).

El desequilibrio en la financiación afianza también la desigualdad territorial en la prestación de los servicios de salud. Todos los componentes del sistema de salud concentran un porcentaje importante de sus instalaciones en Asunción y el Departamento Central circundante, y en Ciudad del Este, la segunda ciudad más poblada del país. En el caso del IPS y el subsistema privado esta concentración supera incluso a la del Ministerio de Salud.

Cuadro 3.2. Fuentes de financiación sanitaria, 2015

Millones de PYG (porcentaje de la financiación sanitaria total entre paréntesis)

Segmento de población		Ingresos prepagados	Gasto de bolsillo
Subsistema público	Personas sin seguro de salud	72.6%	2 465 854 (22.2 %)
	Beneficiarios del servicio de salud de ejército y policía	1.4%	33 809 (0.3%)
Subsistema de seguridad social	Personas aseguradas por el plan médico de la seguridad social	19.7%	856 143 (7.7%)
Subsistema privado	Personas aseguradas por seguro de salud privado	6.3%	697 286 (6.3%)
		100%	7 052 853 (63.5%)
Financiación sanitaria total			11 104 362 (100%)

Nota: Los gastos de bolsillo que figuran en la columna derecha corresponden a pagos realizados a proveedores de servicios de salud por el segmento de población que se indica en la columna de la izquierda (la mayoría de estos pagos se abonan a proveedores de servicios de salud privados). Las distribuciones de población y el gasto de bolsillo agregado se han calculado sobre la base del principal proveedor de servicios de salud individualmente declarado en 2014 (DGEEC, 2017).

Fuente: Base de datos mundial de gasto sanitario (OMS, 2018a) y Encuesta Permanente de Hogares de Paraguay de 2014 (DGEEC, 2017).

La mancomunación de riesgos garantiza la equidad y protege a las personas de los riesgos financieros inherentes a sus necesidades de atención sanitaria. La mancomunación de riesgos permite financiar gastos en salud de alto costo pero poco frecuentes, y distribuir entre las personas los costos de incidentes de alta frecuencia y bajo costo. Agrupar riesgos cumple, por lo tanto, dos funciones fundamentales: distribuir la carga financiera entre personas de alto y bajo riesgo, así como entre aquellas con altos y bajos ingresos (Gottret y Schieber, 2006). En Paraguay no existen subsidios cruzados entre subsistemas y grupos de riesgo fondos mancomunados, ya que los ingresos para la atención sanitaria de los distintos grupos de la población se mantienen en fondos separados. En la práctica, los niveles de ingresos determinan en gran medida la cobertura por un sistema u otro, de forma que los más acomodados optan por seguros privados de medicina prepagada, el IPS cubre a algunos de ellos y a una fracción de la clase media, y los demás quedan bajo la cobertura residual del Ministerio de Salud.

Transferir el seguro de salud de los funcionarios públicos y empleados del Estado al IPS contribuiría a consolidar el servicio y la financiación. En la actualidad el IPS sólo puede cubrir a los funcionarios públicos con regímenes especiales, a saber, profesores del Ministerio de Educación y Ciencias y personal de la Oficina del Ministerio Público. Debería analizarse la capacidad del IPS de prestar servicio a una fracción de la población

considerablemente mayor. A estos efectos, la transición podría ser gradual y acompañada, por supuesto, de las correspondientes transferencias de contribuciones.

A largo plazo, Paraguay debe estudiar las posibilidades de fusionar grupos de riesgo y fondos mancomunados o crear un sistema que permita transferencias entre ellos. El sistema actual reúne características de varios modelos. Los modelos de financiación sanitaria pueden clasificarse, en líneas generales, en servicios nacionales de salud, seguro social y seguro privado (Gottret y Schieber, 2006). En la práctica, cada uno de los tres subsistemas principales de Paraguay adopta uno de estos modelos. Los países que han avanzado con éxito hacia la cobertura universal de salud han utilizado uno de estos modelos como base de la reforma, como muestran los ejemplos de Colombia, Costa Rica, Corea o Tailandia.

A corto plazo, Paraguay puede establecer mecanismos de financiación para cubrir contingencias clave. Ciertas contingencias no están suficientemente cubiertas por los seguros existentes y podrían beneficiarse de un sistema de mancomunación que permitiera separar las funciones de agrupación de fondos de las funciones de compras. La cobertura de los tratamientos de alta complejidad, por ejemplo, sólo se da en parte de los planes privados de medicina prepagada. Por otra parte, el seguro privado de medicina prepagada normalmente no cubre las afecciones preexistentes y en algunos casos no ofrece un tratamiento permanente para las enfermedades crónicas (p. ej. diálisis). En 2016, el IPS estableció un sistema que excluye a nuevos afiliados con dolencias preexistentes para intentar poner freno a la afiliación de pacientes con enfermedades costosas amparándose en contratos de trabajo ficticios. La cobertura del tratamiento y rehabilitación de las víctimas de accidentes de tráfico podría también financiarse con un fondo mancomunado. En ambos casos, las contribuciones a ese fondo procederían del presupuesto general (para cubrir a quienes no pueden pagar) y de las canalizadas a través del seguro (para los cubiertos por el IPS o seguro privado).

Se creó formalmente un fondo para la atención sanitaria de alta complejidad, pero nunca se puso en marcha. El Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud (FONARESS) fue creado por la Ley 4392 de 2011, constituyendo un fondo para financiar los tratamientos de dolencias de alta complejidad (insuficiencia renal, trasplantes, enfermedades cardíacas y cáncer) para quienes no tengan *«la cobertura necesaria proveniente de un seguro de naturaleza privada, pública o mixta»*. El fondo se financiaría mediante transferencias de las empresas que gestionan las presas binacionales (Yacyretá e Itaipú), una contribución anual con cargo al presupuesto general, un porcentaje de los impuestos que gravan las bebidas alcohólicas y los productos del tabaco, así como un porcentaje de los premios de lotería no reclamados. El reglamento del fondo creó una serie de organismos para supervisar su implementación, en concreto un Comité Ejecutivo, pero el fondo nunca llegó a operar.

La implementación del FONARESS con fuentes de ingresos diversificados podría crear un fondo mancomunado para tratamientos de alta complejidad. El texto actual de la ley está abierto a interpretaciones en lo que respecta a los beneficiarios de la financiación; los recursos del fondo proceden en su totalidad del erario público. En la práctica, aseguradoras privadas e IPS podrían actuar como entidades recaudadoras y realizar aportaciones al fondo, al tiempo que ajustarían sus provisiones financieras habida cuenta de la cobertura por FONARESS de ciertas afecciones. Ahora bien, esto exigiría una reforma legislativa.

Por último, para conseguir una financiación sanitaria adecuada, Paraguay habrá de establecer mecanismos de financiación con una cobertura de servicio más amplia, lo que podría lograrse reformando el FONARESS si llega a implementarse. El FONARESS podría reformarse o sustituirse por un fondo que también cubriera la atención primaria y

secundaria, con miras a lograr financiar un paquete de prestaciones completo y bien definido. Con su mandato actual, la aplicación del FONARESS plantea el riesgo de mantener e incluso afianzar la segmentación de grupos de riesgo, ya que FONARESS no permite mancomunar los riesgos más comunes. En efecto, el análisis de los gastos sanitarios que se realiza en la próxima sección muestra que la hospitalización y los tratamientos de alta complejidad no son la causa principal de las dificultades económicas relacionadas con la salud.

Las compras deben separarse de la prestación de servicios para posibilitar una mayor eficiencia

La prestación de servicios se atiene en general a las líneas de financiación con unas pocas excepciones. La mayoría de los servicios de salud se prestan en el marco de los diversos segmentos del sistema de salud. El Ministerio de Salud y el hospital universitario de la UNA cuentan con financiación pública y prestan servicio en sus propios centros. Igualmente, el IPS lo hace fundamentalmente en sus propias unidades de atención sanitaria. Todos los grandes operadores del mercado de seguros de salud privados prestan servicios en sus propios centros o por medio de médicos adscritos a sus redes. Esta situación contrasta con aquellos sistemas de salud en los que las instituciones que recaudan ingresos o agrupan fondos compran servicios de salud para sus beneficiarios, posiblemente a sus propias unidades de salud, pero también a otros proveedores privados o públicos del sistema de salud.

Los acuerdos interinstitucionales entre el IPS y el Ministerio de Salud para la adquisición recíproca de servicios contribuyen a disminuir la fragmentación. Uno de estos acuerdos versa sobre el intercambio de medicamentos y suministros médicos: cada institución proporciona medicamentos o suministros a la otra según sus necesidades y el saldo se compensa periódicamente. Los intercambios son relativamente pequeños: según una auditoría de la Contraloría General, en 2010 ascendieron aproximadamente al 0.1% del presupuesto del IPS para suministros médicos (Contraloría General de la República, 2010). El IPS y el Ministerio de Salud también han celebrado acuerdos relativos a la prestación de servicios en zonas geográficas específicas. El IPS enumera 39 acuerdos de este tipo, la mayoría de los cuales se refieren a la atención primaria y, dos de ellos, a la atención hospitalaria (IPS, 2016). Uno de estos casos es el municipio de Ayolas, en el departamento de Misiones. Los servicios se prestan en un centro común (propiedad del IPS). En la práctica se asigna personal de las dos instituciones al centro y el director es contratado por ambas instituciones. Cada institución mantiene sus existencias de medicamentos separadas y suministra los fármacos de manera independiente.

El IPS y el Ministerio de Salud adquieren servicios del sector privado. El IPS subcontrata la asistencia al sector privado en determinadas áreas, en particular el Chaco y el Departamento de Caaguazú. El IPS y el Ministerio de Salud también se sirven de proveedores privados para determinados servicios, como diálisis, diagnóstico médico por imagen y derivación de pacientes para atención de urgencia o cuidados intensivos cuando no hay camas disponibles en el área de que se trate.

Las diferencias en los modelos de costos dificultan una mayor integración en el punto de atención. Ante la falta de un cuadro claro de costos a efectos de realizar la compensación entre instituciones, los acuerdos institucionales fijan la compensación *ad hoc*, por ejemplo fijando el valor de compensación al precio establecido antes de la supresión de los copagos en el Ministerio de Salud (véase, p. ej. MSPBS/IPS [2013]). En la práctica estos cuadros de costos probablemente están desactualizados, puesto que las tasas de usuario se

eliminaron en 2008, lo que disuadiría la cooperación entre los actores. En el sector privado, los costos de los servicios están sujetos a un mínimo por acto que fija la ley, que compete al Ministerio de Salud actualizar. La ley establece los mínimos en “unidades médicas”, pero el precio de la unidad no se actualiza desde 1974 (República de Paraguay, 1974). En la práctica, por tanto, las tasas las establecen asociaciones médicas especializadas, compitiendo los proveedores sanitarios privados en calidad de la gestión y diversificación de los servicios ofrecidos.

En el sector público, las diferencias en el paquete de prestaciones también limitan la integración en el lugar de atención. Por ejemplo, dado que IPS y Ministerio de Salud utilizan listas diferentes de medicamentos esenciales de dispensación gratuita, los inventarios que gestionan son distintos, aun cuando la prestación del servicio esté unificada en virtud de acuerdos interinstitucionales. Integrar el servicio exigiría unificar los paquetes de prestaciones, posiblemente estableciendo un paquete básico común que pudiera ampliarse con el tiempo o para ciertas categorías.

Los acuerdos institucionales entre el IPS y el MSPBS han de revisarse y debe establecerse un marco general. Además de las diferencias en los modelos de gestión de costos, los acuerdos interinstitucionales presentan problemas prácticos relacionados con las divergencias entre el cuadro de prestaciones y la gestión de los recursos. Por ello, estos acuerdos tienen un bajo nivel de aplicación, en particular en lo que respecta a los flujos financieros compensatorios. Dado que la lista de medicamentos cubiertos por el IPS y el MSPBS no es idéntica y las compras se efectúan a través de canales separados, normalmente tienen dos farmacias distintas incluso en centros compartidos. La gestión de recursos humanos constituye también un problema. El personal médico de Paraguay tiene con frecuencia varios empleadores, habiéndose acreditado en algunos casos que personal de centros compartidos era retribuido por ambas instituciones, lo que suscita cuestiones de equidad y control.

La elaboración del presupuesto y el sistema de compras no ofrecen incentivos para potenciar la eficiencia, la calidad o la relación precio-calidad. En los mayores proveedores de atención sanitaria, esto es, el subsistema público y de seguridad social, el presupuesto se confecciona cada año sobre la base de los compromisos anteriores. Dado que no está vinculado explícitamente a la capacidad existente, la población cubierta, los costos o resultados, esto no ofrece incentivos para contener los costos. En el Ministerio de Salud, en la práctica, un porcentaje sustancial del presupuesto de atención sanitaria (31%) se canaliza a través de instrumentos programáticos en lugar de como presupuesto para determinadas unidades o áreas de salud. De esta cifra, un 50%, es decir 376 millones de PYG corresponden a medicamentos, que se compran de forma centralizada.

A corto y medio plazo, la generalización de los acuerdos interinstitucionales y la introducción de nuevos métodos de pago a proveedores ayudarían a limitar la fragmentación en el lugar de atención y a racionalizar el empleo de los recursos. Una utilización más exhaustiva de los acuerdos interinstitucionales mejoraría la priorización del gasto de capital en la ampliación de servicios prestados, mediante la racionalización de los suministros. Esto significa que las entidades del sector público que prestan a la población servicios de salud (el IPS, el Ministerio de Salud, el Hospital de Clínicas) deben pactar las condiciones marco de tales acuerdos. En la práctica, una mejor gestión de los costos de cada uno de los proveedores de servicios contribuiría a fijar unos niveles razonables de compensación, ya se trate de tasas por servicios, pagos per cápita para ciertos tipos de asistencia (p. ej. atención primaria) u otros mecanismos.

Recuadro 3.3. La superación de la fragmentación: el caso de Colombia

La superación de la fragmentación es fundamental para incrementar la eficiencia del gasto sanitario. Colombia ha realizado esfuerzos importantes para lograr un sistema de salud más integrado, en el que todos los sectores de la población puedan tener igual acceso a un conjunto común de servicios de salud.

En Colombia el seguro de salud y los servicios de atención sanitaria los prestaba en el pasado un conjunto de instituciones de seguridad social y empresas privadas, fragmentadas y poco reguladas, y de ello se beneficiaban en buena medida los colombianos más ricos. En 1993 la cobertura de salud sólo alcanzaba al 24% de la población y era muy desigual: mientras que un 47% del quintil más rico de la población tenía seguro médico, sólo un 4.3% del quintil más pobre disfrutaba de protección financiera frente a gastos sanitarios excesivos.

En 1993 la Ley 100 introdujo reformas de amplio alcance al establecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Fue una reforma radical, que creó un sistema nacional de salud imponiendo la obligatoriedad del seguro de salud para todos los que pudieran sufragarlo, creando un fondo mancomunado único para las contribuciones de seguros, separando las funciones de comprador y proveedor, y estimulando la competencia al permitir a los particulares elegir aseguradores y al autorizar a los aseguradores la selección de proveedores con quienes contratar. La responsabilidad de gestionar la financiación y gestión de los servicios de salud se transfirió al ámbito local, mientras que las funciones de dirección y regulación se mantuvieron y reforzaron en el nivel central mediante la creación de nuevas instituciones. Es fundamental destacar que, con arreglo a la Ley 100, la atención sanitaria se reconoció como un derecho de los ciudadanos, en lugar de como un servicio de carácter benéfico.

La afiliación al SGSSS se realiza a través de los siguientes regímenes: el régimen contributivo (RC), para personas con empleo formal; el régimen subsidiado (RS), para personas sin empleo formal (que históricamente ha ofrecido un conjunto de servicios menos generoso que el RC), y el régimen especial de prestaciones, mucho más pequeño, que comprende a las fuerzas armadas, los profesores y la compañía petrolera estatal. Los subsidios cruzados y la ecualización del riesgo existen en y entre el RC y el RS, lo que promueve la eficiencia y la solidaridad social. En el RC, los trabajadores pagan un 4% de sus ingresos y el empresario un 8.5% al Fondo de Seguridad y Garantía (FOSYGA). Los seguros privados cubren aproximadamente a un millón de personas y no han registrado un crecimiento apreciable en los últimos cinco años.

Fuente: Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Colombia (OCDE, 2016b).

Puede aumentarse la equidad y flexibilidad de los mecanismos de adquisición de servicios al sector privado. En la actualidad no existe un canal específico para la contratación pública de suministros o servicios médicos, lo que en la práctica produce una serie de problemas en los procesos. Los procedimientos de contratación de suministros médicos y medicamentos pueden prolongarse durante seis meses, intensificando las dificultades de gestión de inventarios. Una de las razones de descentralizar la financiación del Ministerio de Salud en favor de los consejos de salud locales es que estos últimos no están sujetos a

la legislación en materia de contratación pública, lo que les permite adquirir servicios (p. ej. mantenimiento) con mayor rapidez. Atendiendo al punto de vista de los proveedores, los actores del sector privado consideran que la falta de regulación del paquete de prestaciones puede originar en las ofertas diferencias de calidad que no se tengan debidamente en cuenta a la hora de adjudicar los contratos.

A largo plazo, la separación de las funciones de compras y de prestación de servicios puede contribuir a establecer un sistema con una mayor mancomunación de fondos y de riesgos, y una mejor rendición de cuentas. Esta reforma supondría que, cuando una unidad prestase servicios a alguien, percibiría el pago del sistema pertinente, ya fuera el sistema público si la persona no estuviese asegurada o del correspondiente asegurador social o privado si el acto estuviese cubierto por el seguro. Este sistema de pagos podría funcionar también en las instituciones, creando instrumentos e incentivos para el control y la gestión de costos. En las reformas encaminadas a lograr la cobertura universal de salud en Colombia (Recuadro 3.3) o Tailandia, por ejemplo, se separaron las funciones de compras y de prestación de servicios a fin de crear incentivos a la prestación de servicios para todos. Por ejemplo, en el sector público tailandés las unidades de prestación de servicios perciben pagos de la autoridad contratante, sobre la base de un importe per cápita cerrado para la atención ambulatoria y un pago en grupo en función del diagnóstico para la atención hospitalaria. La segregación entre compras y prestación de servicios contribuyó a mejorar la rendición de cuentas en el sistema (Tangcharoensathien et al., 2018).

Hacia la Cobertura Universal de Salud

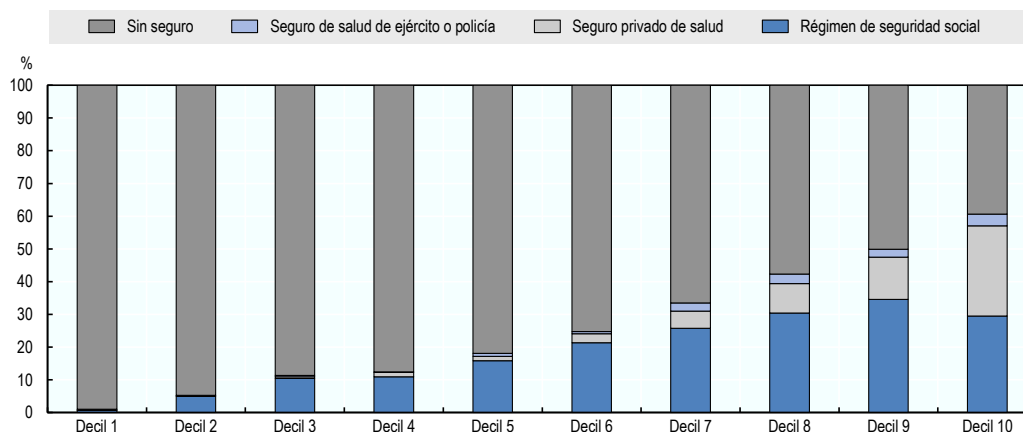
La cobertura universal de salud (CUS) tiene por objeto garantizar que todas las personas y comunidades de un país reciban los servicios de salud que necesitan sin exponerse a sufrir dificultades económicas. Pese a los avances recientes, Paraguay se enfrenta a grandes retos para alcanzar la CUS.⁹ La cobertura de la población (amplitud de la cobertura) es aún muy limitada, en especial en los deciles más pobres de población, en los que sólo una exigua minoría está protegida por algún tipo de seguro de salud. La protección del riesgo financiero (altura de la cobertura) no basta para evitar que muchas personas incurran en gastos catastróficos en salud y se expongan a otros riesgos financieros. Por último, la prestación de los servicios de salud (profundidad de la cobertura) es muy limitada y está estrechamente relacionada con la capacidad de pago de las personas.

El acceso a la atención sanitaria ha mejorado en los últimos años, pero el ritmo actual de progreso es insuficiente para colmar las aspiraciones del país

Paraguay ha venido ampliando el acceso a la atención sanitaria mediante unidades de atención primaria, pero aún queda un gran camino por recorrer para brindar cobertura a toda la población. La atención primaria es el primer nivel de la atención multidisciplinar que cubre a toda la población y actúa como puerta de entrada al sistema. Debe integrar y coordinar los servicios de salud del país, además de satisfacer la mayoría de las necesidades de salud de la población. En lo que se refiere al acceso a la atención sanitaria, el progreso ha sido considerable. El porcentaje de personas enfermas o heridas que recibieron atención sanitaria especializada aumentó del 52.3% en 2003 al 75.5% en 2016. No obstante, en términos de unidades de atención sanitaria operativas, el progreso se ha desacelerado. Si entre 2008 y 2011 se crearon 707 unidades de atención primaria de salud (una media de 176.7 al año), entre 2012 y 2016 sólo fueron 92 unidades (18.4 al año de media). En 2016 Paraguay contaba con un total de 800 unidades, cuando necesitaría unas 1 400 para cubrir a toda la población (Ríos, 2014).

El porcentaje de la población cubierta por seguro de salud ha aumentado despacio y sigue siendo bajo. Aunque el acceso a la atención sanitaria ha registrado un notable aumento de más de 23 puntos porcentuales entre 2003 y 2016, la cobertura del seguro de salud se incrementó menos de 7 puntos porcentuales en el mismo período, del 19% al 26% (Gráfico 3.18 Panel A). En el decil más pobre, casi el 99% de la población no dispone de ningún seguro de salud. Incluso en el decil más rico, aproximadamente un 39.4% carece de él. El régimen de seguridad social cubre a menos de un 1% del decil más pobre de la población y sólo en torno a un 34% del decil más rico (Gráfico 3.17).

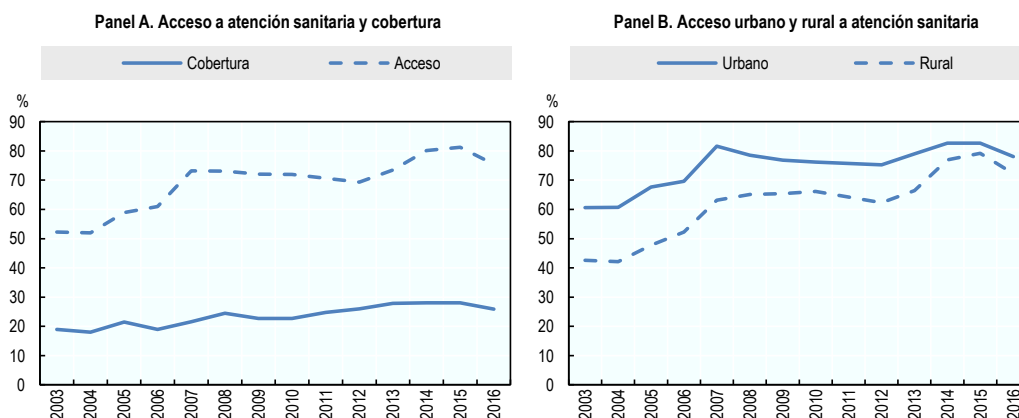
Gráfico 3.17. Cobertura de seguro de salud por decil en 2016



Fuente: Encuesta Permanente de Hogares de Paraguay de 2016 (DGEEC, 2017).


StatLink <https://doi.org/10.1787/888933822121>

Existen amplias asimetrías en el acceso y la cobertura entre los distintos departamentos y municipios, aunque la brecha entre zonas urbanas y rurales se ha estrechado en la última década. La asimetría en la prestación de servicios de salud entre los distintos departamentos y municipios es significativa. En zonas urbanas, tienen acceso a esos servicios más del 78% de la población, mientras que en zonas rurales ese acceso es inferior al 73%. De modo similar, mientras que el 34.3% de la población de zonas urbanas está cubierta por alguna forma de seguro de salud, en las rurales sólo dispone de cobertura el 12.67%. Con todo, la brecha entre zonas urbanas y zonas rurales en el acceso a la atención sanitaria se ha estrechado en las últimas décadas, de 18.1 puntos porcentuales en 2003 a 5.8 puntos porcentuales en 2016 (Gráfico 3.18 Panel B).

Gráfico 3.18. Acceso a la atención sanitaria y cobertura de aseguramiento sanitario en 2003-16

Nota: El acceso a la atención sanitaria incluye el porcentaje de enfermos o heridos que recibieron atención sanitaria especializada. La cobertura de aseguramiento sanitario comprende el porcentaje de la población que dispone de cualquier tipo de seguro médico.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares de Paraguay 2003-2016 (DGEEC, 2017).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822140>

Aunque el acceso ha mejorado, la calidad de la atención primaria es baja, en parte por las dificultades para dotar de personal a las unidades de atención primaria. En el caso de los recursos humanos, el déficit de profesionales de la salud requeridos en el país supera el 20%. En teoría, todas las unidades de atención sanitaria deberían contar con un equipo de profesionales de la salud (equipo de salud de la familia) formado por un médico, un especialista de enfermería u obstetra, un auxiliar de enfermería y entre 3 y 5 agentes comunitarios de salud (Ríos, 2014). En realidad, buena parte de las unidades de atención sanitaria no dispone de un equipo completo de profesionales de la salud (Cuadro 3.3). El país tenía 754 unidades de este tipo en 2014, pero el total de agentes comunitarios en todo el país era sólo de 414. Habida cuenta de que Paraguay tenía un déficit de unas 646 USF en 2014, faltaban unos 5 186 agentes comunitarios (Ríos, 2014) (véase Cuadro 3.3). Normalmente los recursos humanos son más inestables e insuficientes en zonas remotas y desfavorecidas, principalmente por la falta de incentivos económicos para que los profesionales de la salud permanezcan en esos lugares. En lo que respecta a los recursos materiales, la mayoría de las USF carecen de infraestructuras apropiadas; las instalaciones se encuentran con frecuencia en mal estado o son demasiado pequeñas. Carecen, asimismo, de equipos médicos esenciales y el suministro de medicamentos no es suficiente para atender la demanda. En cuanto a su capacidad de integración en la red de salud general, sus sistemas de comunicaciones y transporte están en fase de desarrollo, lo que obstaculiza la coordinación a la hora de derivar pacientes a otros establecimientos de salud (Ríos, 2014).

Cuadro 3.3. Déficit de recursos humanos en atención primaria, 2014

Recursos humanos	Atención primaria operativa: 754 unidades (USF)	Sin atención primaria: 646 unidades (USF)
Médicos	638	762
Personal de enfermería u obstetricia	742	658
Odontólogos	33	247
Auxiliares de enfermería	727	673
Agentes comunitarios	414	5 186
Promotores de salud indígena	40	380
Total	2 594	7 906

Nota: Por cada dos equipos de salud de la familia debe existir un equipo odontológico, integrado por un odontólogo y un asistente (Ríos, 2014). Estas cifras de atención primaria corresponden a las unidades de salud de la familia (USF) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

Fuente: Mapeo de la atención primaria en Paraguay (Ríos, 2014).

Aunque se han reducido las barreras y los riesgos financieros, un segmento de paraguayos incurre en gastos catastróficos por motivos de salud

Las tasas pagadas por los usuarios la prestación de servicios de salud básicos ofrecidos por el MSPBS fueron eliminadas progresivamente. Evitar los pagos directos y reducir los gastos de bolsillo es esencial para aumentar la protección financiera y prevenir que más personas caigan en la pobreza. Al respecto, estimaciones recientes de la OCDE muestran que la participación en los costos (a través del copago) conduce a largo plazo a un mayor gasto sanitario, en particular porque disuade de recibir en su momento la atención médica necesaria, con consecuencias adversas para la salud (De la Maisonneuve, Moreno-Serra y Murtin, 2016). El Gobierno ha procurado reducir las tarifas que se cobran por los servicios básicos de salud en Paraguay. La colposcopia, biopsia cervical, la prueba de Papanicolau, la ligadura de trompas y la implantación de DIU son gratuitas desde 2001. Los suministros básicos para el parto y el diagnóstico de la tuberculosis lo son desde 2005. Finalmente, el Ministerio de Salud suprimió en 2008 todas las contribuciones restantes por el uso de servicios básicos, en el marco de una política de gratuidad dirigida a eliminar en el país las barreras económicas a la salud (Giménez Caballero, 2013).

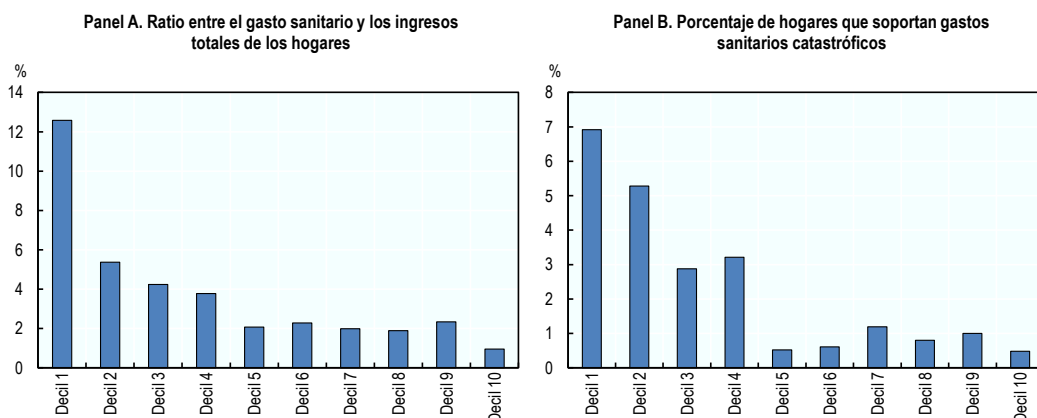
Los más pobres corren más riesgo de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud (GCS). Los GCS se producen cuando el gasto de bolsillo por servicios de salud consume un porcentaje tan elevado de los ingresos disponibles de una familia que puede arrastrarla a la pobreza. En general existe riesgo de caer en la pobreza si el gasto de bolsillo en salud supera el 30% de los ingresos totales. En Paraguay, los hogares del decil más pobre de la población gastan de media más del 12% de sus ingresos totales en sufragar los gastos sanitarios, mientras que los del decil más rico gastan menos del 1% (Gráfico 3.19 Panel A). En torno al 2% de las familias incurre en gastos catastróficos por motivos de salud, una cifra que en el decil más pobre de la población se eleva al 7% (Gráfico 3.19 Panel B). Aunque no existen cifras comparables en la región, el gasto catastrófico por motivos de salud es un problema común en la mayoría de los países de América Latina. No obstante, países como Costa Rica han logrado mantener bastante bajo el porcentaje de población que sufre GCS (0.4%), mientras que en otros país aún es muy elevado, como en Guatemala, donde afecta al 11.2% de los hogares (Knaul et al., 2011).¹⁰

Recuadro 3.4. Atención Primaria de Salud: el caso de Costa Rica

En las últimas décadas Costa Rica ha alcanzado un consenso nacional claro sobre la función del sistema de atención sanitaria. En particular, los esfuerzos dirigidos a incrementar el acceso a la atención primaria se redoblaron a principios de la década de 1990, cuando el país inauguró clínicas de comunidad llamadas Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). En 1995 existían 232 EBAIS en el país, sobre todo en comunidades desatendidas, lo que mejoró mucho el acceso de las áreas rurales a la atención primaria. Actualmente hay más de 1 000 EBAIS en todo el país; constituyen, en efecto, la base del sistema nacional de atención sanitaria. Dotados de al menos un médico, un especialista o auxiliar de enfermería y un asistente de atención sanitaria, cada EBAIS atiende a unos 1 000 hogares. También pueden incluir personal como trabajadores sociales, odontólogos, técnicos de laboratorio, farmacéuticos y nutricionistas, que pueden trabajar en varios EBAIS agrupados en áreas de salud. Los servicios incluyen tratamientos ambulatorios, planificación familiar y servicios médicos comunitarios, promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como tratamiento de enfermedades crónicas (no complejas). Cuando es necesario, los EBAIS remiten pacientes a niveles superiores de atención sanitaria.

Recientemente, el ambicioso e innovador modelo de atención primaria de Costa Rica se ha sido mejorado con la creación de tres Centros de Atención Integral de Salud (CAIS). Estos centros forman una red que amplía el sistema de atención primaria, ofreciendo servicios de maternidad, camas para cuidados intermedios (a fin de prevenir el ingreso hospitalario o bien acelerar el alta), cirugía ambulatoria, rehabilitación, clínicas de especialidades (p. ej. de tratamiento del dolor) y diagnósticos como el radiográfico. Los CAIS celebran asimismo seminarios para dar apoyo a los EBAIS locales tipo comparando y analizando sus indicadores de resultados, ofreciendo telemedicina y visitas a domicilio e insistiendo en la atención preventiva. En 2015 uno de los CAIS constituyó una comisión local sobre violencia doméstica y la mayoría de las 15 000 visitas a domicilio que se realizaron se dedicaron a la promoción de la salud y la atención preventiva. La integración ascendente con las entidades prestadoras de asistencia secundaria la realizan los CAIS mediante la elaboración de protocolos y vías de tratamiento de pacientes para redes de servicio en las áreas de psiquiatría, pediatría, geriatría y otras especialidades. El modelo de atención primaria en salud de Costa Rica presenta, pues, interés para los sistemas de salud de los países de la OCDE que busquen una atención integral centrada en las personas.

Fuente: Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Costa Rica (OCDE, 2017).

Gráfico 3.19. Gasto de bolsillo en salud, por deciles del ingreso

Nota: El Panel A indica el coeficiente entre los gastos sanitarios y los ingresos totales de los hogares que soportaron gastos sanitarios en los últimos 90 días.

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares de Paraguay de 2014 (DGEEC, 2017).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822159>

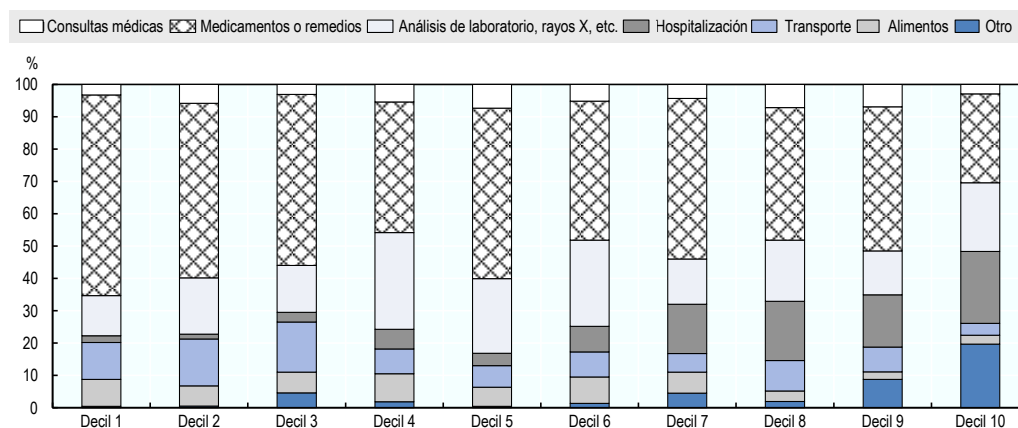
La mayoría de gastos de bolsillo en salud se deben a medicamentos, análisis de laboratorios y transporte. Pese a la política de proporcionar medicamentos gratis, es la medicación, y no los costosos tratamientos intensivos, la principal fuente de gasto de bolsillo. Los gastos de los hogares en medicación suponen de media un 62% del gasto de bolsillo total, seguidos en orden de importancia por el transporte (17.7%) y las pruebas médicas (p. ej. rayos X o análisis de laboratorio: 8.4%). En lo que se refiere a los gastos catastróficos por motivos de salud, un 50.7% corresponde a medicamentos, un 17.8% a análisis de laboratorio, un 10.5% a transporte y un 6.5% a hospitalización. El impacto negativo de los gastos de medicamentos es mayor entre los deciles con menores ingresos. En cambio, los gastos catastróficos por hospitalización afectan a un porcentaje mayor entre los deciles más ricos de la población, lo que refleja la prevalencia relativamente baja del seguro de salud entre los ciudadanos con mejor situación económica (Gráfico 3.20).

Para garantizar una protección financiera adecuada en Paraguay, se requieren medidas que aseguren a las personas contra incidentes poco frecuentes pero onerosos. Esto puede lograrse a través del sector público o mediante una combinación de atención gratuita para quienes no tienen capacidad de pago y seguro obligatorio en un mercado regulado para los que pueden sufragarlo, tanto en la seguridad social como en el sector privado. El FONARESS aspiraba a financiar la cobertura de las personas que careciesen de seguro adecuado para una serie de afecciones, pero nunca se puso en marcha. Del mismo modo, la Secretaria Técnica de Planificación y el Ministerio de Salud están probando un régimen que garantice un paquete de prestaciones. El plan, que se denomina Servicio de apoyo a la salud materno-infantil, cubre a mujeres en edad fértil y a menores de 18 años (véase Recuadro 3.5). En principio, dicho plan se apoya en los servicios prestados por el Ministerio de Salud, pero dispone de un fondo de contingencia para financiar la derivación al sector privado cuando el Ministerio no pueda prestar el servicio. El proyecto está en fase de pruebas con 150 000 familias desde octubre de 2017. Al final de 2017, el fondo de contingencia no había desembolsado cantidad alguna. Al establecer un mecanismo de adquisición de servicios en virtud del cual el Ministerio de Salud dé cumplimiento al


derecho a la atención sanitaria, el programa piloto contribuye a poner la semilla de la necesaria reforma de las compras en el sector de salud.

Garantizar una protección financiera adecuada requiere también un esfuerzo significativo por mejorar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos. La insuficiencia de las existencias de medicamentos fue una conclusión recurrente de las evaluaciones de las USF (Monroy Peralta et al., 2011). Es fundamental mejorar la disponibilidad de medicamentos en los servicios públicos de salud, pero también debe vigilarse la asequibilidad de las medicinas en el sector privado. Por otra parte, el control sobre el empleo y venta de medicamentos debería reforzarse para evitar el uso indebido, que puede incrementar el costo del tratamiento. Por ejemplo, la Política Nacional de Medicamentos advierte que 3 de cada 10 fármacos de prescripción médica se obtienen sin receta y señala que la mayoría de los casos de diarrea se tratan con sales de rehidratación, acompañado de otros tratamientos posiblemente innecesarios (MSPBS/OPS/OMS, 2015).

Gráfico 3.20. Distribución del gasto catastrófico por motivos de salud de los hogares



Fuente: Encuesta Permanente de Hogares de Paraguay de 2014 (DGEEC, 2017).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822178>

Avanzando hacia un plan de salud garantizado que esté mejor definido

La mayoría de la población no tiene acceso garantizado a un paquete completo de servicios de salud. El subsistema público ofrece a los pacientes servicios gratuitos hospitalarios y ambulatorios, pero no existe un paquete específico de prestaciones. En Paraguay sólo quienes están asegurados por el Instituto de Previsión Social (IPS) o cuentan con un seguro privado tienen derecho a un conjunto específico y garantizado de prestaciones, pero estas personas únicamente representan el 22.7% de la población total del país. La mayoría restante no está asegurada y depende de los servicios que presta el subsistema público. La prestación de esos servicios está supeditada a la disponibilidad efectiva de servicios y recursos en un determinado momento, por lo que el acceso a los servicios queda con frecuencia condicionado a la capacidad de pago del paciente. Es el caso, por ejemplo, de los medicamentos no incluidos en el subsistema público. Además, los seguros y planes de medicina prepagada de proveedores de salud privados están sujetos a un cierto número de exclusiones.

Un programa piloto reciente ha contribuido a definir mejor un paquete garantizado de servicios y ha establecido un mecanismo de financiación de esa garantía. El Servicio de

apoyo a la salud materno-infantil (Recuadro 3.5) definió un paquete de servicios cuyos beneficiarios son niños y mujeres en edad fértil y estableció un fondo de contingencia para financiar los cuidados intensivos en el sector privado cuando no estuvieran disponibles unidades del sector público. La definición de un paquete concreto de servicios refuerza el derecho a la atención sanitaria de los ciudadanos y hace explícito el costo de la prestación de esa atención. En la actualidad, el paquete de servicios comprende servicios que se definen por procedimientos o tipos de tratamiento, con inclusiones expresas de patologías o problemas de salud (p. ej. actos médicos relacionados con el embarazo para mujeres en edad fértil). Los criterios de inclusión se podrían definir mejor para que el paquete de servicios fuera más fácilmente escalable. Inicialmente, al igual que en el caso de las Garantías Explícitas en Salud de Chile, es conveniente basar la inclusión de los servicios en una lista de patologías o problemas de salud, posiblemente comprendiendo áreas de atención preventiva.

La reforma para establecer y financiar un paquete garantizado requeriría un amplio alcance y financiación. El fondo de contingencia del Servicio de apoyo a la salud materno-infantil no se ha utilizado en el período de tres meses de implementación. Los datos del proyecto aún no se han analizado, por lo que se desconocen los patrones de la asistencia prestada a los beneficiarios. El protocolo para el uso del fondo de contingencia lo limitaba a tratamientos de alta complejidad. Además, en el paquete no se especifican tiempos de espera como parte de la garantía, a diferencia de lo que sucede por ejemplo en Chile (Bitrán, 2013), de forma que cabe que no se cumplan los requisitos referidos a la falta de disponibilidad en el subsistema público. Estos dos elementos conjuntamente pueden explicar la falta de gasto del fondo. De cara al futuro, los esfuerzos por garantizar la atención sanitaria deberán incluir todos los suministros y medicamentos necesarios para el tratamiento de los problemas médicos conforme a las directrices clínicas, así como establecer mecanismos de financiación para dichos problemas y las pruebas diagnósticas conexas. De hecho, entre los pobres la mayoría de los gastos catastróficos por motivos de salud se derivan de adquirir medicamentos y pruebas médicas, no de los pagos por hospitalización (Gráfico 3.20). La financiación será aún más necesaria por cuanto cabe esperar que el plan de garantía incrementará el uso de la atención sanitaria por los beneficiarios.¹¹ Los elementos de implementación aleatoria del programa piloto y los datos de seguimiento recopilados deberían proporcionar información sobre el impacto de la garantía en los patrones de uso del servicio sanitario y, por tanto, las potenciales necesidades financieras. Dependiendo de la calidad de los datos de seguimiento disponibles sobre los no beneficiarios de las áreas de influencia del proyecto, los programas piloto sucesivos deberían considerar establecer una base de referencia.

Dado que la prestación de servicios de salud privados es bastante limitada, otros subsistemas incurren en gastos residuales para asumir tratamientos no cubiertos. Los planes de salud ofrecidos por compañías aseguradoras privadas no suelen conceder protección contra epidemias, enfermedades congénitas, enfermedades psiquiátricas, tratamiento quirúrgico de enfermedades de transmisión sexual y ciertos accidentes. Por otra parte, rara vez cubren tratamientos costosos de larga duración, como quimioterapia y hemodiálisis, y los medicamentos y suministros incluidos son muy limitados (Mancuello y Cabral de Bejarano, 2011). Cuando encuentran estas exclusiones, los pacientes optan por volver al subsistema público o emprenden acciones judiciales invocando su derecho a la salud a fin de obligar a los servicios públicos o privados a prestar esos tratamientos.

Recuadro 3.5. Prueba piloto de un seguro no contributivo: el servicio de apoyo a la salud materno-infantil

El Servicio de apoyo a la salud materno-infantil, diseñado en el marco del programa integral contra la pobreza *Sembrando Oportunidades*, se lanzó entre octubre y diciembre de 2017 en una prueba piloto con más de 150 000 hogares.

El programa establece un listado de servicios garantizados para los beneficiarios, que son hombres y mujeres jóvenes, así como mujeres en edad fértil. El listado comprende una amplia gama de servicios para niños menores de 5 años y para adolescentes de entre 10 y 18 años, y servicios relacionados con el embarazo.

Los participantes en el programa reciben una tarjeta que facilita el seguimiento, y en la que consta un número de teléfono para reclamaciones. Asimismo, el programa creó un fondo de contingencia de 1.5 millones de USD para garantizar la prestación de servicios. Cuando el Ministerio de Salud no pueda prestar el servicio, el programa prevé un protocolo, vinculado al sistema de derivación de pacientes del Ministerio de Salud, para que el servicio lo preste el sistema privado y lo financie el fondo. El acuerdo interinstitucional regulador del programa (MSBPS/STP, 2017) y su modificación especifican el protocolo para la prestación de cuidados intensivos. El fondo fue creado gracias a Itaipú y lo gestiona el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

La STP y el MSPBS introdujeron el programa piloto en áreas de influencia de las USF con un complemento completo y niveles de pobreza superiores al 20%. En las zonas con tasas de pobreza superiores al 30% se incluyeron todos los hogares; en las zonas con tasas de pobreza entre el 20% y el 30%, la mitad de los hogares se seleccionaron aleatoriamente para su inclusión.

En los 3 meses de la prueba piloto no se utilizó el fondo de contingencia. El proyecto se puso en práctica de manera descentralizada, lo que originó retrasos en la entrega de las tarjetas a ciertos beneficiarios.

Fuente: MSPBS/STP (2017).

Muchos países de ingresos medios que garantizan a los ciudadanos el derecho a la salud experimentan dificultades para obtener los recursos que permitan prestar los servicios. Por ejemplo, Brasil, Colombia y México garantizan a los ciudadanos el derecho a la salud, pero tienen dificultades para lograr recursos humanos y suministros médicos. En Brasil, no obstante, la cobertura universal del sector público, el 25% de la población recurre al seguro privado para conseguir diagnósticos y consultas sin esperas. En países como Corea o Colombia los fármacos no están cubiertos, y tampoco lo están el tratamiento hospitalario y las visitas del médico (OCDE, 2016d).

Establecer la amplitud de cobertura adecuada resulta esencial para asegurar una protección financiera apropiada a toda la población. Es importante indicar con claridad qué servicios de salud están cubiertos y cuáles no, a fin de velar por que se preste una atención esencial efectiva en costos, sin barreras económicas, excluyendo, por otra parte, los servicios no efectivos en costos con beneficios clínicos cuestionables (OCDE, 2016d). La determinación de los servicios que deban cubrirse habrá de basarse en un análisis crítico por los organismos responsables de la evaluación de la tecnología de la salud. Esta función

podría desempeñarla Dirección Médica Nacional establecida en la Ley 1032 de Paraguay, a condición de que se le conceda autonomía y recursos suficientes.

Recomendaciones de política

Para aumentar las oportunidades de lograr la cobertura universal de salud, el sistema de salud de Paraguay necesita una reforma sistémica y una visión de futuro. Mantener el ritmo de crecimiento de la financiación sanitaria al tiempo que se aumenta la equidad y la eficiencia constituye un reto importante. La fragmentación del sistema de salud en un régimen privado prepagado, un régimen público basado en los presupuestos generales y sistemas de seguridad social basados en aseguramiento constituye un obstáculo importante para lograr una rectoría del sistema eficaz y una asignación eficiente de recursos. Un proceso de diálogo nacional podría determinar el modelo que elige el país, en particular en lo que atañe a su financiación: si un modelo basado en seguros en el que se subsidia, preferiblemente de modo explícito por el erario público, la cobertura de quienes no tienen capacidad de pago, o un modelo de servicio nacional de salud en el que se ofrece gratuitamente a todos los ciudadanos un paquete básico de servicios de salud. En ambos casos podrían coexistir los diversos segmentos que conforman actualmente el sistema, si bien de un modo mucho más integrado.

A corto y medio plazo es mucho lo que se puede hacer para aumentar el grado de integración y coordinación del sistema nacional de salud. Cabe mencionar en este sentido la determinación de condiciones marco que posibiliten los acuerdos interinstitucionales y la unificación de la atención sanitaria en el punto de atención, aprovechando la experiencia adquirida en la materia. Con independencia del modelo que se elija para el futuro, Paraguay debe por un lado impulsar la transición hacia redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria, como camino efectivo en costos de lograr la cobertura universal de salud, y por otro lado garantizar la sostenibilidad de la financiación sanitaria, diversificando las fuentes de financiación y trasladando los gastos de bolsillo hacia flujos de financiamiento prepagado, ya sea en forma de impuestos, cotizaciones de seguridad social o primas de seguro.

Recuadro 3.6. Principales recomendaciones para reformar el sector salud

1. Establecer una visión del sistema de salud que pueda garantizar una cobertura de salud universal y equitativa.
2. Establecer condiciones marco que favorezcan la integración de la prestación de servicios de salud en el sistema público y, potencialmente, en el privado:
 - a. Revisar los acuerdos interinstitucionales existentes entre entidades del sector público.
 - b. Establecer un marco que generalice los acuerdos interinstitucionales para la prestación de servicios entre entidades del sector público.
 - c. Considerar una reforma para que las compras públicas de servicios y suministros de salud se lleven a cabo de manera más reactiva.
 - d. Estudiar la inclusión de los funcionarios públicos y empleados del Estado en el servicio de salud de la seguridad social.

- e. A largo plazo, separar las funciones de compras y prestación de servicios en todo el sistema de salud.
3. Mejorar la gobernanza del sistema nacional de salud:
 - a. Fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, dotando a las instituciones de supervisión de la autonomía y los recursos financieros y humanos necesarios.
 - b. Proseguir la aplicación del marco legal para la gobernanza del sistema nacional de salud.
 - c. Consolidar y simplificar los cuerpos normativos y regulatorios relacionados con el sector de la salud a fin de:
 - Velar por que la regulación se aplique a todos los actores pertinentes.
 - Eliminar inconsistencias.
 - Actualizar o revocar legislación obsoleta.
 - d. Aumentar la inversión en el desarrollo de sistemas de información en salud a fin de ofrecer mejor información estadística y apoyar la continuidad de la atención.
 - Proseguir los esfuerzos dirigidos a mejorar la precisión de las estadísticas vitales.
 - Unificar los sistemas dentro de las instituciones y, cuando proceda, a través de los subsistemas público, privado y mixto.
 - Reforzar la capacidad de los órganos rectores para generar estadísticas de salud para todo el sistema, con el apoyo de la Oficina General de Estadística.
 - Desarrollar un sistema que permita monitorear los historiales médicos y acceder a ellos con el fin de garantizar la continuidad de la atención.
 4. Asegurar una financiación sanitaria sostenible en apoyo de la cobertura universal de salud:
 - a. Diversificar las fuentes de financiación sanitaria.
 - Considerar subidas de impuestos sobre el consumo de bienes nocivos para la salud (p. ej. tabaco, bebidas alcohólicas) y destinar una parte de esos ingresos a la financiación de la salud.
 - b. Canalizar el gasto de bolsillo hacia regímenes prepagados:
 - Imponer la afiliación obligatoria al seguro de salud.
 - Reformar los sistemas contributivos de los trabajadores autónomos para adaptarlos mejor a sus circunstancias.
 - Ofrecer seguros de salud subsidiados total o parcialmente a quienes no puedan pagar (a través de un subsidio con comprobación de recursos).

- c. Establecer un fondo mancomunado para cubrir contingencias clave:
 - Implementar FONARESS para cubrir tratamientos de alta complejidad para todos los paraguayos e incluir financiamiento privado y del IPS en la constitución de fondos.
 - Reformar FONARESS para que cubra un paquete básico de atención integral, más allá de los tratamientos de alta complejidad, como base de la mancomunación de fondos.
 - Estudiar la inclusión de otras contingencias (p. ej. accidentes de tráfico).
 - d. Reformar el sistema de pago a proveedores —en consonancia con la separación de las funciones de compras y prestación de servicios— velando por que el nuevo sistema de pago ofrezca incentivos para un servicio de calidad, un control de costos y derivaciones apropiadas de pacientes.
5. Avanzar hacia la cobertura universal de salud con la ampliación de los servicios y la cobertura de seguros de salud, aumentar la protección financiera y asegurar un paquete de prestaciones bien definido:
 - a. Ampliar la cobertura de las USF.
 - b. Asegurar una protección financiera adecuada en particular mediante:
 - Una cobertura universal para afecciones y tratamientos de alto costo.
 - La mejora de la disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos.
 - c. Definir un conjunto de patologías y/o servicios garantizados cuyo tratamiento y prestación tenga asegurada efectivamente la población.
 - d. Capitalizar la experiencia del programa piloto para garantizar un paquete de servicios para niños y mujeres en edad fértil.
 6. Reforzar la orientación del sistema nacional de salud hacia redes integradas basadas en la atención primaria de salud:
 - a. Reforzar las Unidades de Salud de la Familia (USF), dotándolas de recursos humanos y económicos suficientes.
 - b. Aumentar el ritmo de expansión de las USF de cara a lograr los objetivos de cobertura universal.
 7. Invertir en promoción de la salud y prevención de enfermedades:
 - a. Una primera manera fundamental de alcanzar una cobertura universal sostenible es aumentar la inversión en promoción de la salud y prevención de enfermedades.
 - b. Mitigar los factores de riesgo por comportamiento puede ser más efectivo en costos que tratar luego los trastornos de salud asociados a esos comportamientos.

Notas

¹ La *superficie forestal original* hace referencia a la época en que la zona estaba cubierta en su mayor parte por vegetación forestal nativa virgen. Esa época corresponde en general a finales del siglo XV y principios del siglo XVI, coincidiendo con la llegada de los primeros europeos y el comienzo del rápido proceso de transformación de bosques en tierras agrícolas. Con anterioridad, el grado de impacto de los pueblos nativos en la región ecológica en su conjunto probablemente fue relativamente pequeño o medio (Di Bitetti, Placci y Dietz, 2003).

² IPS cubría a 1.37 millones de paraguayos al final de 2016, incluidas personas a cargo, regímenes especiales y regímenes no contributivos (ex combatientes y descendientes). Según proyecciones de la DGEEC correspondientes a 2016, el 19.93% de la población.

³ Sobre la base de la última entidad sanitaria que trató la enfermedad o lesión en los últimos 90 días (DGEEC, 2017).

⁴ En la práctica, la asignación de recursos del FONACIDE al Fondo Nacional de Salud permite al Ministerio de Salud contar con una fuente de financiación fácilmente disponible que ronda el 7% del presupuesto total del Ministerio.

⁵ Son excepciones a esta regla dos regímenes especiales: los funcionarios y el personal contratado del Ministerio Público, que pueden cotizar al IPS, y los maestros del subsistema público, que pueden cotizar a un régimen especial que cubre únicamente los riesgos de salud (pero no las pensiones).

⁶ La cifra resulta de asignar un subsidio mensual de 300 000 PYG a funcionarios públicos y empleados de la Administración Central y de las entidades financieras del Estado, exceptuando el Ministerio de Educación y la Oficina del Ministerio Público, ya que los profesores del subsistema público, los funcionarios públicos y los empleados de la Oficina del Ministerio Público disfrutaban de regímenes especiales. Se trata, pues, de una estimación conservadora.

⁷ Las cifras proporcionadas, que se basan en datos de contratación, no se corresponden necesariamente con los pagos efectivos, ya que se basan en el pago per cápita y el número estimado de beneficiarios.

⁸ El reglamento interno del IPS prevé una contribución del presupuesto general del 1.5% de la base (IPS, 2013). Esta contribución nunca ha sido desembolsada y la distribución de estos fondos, con arreglo al propio reglamento interno del IPS, no es factible (ya que en sus artículos 23 y 34 prevé una distribución que totaliza más del 100% entre fondos).

⁹ La cobertura de salud puede medirse por el porcentaje de población con acceso a los centros de salud (amplitud de la cobertura), por el porcentaje de los costos totales que está cubierto por los mecanismos de prefinanciación (protección financiera o altura de la cobertura) y por la gama de servicios disponibles para atender las necesidades de salud de la población (profundidad de la cobertura).

¹⁰ Aunque el análisis de Knaul et al. (2011) expone un panorama útil del gasto catastrófico por motivos de salud en América Latina, los porcentajes se han calculado sobre la base de los gastos totales de los hogares, netos del gasto en alimentos, por lo que las cifras no son plenamente comparables con las presentadas en este capítulo respecto a Paraguay.

¹¹ Por ejemplo, en Chile, en 2009, cuatro años después de introducirse las garantías AUGE, el número de biopsias de mama se duplicó, los tratamientos quirúrgicos de la escoliosis se triplicaron y las colangiografías laparoscópicas se cuadruplicaron (Bitrán, 2013).

Referencias

- Banco Mundial (2018), *World Development Indicators* (base de datos), <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.
- Bitrán, R. (2013), *Explicit Health Guarantees for Chileans: The AUGE Benefits Package*, Universal Health Coverage Studies Series N°21, Banco Mundial, Washington DC.
- Casalí, P., O. Cetrángolo, y A. Goldschmit (2017), *Paraguay. Protección social en salud: reflexiones para una cobertura amplia y equitativa*, Organización Internacional del Trabajo.
- Contraloría General de la República (2010), *Resolución CGR n° 796/10: Examen especial al cumplimiento de convenios suscritos referentes a medicamentos e insumos del Instituto de Previsión Social (IPS), vigentes al ejercicio fiscal 2010*, Contraloría General de la República, Asunción.
- Da Ponte et al. (2017), *Assessing Forest Cover Dynamics and Forest Perception in the Atlantic Forest of Paraguay, Combining Remote Sensing and Household Level Data*, *Forests* 8(10): 389.
- De la Maisonneuve, C., R. Moreno-Serra y F. Murtin (2016), “The drivers of public health spending: integrating policies and institutions”, *OECD Working Papers* N° 1283, París.
- DGEEC (2017), *Encuesta Permanente de Hogares de Paraguay* (base de datos), Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay, Fernando de la Mora, www.dgeec.gov.py/datos/encuestas/eph.
- DGEEC (2015), *Anuario estadístico del Paraguay 2015*, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay, Fernando de la Mora.
- Di Bitetti, M., G. Placci y L. Dietz (2003), *A biodiversity vision for the Upper Paraná Atlantic Forest eco-region: designing a biodiversity conservation landscape and setting priorities for conservation action*, World Wildlife Fund, Washington, D.C.
- Dullak, R. et al. (2011), *Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva*, *Ciência y Saúde Coletiva*, 16(6), 2865-2875.
- Fleytas, M. (2007), *Cambios en el paisaje. Evolución de la cobertura vegetal en la Región Oriental del Paraguay*, Fundación Moisés Bertoni, Asunción.
- Ganchimeg, T. O. (2014), *Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study*, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(s1), 40-48.
- GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators (2017), *Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*, *Lancet* (390), 231–66.
- Giménez Caballero, E. (2013), *Hacia un sistema de salud con garantías: Notas para nuevas políticas de salud en Paraguay*.
- Global Burden of Disease Collaborative Network (2016), *Global Burden of Disease Study 2016* (base de datos), Institute for Health Metrics and Evaluation.
- Gobierno Nacional de Paraguay (2014), *Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030*, Asunción, www.stp.gov.py/pnd/wp-content/uploads/2014/12/pnd2030.pdf.
- Gottret, P. y Schieber, G. (2006), *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*, Banco Mundial, Washington, D.C., <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7094>.

- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (2012), *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*, Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Rio de Janeiro.
- IPS (2016), *Anuario Estadístico Institucional IPS 2016*, Instituto de Previsión Social, Asunción.
- IPS (2013), *Carta Orgánica*, Instituto de Previsión Social, Asunción.
- Knaul, F. et al. (2011), *Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries*, *Salud Pública Mex*, 53 (2), 85-95.
- Mancuello, J. y M. Cabral de Bejarano (2011), *Sistema de Salud de Paraguay*, *Revista Salud Pública Paraguay*, 1 (1), 13-25, Asunción.
- MH (2017), *Reporte Nacional de Inclusión Financiera del Paraguay 2017*, Ministerio de Hacienda de Paraguay, Asunción.
- MH (2018), BOOST (base de datos), Ministerio de Hacienda de Paraguay, Asunción.
- Ministerio del Interior (2015), *Reporte Estadístico: Homicidio doloso 2015*, Observatorio Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana, Asunción.
- Monroy Peralta, G. et al. (2011), *Informe final de evaluación: Programa unidades de salud de la familia*, Ministerio de Hacienda de Paraguay, Asunción.
- MSPBS (2018), *Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV)* (base de datos), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, Asunción.
- MSPBS (2017a), *Atención Primaria en Salud (APS): Listado de Unidades de Salud de la Familia* (base de datos), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, Asunción.
- MSPBS (2017b), *Promesa cumplida: Salud suma 111 nuevas unidades de terapia este año*, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, Asunción, www.mspbs.gov.py/portal/7521/promesa-cumplida-salud-suma-111-nuevas-unidades-de-terapia-este-ano.html (recuperado en mayo de 2018).
- MSPBS (2016), *Indicadores de Recursos y Cobertura* (base de datos), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, Asunción.
- MSPBS (2015), *Política Nacional de Salud 2015-2030*, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, Asunción.
- MSPBS (2013), *Indicadores Básicos de Salud Paraguay 2013*, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, Asunción.
- MSPBS/IPS (2013), *Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, El Instituto de Previsión Social - IPS y el Consejo Local de Salud de la Ciudad de Buena Vista – CLS*, Asunción.
- MSPBS/OPS/OMS (2014), *Perfil Farmacéutico de la República del Paraguay*, Asunción.
- MSPBS/OPS/OMS (2015), *Política Nacional de Medicamentos*, Asunción.
- MSPBS/STP (2017), *Convenio marco de cooperación técnica interinstitucional*, Asunción.
- OCDE (2018), *Estudio multidimensional de Paraguay: Volumen 1. Evaluación inicial*, Caminos de desarrollo, Publicaciones OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/10.1787/9789264301924-es>.
- OCDE (2017), *OECD Reviews of Health Systems: Costa Rica 2017*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/9789264281653-en>.

- OCDE (2016a), *Consumption Tax Trends 2016: VAT/GST and excise rates, trends and policy issues*, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/ctt-2016-en>.
- OCDE (2016b), *OECD Reviews of Health Systems: Colombia*, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/9789264248908-en>.
- OCDE (2016c), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico*, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/9789264230491-en>.
- OCDE (2016d), *Universal Health Coverage and Health Outcomes*, OECD Publishing, París, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Universal-Health-Coverage-and-Health-Outcomes-OECD-G7-Health-Ministerial-2016.pdf>.
- OCDE (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/9789264181069-en>.
- OCDE (2013), *Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges*, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/9789264193505-en>.
- OCDE/CIAT/BID/CEPAL (2018), *Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe 2018*, OECD Publishing, París, https://doi.org/10.1787/rev_lat_car-2018-en-fr.
- Oficina Comercial de Chile en Paraguay – ProChile (2017), *Estudio de Mercado Servicios de Salud en Paraguay*, Santiago.
- ONU Mujeres/Ministerio de la Mujer (2016), *Violencia contra las mujeres en Paraguay: Avances y Desafíos*, Oficina Comercial de Chile en Paraguay, Asunción.
- OIT (2017), *Paraguay. Protección social en salud: reflexiones para una cobertura amplia y equitativa*, Organización Internacional del Trabajo, Santiago, www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_566978.pdf.
- OPS (2017), *Health in the Americas+, 2017 Edition. Summary: Regional Outlook and Country Profiles*, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.
- OPS (2010), *Redes Integradas de Servicios en Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*, Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.
- OPS/OMS (2014), *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.
- OPS/OMS/MSPBS (varios años), *Indicadores Básicos de Salud Paraguay*, Organización Mundial de la Salud, Washington D.C.
- Gobierno Nacional de Paraguay (2018), *Presupuesto General de la Nación para el Ejercicio Fiscal 2018*, Asunción.
- República de Paraguay (1974), *Ley 480 que actualiza el arancel médico-quirúrgico privado y de medicina prepa (Seguros)*, Asunción.
- Ríos, G. (2014), *Mapeo de la Atención Primaria en Salud en Paraguay*, Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Río de Janeiro.
- Superintendencia de Salud (2017), *Registro Nacional de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (RNEPSS)*, Superintendencia de Salud, Asunción.
- Tangcharoensathien, V. et al. (2018), *Health systems development in Thailand: A solid platform for successful implementation of universal health coverage*, *The Lancet* 391(10126), 1205-1223.

Naciones Unidas (2018), *Global Indicators Database* (database),
<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/?area=PRY#footnotes>.

Vilaça Mendes, E. (2011), *Las Redes de Atención de Salud*, Organización Panamericana de la Salud, Brasilia.

OMS (2017), *Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2017*, Organización Mundial de la Salud, Washington D.C.

OMS (2018a), *Base de datos mundial de gasto sanitario* (base de datos), Organización Mundial de la Salud, Washington D.C.

OMS (2018b), *Observatorio Mundial de la Salud* (base de datos), Organización Mundial de la Salud, Washington D.C.

Capítulo 4. Hacia un sistema de educación y habilidades que fomente la inclusión y la empleabilidad en Paraguay

Paraguay ha logrado avances sustanciales en varias dimensiones de su sistema educativo en los últimos años, como se destaca en el Volumen I del Estudio Multidimensional de Paraguay. Sin embargo, persisten retos importantes y quedan reformas pendientes. El acceso al sistema educativo se ha ampliado notablemente, aunque sigue planteando retos en los niveles de educación pre-primaria y secundaria, así como en el caso de algunos grupos socioeconómicos. La escolarización ha mejorado, pero los resultados del aprendizaje son mediocres. La pertinencia de la educación y las habilidades que proporciona el sistema es cuestionable, como revela la problemática transición de la escuela al trabajo, siendo muchos los jóvenes que abandonan demasiado pronto el sistema educativo para acabar en situación de inactividad o trabajo informal. Este capítulo examina detalladamente los desafíos mencionados y ofrece recomendaciones para mejorar el sistema de educación y habilidades del país con miras a fomentar la inclusión y la empleabilidad.

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Transformar el sistema de educación y habilidades de Paraguay es crucial para fomentar la inclusión y mejorar el acceso a empleos de buena calidad. Suele señalarse que la educación es un área en el que las políticas públicas son fundamentales para asegurar una sociedad equitativa y oportunidades de calidad para todos. También es un factor clave de movilidad social, al permitir a los ciudadanos participar en la sociedad y la economía, y garantizar a las generaciones futuras acceso a mejores oportunidades y un mayor bienestar. Las sociedades más desarrolladas y cohesionadas exhiben unos niveles de educación más altos, y quienes han recibido más educación declaran niveles superiores de confianza en sí mismos, participación cívica y salud. Además, el acceso a empleos de buena calidad guarda estrecha relación con el nivel educativo alcanzado y con el conjunto de habilidades de las que se dispone (OCDE/CAF/CEPAL, 2016; OCDE/CAF/CEPAL, 2014; OCDE/Hanushek/Woessman, 2015). En resumen, la educación y el desarrollo van de la mano, y que Paraguay logre con éxito sus principales objetivos de desarrollo, según se establecen en el Plan Nacional de Desarrollo *Paraguay 2030*, dependerá en gran medida de su capacidad para mejorar el sistema de educación y habilidades.

El país se ha anotado avances importantes en varias dimensiones de su sistema educativo en los últimos años, pero persisten retos importantes. El Volumen I de este Estudio Multidimensional de Paraguay destaca tanto la mejora de los resultados educativos como las reformas pendientes, según revelan comparaciones internacionales con países de la OCDE y con otros de un nivel similar de desarrollo. El acceso al sistema educativo se ha ampliado considerablemente, en especial en primaria, pero subsisten obstáculos en la educación pre-primaria y secundaria. El nivel socioeconómico continúa siendo un factor de predicción de progresión una vez dentro del sistema educativo, pues determina decisivamente las tasas de matrícula y finalización. Los resultados del aprendizaje aún son mediocres, reflejando la baja calidad de la educación, y están directamente relacionados con carencias en la enseñanza, recursos inadecuados y deficiencias en la gestión. A ello se suma la limitada pertinencia de la educación, evidente en la problemática transición de la escuela al trabajo, siendo muchos los jóvenes que abandonan demasiado pronto el sistema educativo para acabar en situación de inactividad o trabajo informal. Algo que también se observa por el lado de la demanda, ya que numerosas empresas afirman tener dificultades para encontrar trabajadores con las habilidades requeridas. En un país con una buena estructura demográfica y en una economía global en la que el conocimiento y las habilidades son clave para el éxito, superar estos desafíos y fortalecer la educación debería ser una prioridad en la agenda de políticas.

Este capítulo analiza detalladamente estos desafíos y ofrece recomendaciones para mejorar el sistema de educación y habilidades del país con miras a fomentar la inclusión y la empleabilidad. Está estructurado como sigue. Primero, examina el impulso reformista y la oportunidad de alcanzar un acuerdo nacional para transformar la educación, en el que la experiencia que aporten organismos internacionales puede ser decisiva. A continuación, aborda los principales retos educativos del país relacionados con el acceso a la educación y los resultados del aprendizaje. En tercer lugar, analiza la transición de la escuela al trabajo. Por último, presenta las principales conclusiones y resume las recomendaciones de política expuestas a lo largo del capítulo. La estructura refleja un enfoque de ciclo vital, que omite la educación universitaria para centrarse en los niveles previos de educación y las etapas iniciales, donde se fraguan ya las desigualdades y se condicionan las transiciones al mercado de trabajo.

Los principales retos educativos han de afrontarse con ambición y un firme compromiso político

Mejorar la educación es decisivo para las aspiraciones de Paraguay de convertirse en una economía del conocimiento que brinde igualdad de oportunidades a todos en 2030, como establece su Plan Nacional de Desarrollo (PND) *Paraguay 2030*. El PND de Paraguay, adoptado en 2014, estableció tres prioridades clave: (i) reducción de la pobreza y desarrollo social; (ii) crecimiento económico inclusivo; e (iii) inserción de Paraguay en el mundo. La educación figura como una dimensión transversal que ha de respaldar estas tres prioridades, incluyendo el Plan objetivos específicos en materia educativa. El PND presenta un horizonte a medio plazo centrado en el desarrollo y la implementación de políticas educativas que trascienden de la duración del ciclo político.

La ambición de transformar el sistema educativo paraguayo para convertirlo en motor de inclusión, progreso económico y mayor bienestar para todos se refleja en la propuesta de desarrollar un Plan Nacional para la Transformación Educativa (PNTE) para 2030. El objetivo es lograr un acuerdo nacional sobre educación que establezca objetivos clave de política estratégica en un horizonte de medio plazo bien definido. Dicho acuerdo debe ser resultado de un esfuerzo de colaboración que garantice que todos los actores de la sociedad participan en el debate y en la definición de prioridades, y que movilice la experiencia nacional e internacional al objeto de garantizar el rigor analítico y que se tengan en cuenta las experiencias contrastadas y las mejores prácticas (MH, 2017) (Recuadro 4.1).

Recuadro 4.1. Hacia un acuerdo nacional sobre la educación: el Plan Nacional para la Transformación Educativa del Paraguay 2030

En la actualidad, el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Educación y Ciencias, y la Secretaría Técnica de Planificación (STP) están comprometidos en una iniciativa conjunta que busca diseñar un ambicioso Plan Nacional para la Transformación Educativa (PNTE) de cara a 2030. La financiación de este proceso la aporta el Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación (FEEI), que se dota con regalías procedentes de la central hidroeléctrica de Itaipú. El proceso está motivado, sobre todo, por el reconocimiento de que el sistema educativo debe transformarse para promover un mayor desarrollo e inclusión para todos.

El debate para desarrollar el PNTE toma como marco de referencia el Plan Nacional de Desarrollo *Paraguay 2030*, por lo que comparte sus áreas prioritarias. El PNTE también se basa en los objetivos de la Estrategia de Educación 2024 previamente adoptada, que inspiró la Agenda Educativa 2013-2018 adoptada por el Gobierno de Cartes. Estas iniciativas se tendrán en cuenta al diseñar el PNTE, que en último término aspira a integrar las prioridades de los distintos compromisos nacionales en materia de educación.

El objetivo final es formular un plan de educación que establezca áreas prioritarias y objetivos específicos para el horizonte de medio plazo de 2030. Un resultado más concreto de este proceso será el desarrollo de una hoja de ruta que cubra el período 2018-24 a fin de orientar la aplicación del PNTE en sus primeros años, y que incluirá objetivos específicos y propuestas de política.

Una de las principales características de este PNTE es que debería resultar de un proceso participativo en el que todas las partes interesadas y actores relevantes de la sociedad

contribuyesen a definir los principales objetivos y prioridades. Para ello, el proceso constituirá mesas de trabajo, es decir, grupos de debate entre varios participantes, incluidos la sociedad civil, el mundo académico, expertos en educación y organismos internacionales, que presentarán propuestas para informar el PNTE. Otro medio por el que los ciudadanos se incorporarán al debate será una plataforma digital para realizar consultas en línea. Por último, están planificándose foros regionales para llevar el debate a las áreas rurales del país.

El proceso en curso debería conducir a la firma final del PNTE 2030 a principios de 2019, en forma de un acuerdo nacional sobre educación.

La agenda de desarrollo global otorga a la educación un papel destacado; los esfuerzos nacionales deberían alinearse con este marco internacional más amplio. Entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, el Objetivo 4 persigue garantizar una educación inclusiva y de calidad para todos y promover el aprendizaje permanente para 2030. Tal objetivo comprende varias metas específicas en áreas relacionadas con la igualdad de oportunidades en el acceso al sistema educativo y resultados del aprendizaje efectivos. En el ámbito regional, las *Metas Educativas 2021* suscritas en 2010 por la Organización de Estados Iberoamericanos, CEPAL y la Secretaría General Iberoamericana forman también un marco de referencia relevante para evaluar el progreso alcanzado en los últimos años y los desafíos pendientes en materia educativa de cara al hito que representa 2030.

El debate nacional sobre educación es un proceso abierto que permite acoger de manera fructífera recursos analíticos, recomendaciones de política y las mejores prácticas derivadas de la experiencia y la investigación nacional e internacional. Este capítulo, centrado en educación y habilidades, proporcionará contenido sustantivo a los debates del proceso dirigido a definir el PNTE y contribuirá a elaborar la hoja de ruta del período 2018-23. Las áreas de interés del PNTE son la financiación de la educación, la carrera y formación de los docentes, la gestión escolar, la educación y atención en la primera infancia, y la enseñanza y el aprendizaje en la educación primaria y secundaria. El enfoque de este capítulo sigue de cerca la mayoría de estos temas —si excluimos la financiación de la educación— y se añade la transición de la educación al trabajo como una dimensión fundamental de cara a lograr que la educación fomente la inclusión. Al respecto, el capítulo se propone respaldar el proceso en curso de definición del PNTE, así como las etapas posteriores, con miras alcanzar el hito de 2030.

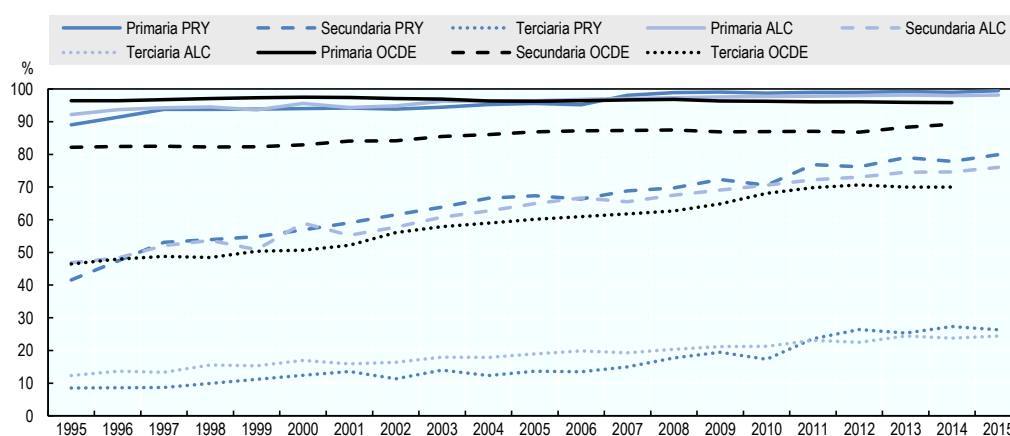
Ampliar el acceso al sistema educativo y mejorar los resultados del aprendizaje son objetivos clave para fomentar la inclusión y la igualdad de oportunidades

El acceso al sistema educativo ha mejorado, pero persisten desafíos críticos para ciertos niveles de educación y grupos socioeconómicos

Uno de los mayores logros educativos de Paraguay en las últimas décadas ha sido la fuerte expansión del acceso al sistema educativo, gracias a una firme voluntad política y las transformaciones institucionales oportunas. La Ley General de Educación (1264/98), que en 1998 estableció la estructura actual del sistema educativo, se reforzó en 2010 con otra que establecía la educación gratuita y obligatoria hasta la edad de 14 años, anticipándose (a los 5 años de edad) el momento de incorporación obligatoria al nivel preescolar en 2011. Estos hitos definen el sistema de educación formal en Paraguay, cuya estructura se expone

a continuación. En primer lugar, el nivel de educación inicial para quienes tienen entre 0 y 5 años de edad, que incluye toda la educación pre-primaria y se corresponde con el nivel 0 de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), siendo obligatorio en este nivel únicamente el año de preescolar (5 años). En segundo lugar, la educación escolar básica, obligatoria y que consta de tres ciclos trienales de 6 a 14 años: los primeros dos (el primer y segundo ciclos) constituyen la enseñanza primaria (equivalente a CINE 1); el tercer ciclo de la educación básica corresponde a la enseñanza secundaria baja, (CINE 2). En tercer lugar, un ciclo de tres años para quienes tienen 15-17 años, conocido como educación media, corresponde al segundo ciclo de enseñanza secundaria (CINE 3). Por último, estaría la educación superior en sus diferentes modalidades (Elías, Walder y Sosa, 2016).

Gráfico 4.1. Tasas de matrícula por nivel educativo en Paraguay, América Latina y la OCDE



Nota: Índices netos de matriculación para todos los niveles de educación y áreas geográficas, salvo para educación terciaria en la OCDE, que son índices brutos. ALC incluye los países de referencia definidos en el Volumen I del EMDP: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú y Uruguay.

Fuente: Cálculos del autor para Paraguay y América Latina basados en CEDLAS y Banco Mundial; para la OCDE, basados en los Indicadores de Desarrollo Mundial.

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822197>

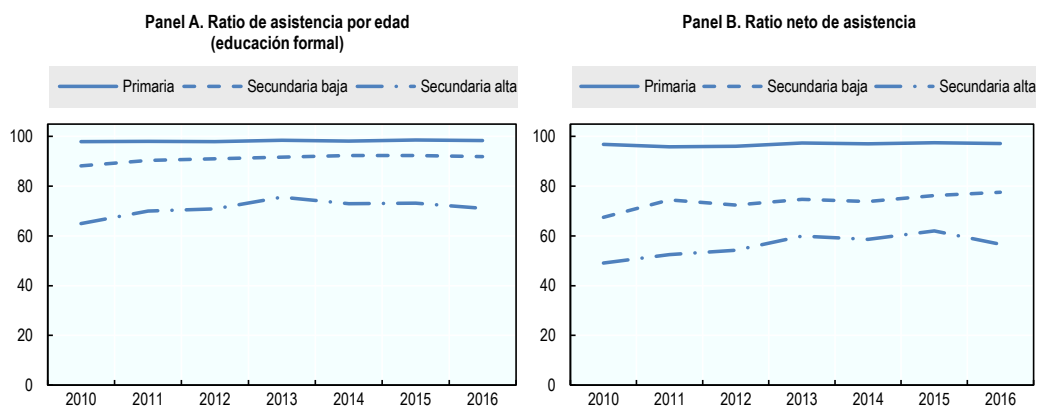
El acceso al sistema educativo ha mejorado en todos los niveles de educación, como reflejan los crecientes índices de matriculación. Los esfuerzos por ampliar el acceso han dado frutos y la matriculación en la escuela primaria es prácticamente universal en la actualidad, igualando los niveles de América Latina y el Caribe (ALC) y la OCDE. El acceso a la enseñanza secundaria también se ha ampliado notablemente, ascendiendo las tasas netas de matrícula casi al 80% en 2015. Si bien esto coloca al país cerca de los niveles que registra en enseñanza secundaria la región ALC, aún está por debajo de los niveles de la OCDE (85% en 2014). La exclusión del sistema educativo afecta en especial a las zonas remotas y los grupos desfavorecidos. Las tasas de matrícula en educación terciaria están ya al nivel de las de ALC, pero siguen siendo mediocres para los estándares de la OCDE (Gráfico 4.1).

Los años de educación de la población paraguaya se han prolongado gracias al aumento de la cobertura. En promedio, la población de 25-65 años tenía 9.3 años de educación en 2015, cuando la cifra era de 7.8 años en 2005. Centrarse en cohortes más jóvenes revela el importante progreso logrado en los últimos años: la población de edad comprendida entre

21 y 30 sumaba 11.4 años de educación en 2015, frente a 9.5 años en 2005; y, quienes tenían entre 10 y 20 años, 7.7 años de educación en 2015, frente a 6.7 en 2005 (CEDLAS y Banco Mundial).


Tras haber alcanzado prácticamente la matriculación universal en enseñanza primaria, el reto de ampliar el acceso a la enseñanza secundaria continúa siendo apremiante. Las carencias en los datos administrativos impiden realizar un análisis más detallado sobre matrículas, pero las estimaciones a partir de encuestas muestran que, a pesar del progreso alcanzado, las brechas en asistencia escolar son significativas en los niveles de secundaria baja (tercer grado de la educación escolar básica) y alta (educación media). En concreto, en la enseñanza secundaria baja la tasa de asistencia por edad alcanzó en 2015 el 92%, pero la tasa neta de asistencia (el porcentaje de niños de 12 a 14 años que reciben enseñanza secundaria baja) fue del 78% ese año. Las brechas parecen mayores en la enseñanza secundaria alta: las tasas de asistencia por edad se han mantenido relativamente estables en los últimos años, en torno al 70%, pero las tasas netas de asistencia muestran que en 2015 tan solo el 57% de la población de 15-17 años asistía al nivel educativo que le correspondía por edad (es decir, secundaria alta o educación media) (Gráfico 4.2).

Gráfico 4.2. Ratios netos de asistencia por edad en Paraguay, por nivel de educación



Nota: El Panel A representa el porcentaje estimado de niños que reciben educación formal (en cualquier nivel y grado) agrupados por el ciclo que les corresponde por edad a 31 de marzo del año de la encuesta: primaria (6 a 11), secundaria baja (12 a 14) y secundaria alta (15 a 17). El Panel B representa el porcentaje de niños que asisten al ciclo correspondiente a su edad (independientemente del grado).

Fuente: Estudio Multidimensional de Paraguay. Volumen 1: Evaluación Inicial (OCDE, 2018). Cálculo de los autores basado en la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2017).

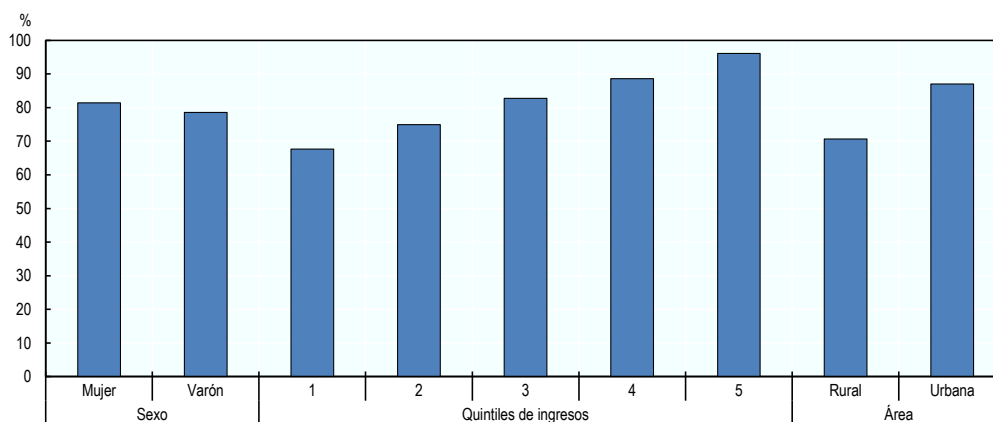
StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822216>

El acceso a educación pre-primaria (educación inicial) también es un reto para el país. Aunque la cobertura es relativamente alta en el nivel de preescolar (5 años), con una tasa neta de matrícula del 77% en 2012 (Elías et al., 2014), el acceso a educación pre-primaria entre 0 y 4 años de edad es insuficiente. Los datos comparables recientes son escasos, pero las cifras de 2012 reflejan tasas brutas de matrícula en pre-primaria (edades de 0 a 5 años) que rondan el 38% en Paraguay, muy por debajo del promedio de 71% de ALC para el mismo año (Banco Mundial, 2018a). La educación pre-primaria incluye cuatro niveles en Paraguay: Jardín Maternal, Pre-jardín, Jardín de Infantes y Preescolar. El Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2011-2020 recoge medidas específicas de apoyo a la atención a la primera infancia, como la participación en programas educativos.


Además, el Plan Nacional de Educación 2024 establece ese año como fecha objetivo para lograr la cobertura universal en preescolar. Sin embargo, el progreso ha sido limitado en este sentido, en particular en zonas rurales y comunidades indígenas. De hecho, apenas la mitad de los docentes de educación pre-primaria están debidamente cualificados. Como principales barreras a la expansión de una educación pre-primaria de calidad en el país cabe destacar la discontinuidad de las políticas para la primera infancia, el predominio de un enfoque sectorial no integrado, recursos escolares y financieros escasos, insuficiencias en las infraestructuras y unas estadísticas deficientes (Elías et al., 2014).

Persisten grandes desigualdades en el acceso al sistema educativo, sobre todo en enseñanza secundaria, y están relacionadas principalmente con el nivel socioeconómico y la ubicación geográfica. Si bien el acceso a la enseñanza primaria es generalizado, en secundaria existen desigualdades en varias dimensiones. El nivel de ingresos es un importante factor de predicción del acceso a la enseñanza secundaria: en el quintil más rico, un 96% de los niños estaban matriculados en ese nivel educativo en 2015, mientras que sólo lo cursaban un 67.7% de los incluidos en el quintil más pobre. Del mismo modo, las tasas netas de matrícula son significativamente mayores en las zonas urbanas (87% en 2015) que en las zonas rurales (70%), lo que afecta a las comunidades indígenas (Elías et al., 2016) (Gráfico 4.3). En lugar de ser un mecanismo de movilidad social, las disparidades en el acceso al sistema educativo podrían perpetuar las desigualdades socioeconómicas en el país (PREAL, 2013).

Gráfico 4.3. Tasas de matrícula en enseñanza secundaria por sexo, grupos de ingresos y área geográfica



Fuente: Elaboración propia con base en CEDLAS y Banco Mundial (base de datos) (2017).

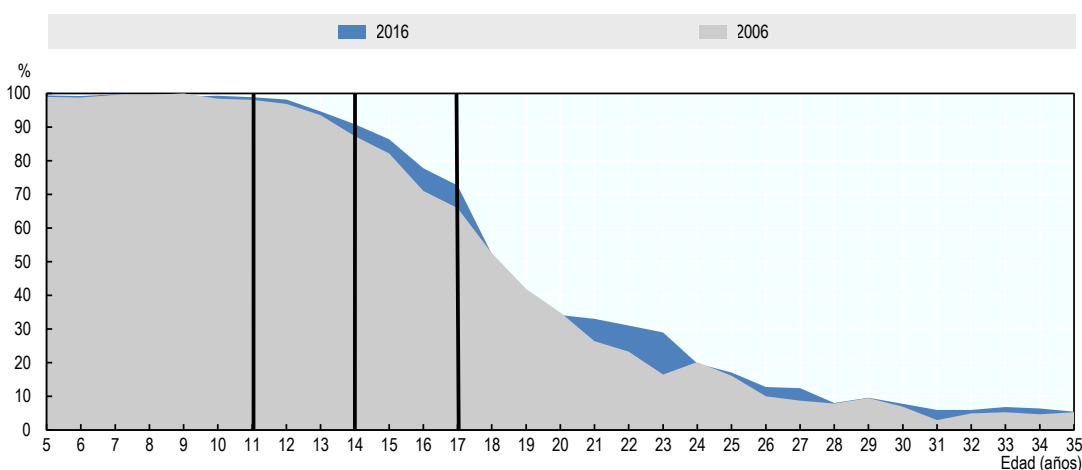
StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822235>

La gran expansión en el acceso al sistema educativo debe ir acompañada de una mejor progresión una vez en el mismo, con unas tasas de finalización más altas en todos los niveles

Aunque actualmente se incorporan más estudiantes al sistema educativo paraguayo, persisten los retos sobre su progreso una vez incorporados, y sobre su éxito en completar íntegramente los grados. Aun cuando el tiempo efectivo de escolarización es mayor que hace una década, muchos estudiantes abandonan una vez cumplidos los 11 años de edad (la edad teórica para finalizar la enseñanza primaria). En efecto, casi el 99% de la población

estaba escolarizada a los 11 años en 2016, pero la cifra comienza a caer drásticamente a partir de esa edad debido a la deserción escolar. En 2016, el 10% de los adolescentes de 14 años (último año teórico de educación obligatoria) ya no asistía a la escuela, y la habían abandonado hasta el 14%, 23% y 28% de aquellos con 15, 16 y 17 años, respectivamente. La deserción escolar tiende a comenzar en la transición del segundo al tercer ciclo de educación escolar básica (es decir, de primaria a secundaria baja, en torno a los 12 años). Pero la tasa de deserción empeora al pasar de educación escolar básica a educación media (es decir, de secundaria baja a secundaria alta, en torno a los 15 años). Después de este nivel, al menos la mitad de la población de 18 años o más ha abandonado el sistema educativo (Gráfico 4.4).

Gráfico 4.4. Porcentaje de población en el sistema educativo, por edad



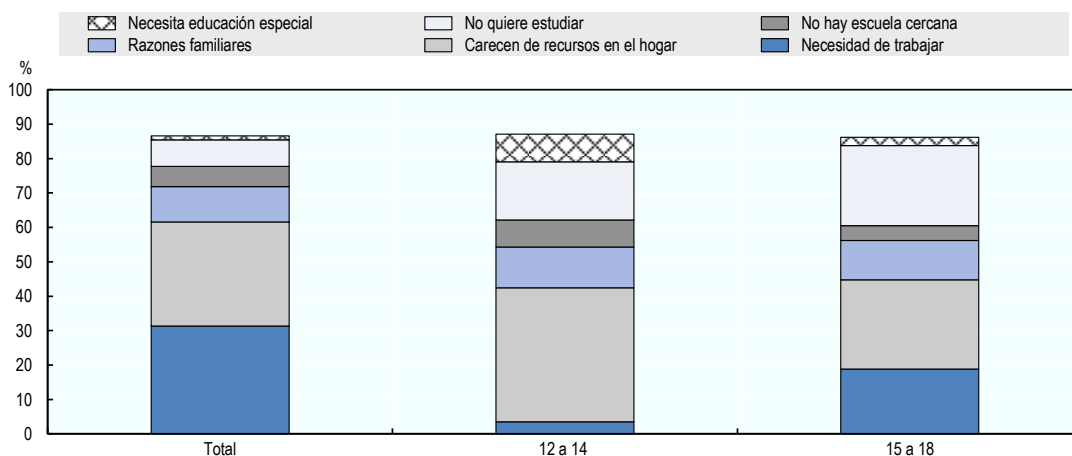
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Permanente de Hogares de 2006 y 2016 (DGEHC, 2017).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933822254>

La mayoría de los casos de deserción escolar entre los 5 y 18 años de edad están relacionados con la falta de recursos económicos en el hogar y la necesidad de trabajar. En promedio, dos de cada tres paraguayos de entre 5 y 18 años que no asistían a la escuela en 2016 lo atribuían a motivos económicos. En concreto, el 30% de quienes abandonan afirma no tener suficientes recursos en el hogar, mientras que el 31% declara que necesita trabajar. Las razones geográficas (es decir, la falta de escuela local) tan solo explican alrededor del 5% de los casos de deserción, atribuyéndose el 10% y 7% de los casos de deserción, respectivamente, a problemas familiares y falta de motivación (DGEHC, 2017). Las causas de deserción escolar varían con la edad y el sexo. Entre los 12 y 14 años, la razón principal es la carencia de recursos en el hogar, mientras que entre los 15 y 18 años el motivo principal es la necesidad de trabajar. Los factores económicos pesan más en los hombres que en las mujeres, y estas últimas también alegan “razones familiares” o de trabajo doméstico para el abandono (Gráfico 4.5). Los factores que subyacen a la deserción escolar y a otras formas de exclusión escolar (como la repitencia y la escolarización extemporánea) son, sin embargo, más complejos y provienen de las insuficiencias del sistema educativo, yendo por lo general más allá de las causas directas que declaran las familias. En concreto, además de las barreras económicas, existen factores sociales y culturales relacionados con la percepción del derecho a la educación, así como factores materiales y pedagógicos o

barreras políticas, financieras y técnicas que limitan el grado de inclusión en las escuelas y en el sistema educativo en general (UNICEF, 2012).

Gráfico 4.5. Principales motivos de deserción escolar por grupos de edad, 2016

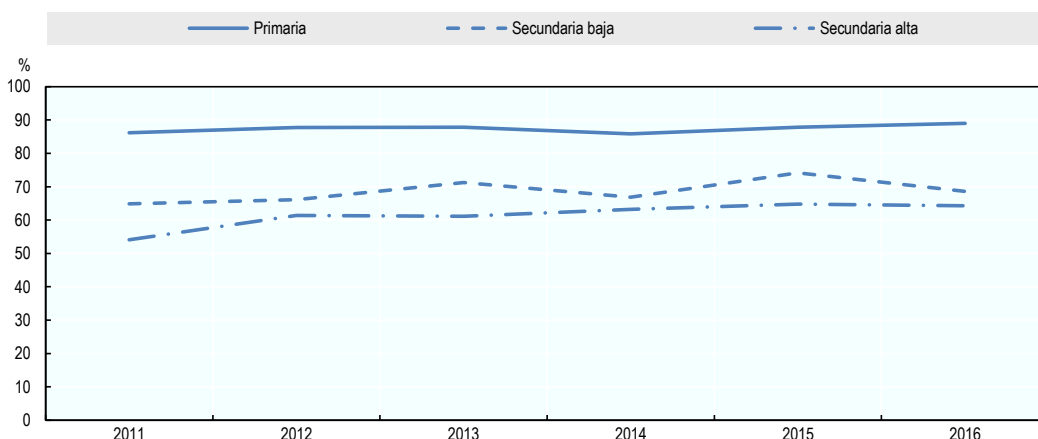


Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Permanente de Hogares de 2006 (DGEEC, 2017).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822273>

Estas cifras de deserción escolar indican que para muchos el paso por el sistema educativo es tortuoso, y de hecho la asistencia escolar con exceso de edad es significativa en algunos niveles. En 2014, alrededor del 16% de los estudiantes de enseñanza primaria (primer y segundo ciclos de educación escolar básica) superaban en dos o más años la edad correspondiente, y ese porcentaje era de más del 17% en el caso de la enseñanza secundaria (tercer ciclo de educación escolar básica) (Elías, Walder y Sosa, 2016). En particular, estos fenómenos afectan a las zonas rurales y a los varones, quienes tienen más probabilidad de abandonar cuando asisten a la escuela con una edad superior a la normal.

Pese al progreso en estos últimos años, las barreras a las que se enfrentan los estudiantes para acceder al sistema educativo y progresar en el mismo se traducen en tasas de finalización relativamente insatisfactorias. Las tasas de finalización rondan el 90% en enseñanza primaria, pero alrededor del 32% y 35% no completan la secundaria baja y la secundaria alta, respectivamente, según datos de 2016 (Gráfico 4.6). Las desigualdades en las tasas de finalización también son significativas: sólo el 84.4% de los niños del quintil más pobre finalizan la enseñanza primaria, en comparación con el 99.2% del quintil más rico. Por su parte, las tasas de finalización de primaria ascienden al 96.2% en zonas urbanas, frente al 89.3% en las zonas rurales (CEDLAS y Banco Mundial, 2018).

Gráfico 4.6. Tasas de finalización en primaria y secundarias baja y alta en Paraguay

Nota: Las tasas de finalización se calculan sobre la definición de la UNESCO (es decir, el porcentaje de una cohorte de niños o jóvenes con 3-5 años más de la edad prevista para finalizar el último grado de cada nivel educativo que hayan completado ese grado).

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Permanente de Hogares 2011-2016 (DGEEC, 2017).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822292>

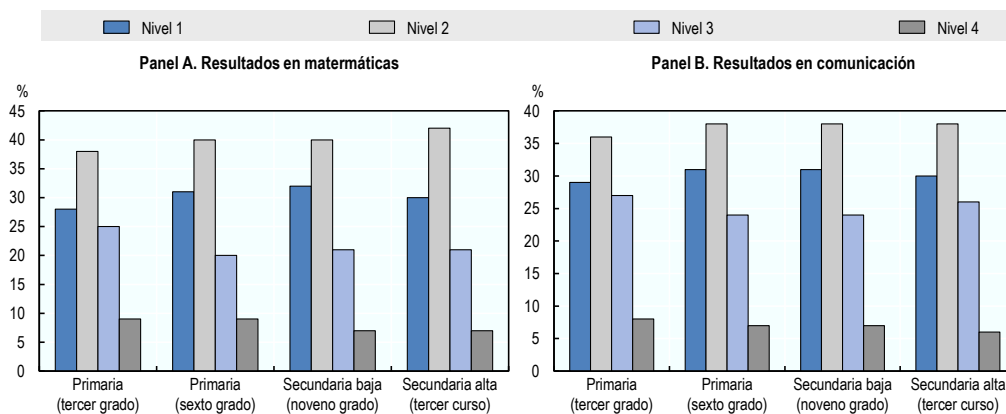
El aprendizaje debe mejorar: más estudiantes pasan períodos más largos en la escuela, pero su desempeño sugiere que no aprenden lo suficiente

La escolarización ha mejorado significativamente, pero la calidad del sistema educativo sigue siendo un reto fundamental. En la actualidad son más las personas que acceden al sistema educativo y el promedio de años de educación ha aumentado. Ahora bien, esto no ha ido acompañado de un aprendizaje mayor y mejor, y la escolarización sin aprendizaje es una promesa fallida y un desperdicio de recursos públicos (Banco Mundial, 2018b). Las medidas para que los niños vayan a la escuela deben reforzarse con políticas que mejoren la calidad del sistema educativo y los procesos de aprendizaje. Esto no solo se aplica a Paraguay, sino a toda la región de ALC. Después de décadas haciendo hincapié en ampliar la cobertura educativa, el reto principal ahora es hacer del itinerario educativo una experiencia significativa que mejore la inclusión social y económica.


El desempeño de los estudiantes se enfrenta a retos notables y ha mejorado escasamente en los últimos años, lo que revela carencias en el sistema educativo paraguayo. El Sistema Nacional de Evaluación del Proceso Educativo (SNEPE) evalúa, en pruebas por muestreo, el rendimiento del estudiante en las áreas de matemáticas y comunicación en español y en guaraní. Los resultados del SNEPE de 2015 muestran que casi un tercio de los estudiantes de todos los grados en que se realiza el examen (tercer, sexto y noveno grado de educación escolar básica; es decir, primaria y secundaria baja y el tercer grado de educación media, equivalente al último nivel de secundaria alta) alcanzan el nivel básico de competencias, el nivel 1 (que incluye reconocer conceptos, objetos, elementos y cálculos directos). Tan sólo el 7-9% de los estudiantes alcanzan competencias de nivel 4 (el nivel más alto, que implica solucionar problemas complejos con datos no explícitos). En comunicación en español, que incluye lectura y comprensión lingüística, el 29-31% de los estudiantes, dependiendo del grado, obtuvo resultados de nivel 1 (que implica la comprensión literal, superficial o fragmentada del texto) y solo el 6-8%, dependiendo de la calificación, alcanzó el nivel 4 (comprensión intertextual del texto) (Gráfico 4.7). Respecto al SNEPE anterior, realizado

en 2010, la mejora fue leve y no se produjo en todos los niveles. Como ejemplo de retroceso, al finalizar la secundaria baja (novenno grado) los estudiantes con como máximo nivel 1 en matemáticas en 2015 (32%) eran más que en 2010 (24%). Las pruebas de comunicación en sexto y noveno grados reflejan una leve mejoría en los resultados y, las de comunicación en tercer grado y matemáticas en tercero y sexto, una mejoría más significativa (MEC, 2018).

Gráfico 4.7. Resultados en pruebas nacionales de evaluación, por grado y por nivel de desempeño, 2015



Fuente: Elaboración del autor con base en MEC (2018).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822311>

Acumular más años de educación no necesariamente mejora el aprendizaje o los resultados de los exámenes. Esto es evidente en los resultados de los países de ALC participantes en el Programa Internacional de Evaluación de Alumnos (PISA), de la OCDE, del año 2015, a saber, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, México, Perú y Uruguay. Los resultados difieren no poco entre estos países, pero en promedio los jóvenes de 15 años obtuvieron 92 puntos menos que los estudiantes de la OCDE en matemáticas, 69 puntos menos en lectura y 78 puntos menos en ciencias, lo que equivale aproximadamente a un retraso de dos años, dos años y medio y tres años de escolaridad respecto a sus pares de la OCDE, respectivamente (OCDE/CAF/CEPAL, 2018). Es decir, aunque la media de años de educación de un joven de 15 años en estos países casi converge con el promedio de la OCDE, cabe argumentar que aún no es lo mismo un año escolar en un país de ALC que en uno de la OCDE, siendo el conocimiento transmitido o aprendido en un año en el primero inferior al del segundo.

Las evaluaciones internacionales confirman que el aprendizaje en Paraguay afronta desafíos importantes también en comparación con países de un nivel similar de desarrollo. En el Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo de la UNESCO (TERCE), el 83% de los niños paraguayos en tercer grado alcanzó un nivel 2 o inferior en matemáticas y el 77% un nivel 2 o inferior en lectura (UNESCO, 2015). Estos resultados son significativamente peores que los obtenidos por el país que registró mejor desempeño en la región de ALC, Chile, donde menos del 40% de los estudiantes obtuvieron un nivel 2 o inferior en ambas pruebas. Las comparaciones fiables más allá de la región de ALC habrán de aguardar a la publicación, a finales de 2018, de los primeros resultados de la participación de Paraguay en PISA para el Desarrollo, ya que TERCE únicamente cubre los países de ALC. Sin embargo, los países de ALC que participan en ambas pruebas se

clasifican prácticamente en el mismo orden: el más alto en PISA, Chile, puntúa 67 puntos por debajo del promedio de la OCDE (OCDE, 2015). Esto da una idea de la brecha en el rendimiento de los estudiantes entre Paraguay y los países de la OCDE. Altinok et al (2018) elaboran una base de datos con resultados del aprendizaje armonizados a partir de evaluaciones regionales e internacionales que permite realizar comparaciones entre países y en el tiempo (1965-2015). Sobre este conjunto de datos, Paraguay obtiene en enseñanza primaria un promedio, para 1960-2015, de 412 puntos, lo que se corresponde con un nivel muy bajo de competencias (es decir, que los estudiantes tienen competencias muy básicas en matemáticas, ciencias y lectura). Esto sitúa al país, entre los países de ALC incluidos en la base de datos, muy por debajo de Argentina (439), Brasil (441), Costa Rica (477), Chile (460), Colombia (432), Ecuador (435), México (453), Panamá (421), Perú (425) o Uruguay (474), y solo por encima de Bolivia, la República Dominicana o Venezuela.

Los grupos desfavorecidos o los estudiantes de zonas remotas registran los peores resultados de aprendizaje. En matemáticas y comunicación en español, los resultados del SNEPE ponen de manifiesto que los estudiantes de escuelas privadas rinden mejor que los de las escuelas públicas, y que lo contrario ocurre en la prueba de comunicación en guaraní, la principal lengua indígena en Paraguay y lengua co-oficial del país. Asimismo, los estudiantes de zonas urbanas tienden a obtener mejores resultados que los de zonas rurales en matemáticas y comunicación en español (si bien en menor grado que la diferencia entre zonas urbanas y zonas en guaraní), mientras que los estudiantes rurales obtienen mejores resultados en la prueba de comunicación en guaraní (MEC, 2018).

La baja calidad de la enseñanza lleva a resultados del aprendizaje mediocres en el país

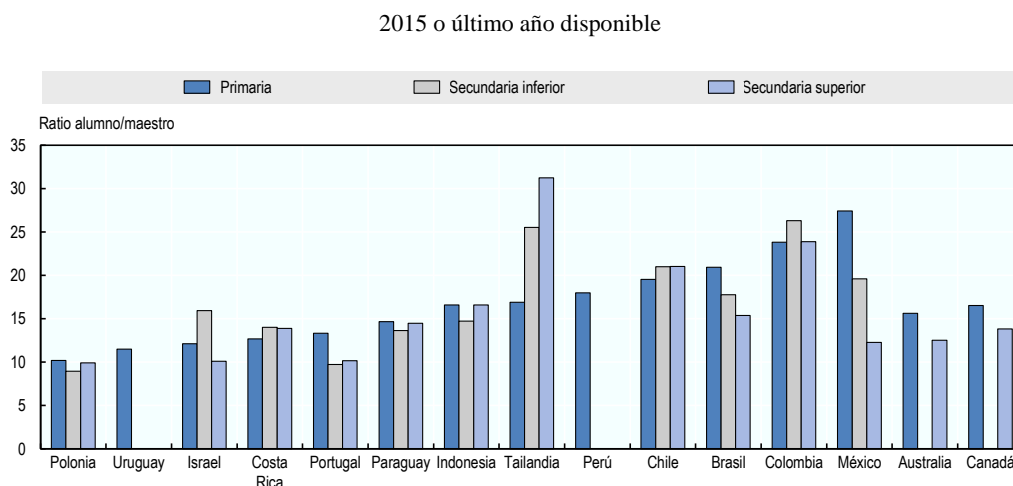
En los resultados de aprendizaje influyen múltiples factores relacionados con la escuela, relacionados principalmente con la calidad de la enseñanza, la disponibilidad y el uso eficaz de recursos escolares, y las capacidades existentes de gestión de escuelas y gobernanza del sistema educativo. El aprendizaje es mediocre en muchos países, pero sobre todo en los de ingresos bajos y medios. Esta “crisis de aprendizaje” se explica principalmente por: (i) el hecho de que muchos niños llegan a la escuela sin preparación; (ii) competencias o motivación insuficientes en muchos docentes, lo que les impide enseñar con eficacia; (iii) la falta de recursos, o su uso ineficaz, para mejorar las prácticas de enseñanza y los entornos de aprendizaje; y (iv) una gestión y una gobernanza deficientes de las escuelas y del sistema educativo en general (Banco Mundial, 2018b). Paraguay afronta retos significativos en todas estas áreas y, como ya se ha señalado, muchos niños llegan a la escuela sin preparación o en condiciones que impiden un aprendizaje efectivo. El aprendizaje está condicionado en último término por una compleja serie de factores que van más allá de la escuela pero, entre aquellos relacionados con la escuela, el factor individual determinante de la calidad del aprendizaje probablemente sea la calidad de la enseñanza. En consecuencia, esta sección se centra en explorar maneras de mejorar la enseñanza.

Para mejorar los resultados del aprendizaje antes debe mejorarse la enseñanza

El número total de docentes en Paraguay es relativamente alto, como refleja la relación comparativamente baja de alumnos por docente, si bien con significativas variaciones entre regiones. Los ratios alumno/maestro en primaria y secundaria son similares o inferiores a los de muchos países de ALC y otros de referencia (Gráfico 4.8). Siendo una noticia positiva, los bajos ratios pueden ser también resultado de ineficiencias en la distribución de los recursos de enseñanza (es decir, puede haber escuelas con muy pocos estudiantes en ciertas áreas, donde podría tener sentido una eventual reasignación) y pueden enmascarar

discrepancias entre las escuelas de zonas rurales y zonas urbanas. Tal es el caso en el Departamento Central, donde el ratio alumno/maestro se mantiene por encima de lo deseable (Elías et al., 2014).

Gráfico 4.8. Ratio alumno/maestro en Paraguay y en una selección de países, por nivel de educación



Fuente: *Estudio Multidimensional de Paraguay. Volumen I: Evaluación Inicial* (OCDE, 2018).

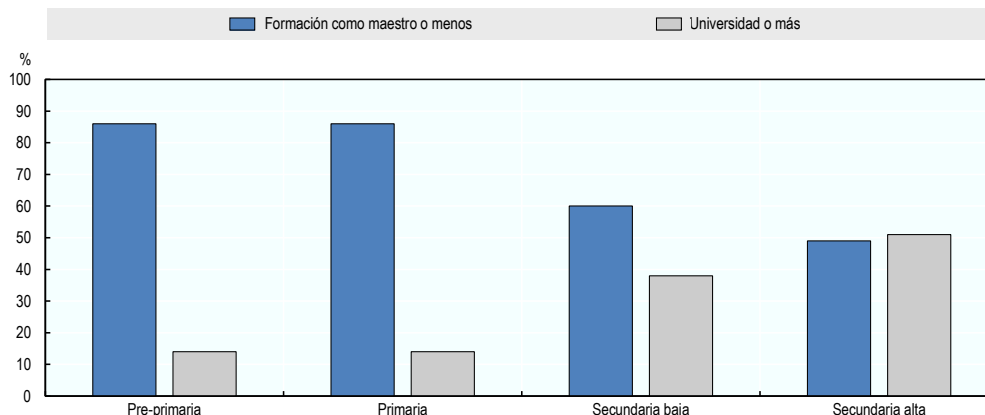
StatLink <https://doi.org/10.1787/888933822330>

La cualificación de gran parte de los docentes es baja, lo que representa una barrera importante para el aprendizaje efectivo. En efecto, en 2012 solo el 59% del profesorado en educación pre-primaria (educación inicial) poseía la cualificación que se requería para enseñar en ese nivel (frente al 49% en 2004), y solo el 49% la tenía para hacerlo en preescolar, último año de educación pre-primaria (frente al 32% en 2004), con una clara divergencia entre las zonas urbanas (63%) y las rurales (39%). En la enseñanza primaria (primer y segundo ciclos de educación escolar básica) el panorama era bastante más prometedor: el 92% poseía la cualificación requerida en 2012 (frente al 85% en 2004). El nivel de cualificación de los maestros varía en gran medida con el nivel de educación en el que imparten docencia, encontrándose la mayoría de los más cualificados en enseñanza secundaria (Gráfico 4.9) (Elías et al., 2014).

El deficiente diseño de la carrera docente ofrece pocos incentivos a los maestros para mejorar su desempeño. La carrera docente puede entenderse como el marco legal que regula las condiciones de la profesión, en aspectos como el acceso a la docencia, las obligaciones, el desarrollo profesional o la remuneración. En Paraguay el marco vigente es el Estatuto del Docente aprobado en 2001, pero los numerosos retos pendientes aconsejan modernizar la carrera docente. A decir verdad, los desafíos actuales exigen actuar en todas las etapas de la trayectoria docente. En primer lugar es fundamental reforzar los incentivos para atraer talento y seleccionar los candidatos idóneos para la carrera docente; en segundo lugar, los futuros profesores han de equiparse con las competencias pertinentes y debe asegurarse la calidad de la formación impartida por las instituciones de formación docente, así como afinarse los mecanismos de selección para acceder a la enseñanza; y, tercero, los maestros noveles deben recibir apoyo, debe garantizarse la calidad de la formación

permanente y acompañarse de fuertes incentivos y sólidos mecanismos de evaluación que sostengan el constante desarrollo profesional.

Gráfico 4.9. Distribución del profesorado por su nivel de educación y por el nivel educativo en el que imparten docencia



Fuente: Elías et al. (2014).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822349>

Los procesos de selección competitivos para convertirse en un educador, recientemente introducidos en Paraguay, ponen de manifiesto que las competencias de los candidatos son bajas y que la enseñanza no atrae talento. Los datos empíricos sobre el desempeño de los maestros son escasos, pero los procesos de selección competitivos para acceder a la docencia muestran que en 2009 más del 75% de los candidatos no aprobaron la prueba o no satisficieron los requisitos mínimos para convertirse en maestros. En 2010, más del 50% no superó las pruebas para convertirse en docente o en director (PREAL, 2013). Más recientemente, alrededor del 53% de los candidatos suspendió la prueba escrita del último concurso público para seleccionar profesores, según resultados preliminares del examen celebrado en febrero de 2016. Además, el marco para el acceso competitivo a la docencia (el Reglamento de Selección del Educador Profesional) se aplica desde no hace mucho (2009). Siendo así, los niveles de formación de los profesores varían considerablemente, en particular entre los profesores veteranos.

La cualificación y competencias de los educadores dependen en gran medida de la calidad de los sistemas de formación de docentes. Son Instituciones Formadoras de Docentes todas las instituciones de educación superior que están facultadas para capacitar y acreditar maestros, a saber, Universidades, Institutos de educación superior e Institutos de Formación Docente (IFD). En la práctica, la mayoría de profesores han obtenido un título de formación de estos IFD, sobre los cuales tiene competencias el Ministerio de Educación (Gráfico 4.9). Este tipo de formación se corresponde con el nivel de educación terciaria no universitaria (CINE 5B) e incluye grados para la enseñanza en educación pre-primaria, primaria, secundaria baja y secundaria alta, en estos dos últimos casos con diferentes niveles de especialización (títulos de 3 años).

La calidad de los IFD es baja y, si bien las autoridades educativas han reconocido en los últimos años la importancia de mejorarlas a través de mecanismos de concesión de licencias y acreditación, el progreso es todavía modesto y lento. En 2007 se publicaron las directrices para otorgar licencias de IFD (Mecanismo de Licenciamiento de Instituciones Formadoras

de Docentes) con el objetivo de mejorar la calidad de estas instituciones y de transformarlas en centros de excelencia educativa. El Ministerio de Educación y Ciencias (MEC) debe atenerse a estos criterios al autorizar IFD (MEC, 2007). Después de estas medidas, la creación de IFD y el licenciamiento fueron suspendidos por ley entre 2007-13 en respuesta a la expansión desordenada de IFD en la década de 1990 y principios de 2000, que a menudo tuvo lugar a expensas de la calidad, y que condujo a un exceso de oferta de candidatos a profesores (PREAL, 2013). Este control sobre la oferta de IFD es un componente esencial de la calidad, pero ha de complementarse con procesos de acreditación que permitan garantizar que la calidad de la formación proporcionada por una institución cumple los estándares requeridos. El proceso de acreditación compete a la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior (ANEAES), creada en 2003. Este proceso aún está en sus primeras etapas para los IFD, previéndose que ANEAES publicará los criterios de acreditación de IFD en 2019. El bajo rendimiento de estudiantes y docentes en el país pone de manifiesto la urgencia de dotar a ANEAES de la capacidad institucional y financiera para acometer estas exigentes tareas y desarrollar un robusto sistema de acreditación de IFD.

La insatisfactoria calidad de la enseñanza está directamente relacionada con deficiencias en los mecanismos de evaluación y la falta de incentivos para mejorar el desempeño. Los mecanismos de evaluación, siendo cruciales para mejorar la información sobre las prácticas de enseñanza e identificar las principales lagunas y desafíos, deberían ser la base para desarrollar herramientas y programas que ayuden a los maestros a mejorar su rendimiento. La evaluación del profesorado ha sido tradicionalmente deficiente en Paraguay. Desde 2016, el Sistema de Evaluación para el Aseguramiento de la Calidad, con base en una Política de Evaluación Integral, pretende adoptar un enfoque holista de la evaluación del sistema educativo, lo que comprende instituciones educativas, maestros y estudiantes. En el caso de los maestros, se ha propuesto un Sistema de Acompañamiento Pedagógico que se centra en la forma en que el educador gestiona el plan de estudios, su desarrollo profesional y el vínculo con los actores sociales. El objetivo final es establecer una cultura de evaluación que permita mejorar el desempeño de los maestros y reconocer la crucial función que desempeñan en la sociedad. Las evaluaciones se complementarían con incentivos que potenciasen el rendimiento. Estos incentivos han sido por lo general insuficientes en Paraguay, al haberse ligado los aumentos salariales de los maestros sobre todo a la acumulación de años de experiencia, acreditación y formación, en lugar de atender al rendimiento o al mérito (PREAL, 2013).

Las opciones de formación continua, limitadas y de insuficiente calidad, representan una barrera adicional para una enseñanza eficaz y para mejorar el desempeño a lo largo de la carrera docente. Además de la formación inicial, los IFD ofrecen también medios de formación permanente que facilitan a los maestros actualizar o reforzar sus conocimientos y capacidades mientras están ya prestando servicios. Son pocos los datos empíricos sobre la calidad y el impacto de este tipo de educación en Paraguay, pero la bibliografía indica que es disperso, a pequeña escala y que apenas guarda relación con las necesidades de los educadores (UNESCO, 2015; Banco Mundial, 2013). A ello se suma que, por la forma en que está diseñada la progresión por la escala retributiva (el “escalafón docente”), los incentivos para adquirir este tipo de formación son escasos.

Las políticas han de continuar ampliando el acceso a la educación y las tasas de finalización, en especial entre los grupos más desfavorecidos

Para ser eficaz, la formulación, ejecución, supervisión y evaluación de las políticas debe basarse en estadísticas fiables. En la actualidad, los datos administrativos necesarios para

elaborar indicadores de educación relevantes son inexactos en algunos casos. Un buen ejemplo es la sobrestimación de las proyecciones de población del censo de 2002, que ha ocasionado en los últimos años una falta de estadísticas sobre algunas dimensiones clave de la educación, como la matrícula de alumnos. Al respecto, se están adoptando medidas para diseñar un sistema más fiable de indicadores de educación. El lanzamiento en 2016 del Registro Único del Estudiante es un avance en esa dirección, al centralizar información de los estudiantes que debería permitir obtener datos más fiables, fáciles de gestionar y comparables sobre acceso, progreso y finalización de estudios, entre otras cosas. Disponer de estadísticas sólidas sobre educación es fundamental para respaldar la formulación de políticas y medir el progreso. Los objetivos educativos que se incluyen en el Plan Nacional de Desarrollo, así como las metas más específicas que acabarán incorporándose al PNTE 2030, habrán de basarse en unas estadísticas sólidas. De hecho, para monitorear correctamente esos objetivos y metas se precisará potenciar las capacidades relacionadas con datos. Del mismo modo, el ODS 4 establece una serie de objetivos en el ámbito de la educación para 2030, siendo así que el seguimiento del progreso hacia su consecución requiere unas estadísticas sólidas y comparables internacionalmente.

Completar la universalización de la educación obligatoria requiere aplicar políticas que promuevan el acceso a educación en zonas remotas y entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, sobre todo en algunos niveles educativos. El acceso a la educación de la primera infancia es aún bajo y debe ampliarse, dado su papel clave en la mejora del bienestar y de los resultados del aprendizaje a lo largo del ciclo vital (Heckman, 2006). Haber recibido educación pre-primaria eleva las puntuaciones de PISA en el equivalente a un año adicional de enseñanza secundaria, según los resultados de los países de ALC participantes en PISA 2012 (OCDE/CAF/CEPAL, 2014).

Cabe destacar varias áreas de recomendaciones de política relacionadas con la educación pre-primaria. En primer lugar, habría que ayudar a las familias y niños a superar las principales barreras con que se topan, económicas y geográficas, para acceder a la educación pre-primaria. El objetivo es alcanzar la educación preescolar (5 años) universal para 2024, como se establece en el Plan Nacional de Educación 2024, y ampliar la cobertura general para todos los niveles de educación inicial. Esto implica hacer un especial esfuerzo en las áreas rurales y entre las comunidades indígenas. El programa de transferencias monetarias condicionadas de Paraguay (*Tekoporã*) debe continuar apoyando a las familias más desfavorecidas, vinculando el desembolso a la asistencia preescolar. Deben garantizarse los “kits escolares”, que en el caso de los más desfavorecidos pueden marcar la diferencia entre asistir o no a la educación preescolar. Además, para superar barreras geográficas podría ampliarse el programa de “*maestras mochileras*”, que constituye una iniciativa interesante de educación inicial no formal, en la cual maestros visitan hogares con niños de 0 a 5 años para fomentar el desarrollo en la primera infancia. En segundo lugar, es importante concienciar a las comunidades de la importancia de la educación y la atención tempranas, un objetivo que se beneficiaría del refuerzo del papel del Consejo de la Niñez y la Adolescencia. En tercer lugar, debería también considerarse ampliar la educación obligatoria a los cuatro años. Esto ya se ha hecho en países como Argentina, Brasil y Uruguay. Por último, y con carácter más estructural, debe ampliarse la oferta de educación pre-primaria, que es escasa en la actualidad. Esto no sólo implica tener más escuelas, sino también más y mejores maestros.

El acceso a la enseñanza secundaria baja y a la secundaria alta puede asimismo mejorarse, principalmente en algunos segmentos de la sociedad y regiones donde la cobertura continúa siendo insuficiente. Esta es un área en la que la función de las becas puede ser crucial, aunque en general se concentran en la educación superior, con efectos potencialmente

regresivos por cuanto no son muchos los estudiantes de hogares pobres que alcanzan la educación terciaria. Además, *Tekoporã* es un excelente instrumento para ayudar a los jóvenes de los entornos más desfavorecidos a acceder a la enseñanza secundaria. Las soluciones de educación a distancia y educación abierta en el nivel de educación media son una buena forma de llegar a zonas rurales o a estudiantes que no pueden asistir a clase y seguir un horario rígido, por lo que deberían reforzarse, sin olvidar que el aprendizaje combinado, en el que los estudiantes aprenden a distancia pero también se benefician de la instrucción presencial, puede ser especialmente eficaz (OCDE, 2016). Por último, reforzar el transporte escolar en zonas remotas podría contribuir a ampliar el acceso a la enseñanza secundaria.

En el centro de todos los esfuerzos deben estar políticas que favorezcan la permanencia en la escuela y la finalización de los estudios, evitando las repeticiones de curso y la deserción escolar. La mayoría de los casos de deserción escolar se producen en la transición entre la educación secundaria baja y alta, y más adelante. Por lo tanto, las políticas deben centrarse en reducir la repitencia y la deserción y en favorecer una mejor progresión por el sistema educativo, contribuyendo con ello a elevar las tasas de finalización. La deserción escolar se explica sobre todo por causas económicas, por lo que las becas constituyen también un instrumento atractivo para disuadir a los estudiantes de abandonar el sistema educativo. Los mecanismos para identificar y apoyar a los estudiantes en riesgo de exclusión son igualmente relevantes, como la flexibilidad en los métodos pedagógicos para ayudar a quienes experimenten mayores dificultades. Cabría considerar la ampliación gradual de la jornada escolar, comenzando con una pequeña muestra de escuelas, y evaluar de qué modo afecta a la reducción de la deserción (así como a los resultados del aprendizaje).

Las políticas destinadas a impulsar los resultados del aprendizaje han de centrarse en los profesores, los recursos educativos y la gestión de las escuelas

Contar con una base empírica más precisa sobre resultados del aprendizaje que informen la formulación de políticas. El SNEPE constituye la herramienta principal con que cuenta el país para evaluar el desempeño de los estudiantes, pero su disponibilidad pública ha sido irregular y muy limitado el uso de sus resultados para informar políticas basadas en evidencia empírica. Para complementarlos, PISA facilitará resultados informativos que ayudarán a desarrollar medidas de política. A pesar de este esfuerzo, la participación en la próxima ronda de PISA debe considerarse como una muestra del ambicioso compromiso nacional de transformar la educación. Esto permitirá un análisis más exhaustivo de los resultados del aprendizaje, informará las políticas y la práctica, y será útil para realizar una comparación rigurosa con estándares internacionales, lo que debería ayudar a elevar la exigencia.

Mejorar la enseñanza para lograr mejores resultados del aprendizaje. La calidad de la enseñanza probablemente sea el factor individual más importante para la calidad del sistema educativo en su conjunto (Hanushek y Rivkin, 2012). Uno de los principales retos de política para transformar la educación y mejorar la enseñanza en Paraguay consiste en reconfigurar las trayectorias profesionales de los docentes, lo que exige firme voluntad política. Esto será crucial para:

- Atraer talento y elevar el status de la enseñanza para asegurar que los mejores candidatos ingresen en la profesión y permanezcan en ella. Esto implica repensar los mecanismos de selección, pero también los incentivos (salarios, reconocimiento social, etc.) para el ejercicio de la docencia, para hacer atractiva la profesión. Países como Singapur o Finlandia tienen unos exigentes procesos competitivos de

selección de docentes que garantizan que los candidatos se cuentan entre los mejores. Paraguay va bien encaminado con los procesos de selección competitivos, pero probablemente deberían instituirse períodos de prueba para quienes se incorporen a la profesión docente, con mentores, apoyo y un programa de formación inicial a fin de detectar retos, colmar lagunas y facilitar el desarrollo de prácticas instructivas;

- Reforzar los incentivos para desarrollarse y mejorar ya en el ejercicio de la profesión. Esto implica fortalecer el vínculo entre rendimiento y recompensa (en términos de progresión salarial, pero también de acceso a mayores responsabilidades y distintas funciones) y procurar una formación de buena calidad en el puesto de trabajo que permita a los educadores actualizar y mejorar sus competencias pedagógicas. Dadas las lagunas existentes entre los docentes actuales, mejorar la capacitación en el ejercicio de la profesión puede ser muy eficaz para elevar la calidad general de la enseñanza en el corto y medio plazo;
- Establecer un mecanismo más sólido y sistemático para evaluar el desempeño de los docentes, que debería entenderse como una manera de ayudarles a identificar limitaciones, controlar el progreso en su carrera y favorecer la recuperación de capacidades o el desarrollo de nuevos métodos pedagógicos. Esto incluiría evaluar a los directores y compañeros de profesión, pero también someterse a evaluaciones externas que garanticen una opinión imparcial e independiente.

Potenciar la calidad de las Instituciones de Formación Docente. La calidad de la enseñanza no aumentará sin una importante mejora en la calidad de las instituciones de formación. Las medidas del MEC para controlar la oferta de estas instituciones y establecer criterios claros para otorgar licencias van en la dirección correcta. Ahora bien, en estas medidas debería también incluirse un proceso de acreditación de IFD a cargo de la ANEAES. El presupuesto y los recursos humanos de esta agencia deberían aumentarse para garantizar que sus capacidades le permiten acometer eficazmente estas tareas, lo que debería incluir facultades para cerrar aquellas instituciones que no cumplan los criterios. Las evaluaciones asociadas a este proceso de acreditación deberían ser una herramienta para identificar áreas de mejora; por ejemplo, un requisito de acreditación podría ser que las instituciones publicasen la proporción de graduados que obtienen puestos permanentes de maestros, como una forma de ayudar a futuros estudiantes a tomar decisiones bien informadas. Las evaluaciones deberían también servir para apoyar a las IFD en el proceso de mejorar la calidad en general, tanto de la educación inicial como de la continua.

Mejorar la transición de la escuela al trabajo es fundamental para favorecer la empleabilidad y el acceso a empleos de calidad

La educación y las competencias pueden ser importantes de cara a mejorar las perspectivas de empleo y el acceso a empleos de calidad. Participar en los mercados de trabajo con buenas condiciones laborales es un aspecto fundamental del bienestar. Así pues, mejorar la transición de la escuela al trabajo en Paraguay, gracias a una mejor educación y habilidades para todos, debe ser una prioridad de las políticas públicas.

Sin embargo, la transición por el sistema de educación en Paraguay todavía presenta muchos obstáculos que dificultan una integración con éxito en el mercado de trabajo. Un porcentaje considerable de estudiantes no accede al siguiente nivel educativo, en particular a la enseñanza secundaria alta. Entre quienes lo hacen, muchos abandonan la escuela demasiado temprano, según reflejan las elevadas tasas de deserción escolar y las bajas tasas

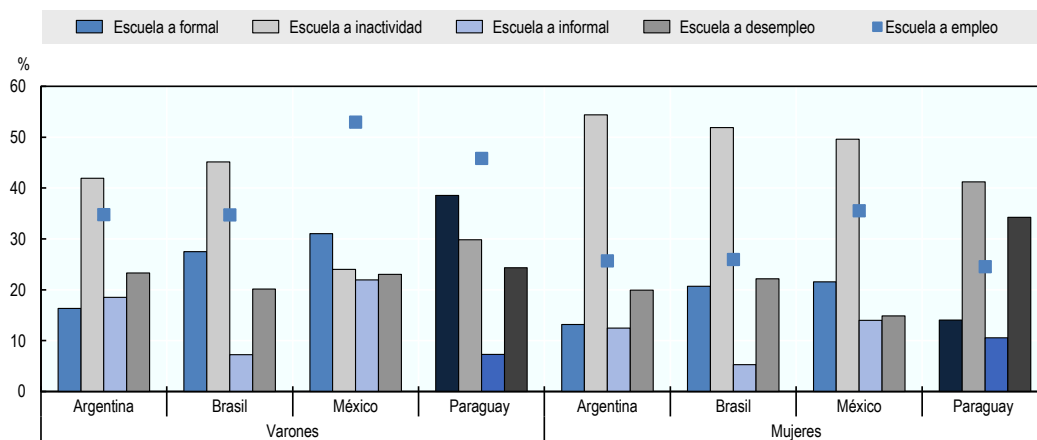
de finalización. A esto se suman unos mediocres resultados del aprendizaje, y el hecho de que la mayor escolarización no aporta una educación y habilidades de calidad, lo que impide a los trabajadores desempeñar ocupaciones que precisen mayor cualificación. Otra barrera fundamental para acceder a empleo de calidad es la reducida pertinencia de la educación y las habilidades que se adquieren en el sistema educativo, que a menudo distan no poco de las más valoradas y que siguen escaseando en los mercados laborales, y que son clave para encontrar un trabajo mejor. Los problemas por el lado de la demanda, es decir, la capacidad de la economía para proporcionar oportunidades de trabajo de buena calidad, también son fundamentales para comprender las transiciones de la escuela al trabajo, pero quedan fuera del alcance de este análisis.

La transición de la escuela al trabajo es complicada y numerosos jóvenes abandonan el sistema educativo para trabajar en empleos de baja calidad

La transición del estudio al trabajo es difícil en Paraguay, y más de la mitad de los estudiantes que dejan el sistema educativo acaban en situación de inactividad, desempleo o trabajo informal. Las tasas anuales de deserción escolar muestran que, entre los jóvenes urbanos (de 15 a 29 años), alrededor del 30% de los varones quedan inactivos tras dejar la escuela, casi el 10% desempeña un empleo en la economía informal y el 25% queda desempleado. El porcentaje restante se incorpora a empleos formales. Las mujeres jóvenes muestran transiciones significativamente peores: solo alrededor del 15% accede a un empleo formal tras dejar la escuela, un 40% quedan inactivas, un 12% trabaja en la economía informal y más del 35% quedan desempleadas (Gráfico 4.10). Comparado con Argentina y Brasil, el porcentaje de estudiantes que transitan al empleo es mayor en Paraguay, aunque esto debe interpretarse con cautela, ya que este análisis sólo considera a los jóvenes urbanos y la proporción de población rural varía mucho entre Paraguay (40%) y Brasil (14%) y Argentina (8%), lo que puede generar sesgos (Banco Mundial, 2018a).


La transición de la escuela al trabajo es más problemática entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. La deserción escolar es significativa una vez cumplidos 15 años, con consecuencias especialmente adversas para los hogares de bajos ingresos. A la edad de 29 años, en las familias en situación de pobreza extrema seis de cada diez jóvenes no trabajan, ni estudian ni reciben formación; tres de cada diez tienen un empleo informal y sólo uno de cada diez trabajadores tiene un empleo formal. En las familias vulnerables, la mitad de los jóvenes de 29 años no trabajan, ni estudian ni reciben formación o tienen empleo informal. El panorama es algo más alentador entre los jóvenes de 29 años de familias de clase media, siendo aproximadamente sólo dos de cada diez quienes no trabajan, ni estudian ni reciben formación o tienen empleo informal (Gráfico 4.11). Los más expuestos al empleo informal son los hogares de lengua guaraní, ya que el grueso del empleo en la economía formal se ofrece en Asunción (Ruppert Bulmer et al., 2017)

Gráfico 4.10. Transiciones de la escuela al mercado de trabajo entre los jóvenes (15-29 años) en Paraguay y en una selección de países latinoamericanos (2005-2015)



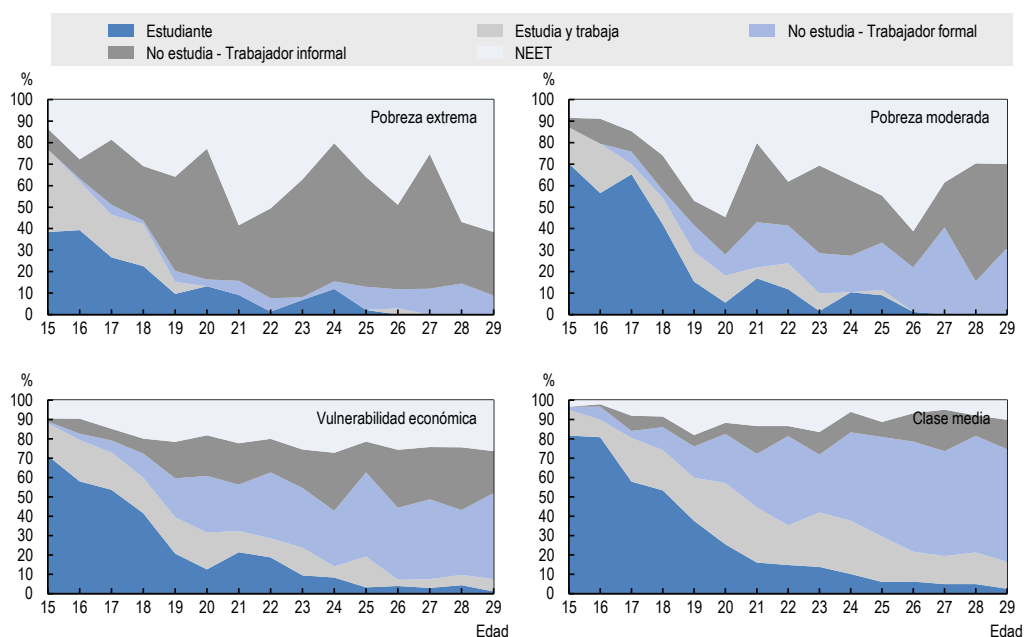
Nota: Los resultados muestran las tasas anuales de transición fuera de la escuela en el período 2005-15. Se han calculado dividiendo el flujo de personas que pasan de la Condición 1 (escuela) a la Condición 2 entre los momentos 0 y 1 entre el total de personas en la Condición 1 en el momento 0. Las transiciones son año a año (del año t al año $t+1$). Por razón de limitaciones en los datos, la muestra se restringe a la población urbana.

Fuente: *Perspectivas Económicas de América Latina 2017. Juventud, competencias y emprendimiento* (OCDE/CAF/CEPAL, 2016).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822368>

La inactividad está ampliamente difundida y afecta más a las mujeres, con consecuencias negativas para el bienestar. Alrededor del 25% de las mujeres jóvenes y casi el 8% de los varones jóvenes no trabajan, ni estudian ni reciben formación en Paraguay en 2014. Entre las mujeres, el porcentaje más alto de las que no trabajan, ni estudian ni reciben formación normalmente está relacionado con el trabajo en el hogar; de hecho, muchas mujeres que trabajan en el hogar son productivas y contribuyen a la economía, al participar en el trabajo doméstico y los cuidados no remunerados (OCDE/CAF/CEPAL, 2016). Las consecuencias de estos porcentajes tan altos de inactividad entre los jóvenes son evidentes: no solo padecen un estigma y encuentran dificultades para participar en varias dimensiones de la sociedad (aumentando de ese modo el riesgo de incurrir en comportamientos de riesgo), sino que carecen además de una fuente básica de ingresos y protección social. Además, encuentran dificultades para mantener las habilidades que poseen o para adquirir otras nuevas que serían cruciales para su integración futura en los mercados laborales.

Gráfico 4.11. Estado de actividad de los jóvenes para cada año de edad y grupo socioeconómico en Paraguay, 2014



Nota: Las clases socioeconómicas se definen según la clasificación del Banco Mundial: “Pobreza extrema” = jóvenes de hogares con un ingreso diario per cápita inferior a 2.50 USD; “Pobreza moderada” = jóvenes de hogares con un ingreso diario per cápita de 2.50-4 USD; “Vulnerable” = personas con un ingreso diario per cápita de 4-10 USD; “Clase media” = jóvenes de hogares con un ingreso diario per cápita de 10-50 USD. Las líneas de pobreza e ingresos se expresan en USD/día en PPA de 2005 (PPA = paridad de poder adquisitivo). Promedio ponderado de 16 países de América Latina y el Caribe: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

Fuente: *Perspectivas Económicas de América Latina 2017. Juventud, competencias y emprendimiento* (OCDE/CAF/CEPAL, 2016).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933822387>

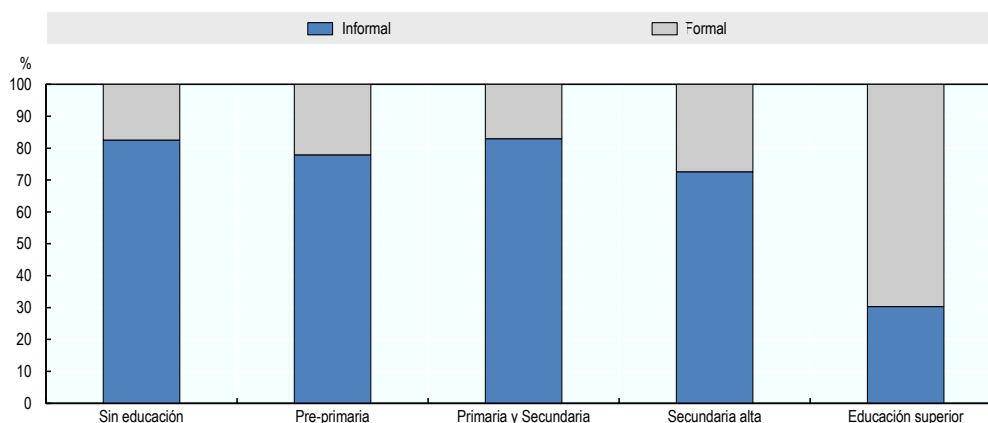
El empleo informal es un fenómeno generalizado en Paraguay, que entraña graves consecuencias para los trabajadores y para la economía en general. El empleo informal afectó en 2015 al 64% de los trabajadores, excluido el sector agrícola (OCDE, 2018). El empleo informal tiende a asociarse a condiciones de trabajo de baja calidad, menores ingresos, mayor inseguridad, peor calidad del entorno laboral y falta de acceso a protección social y a otras ventajas asociadas al empleo formal. Si bien la informalidad a veces representa un primer paso en una trayectoria laboral que puede mejorar en etapas posteriores, en muchos casos se convierte en una trampa que conduce a resultados laborales deficientes en el futuro. Datos de Argentina, Brasil, Chile y México muestran que, de todos los adultos urbanos (30 a 55 años de edad) que cada año dejan un empleo informal, el 70% transita a otro empleo informal (OCDE/CAF/CEPAL, 2016). La informalidad también limita el desarrollo de habilidades, ya que suele implicar trabajar en profesiones de baja cualificación y realizar tareas de bajo valor agregado, lo que con frecuencia conduce al deterioro de las habilidades de los trabajadores. Cuesta más identificar a quienes trabajan en el sector informal de la economía y, por lo tanto, cuesta llegar a ellos con formación y políticas activas del mercado de trabajo. Por otra parte, la formación en los lugares de trabajo informal es prácticamente inexistente.

El sistema de educación no proporciona las habilidades que favorecen el acceso a empleos de calidad

Los bajos niveles de educación y habilidades son causa directa de una transición difícil de la escuela al trabajo en Paraguay. Las causas del trabajo informal en el país son múltiples y complejas: (i) la escasa capacitación de la fuerza laboral; (ii) una estructura económica dominada por las micro y pequeñas empresas de subsistencia; (iii) el costo relativamente alto de incorporarse a la economía formal (con escasos incentivos para hacerlo); (iv) las deficiencias en el diseño de los programas de protección social; y, (v) las carencias en materia de representación de los trabajadores (Ayala, 2016).

El empleo informal disminuye conforme aumenta el nivel educativo de los paraguayos. El trabajo informal supera el 80% para quienes no poseen educación formal o han cursado sólo la enseñanza secundaria baja y afecta a alrededor del 70% de quienes han finalizado la enseñanza secundaria alta, si bien solo al 30% de quienes finalizaron la educación superior (Gráfico 4.12). El hecho de que el empleo informal siga siendo alto incluso para los trabajadores que han completado niveles significativos de educación, como la secundaria alta, se explicaría por dos fenómenos que pueden operar simultáneamente: primero, las habilidades adquiridas en el sistema educativo no son pertinentes para las exigencias y requisitos de los trabajos formales existentes; y, segundo, existen pocas oportunidades laborales formales debido a que la estructura económica no propicia su creación.

Gráfico 4.12. Trabajo informal por nivel de educación, 2016



Nota: Se supone que los trabajadores sin seguro médico de ningún tipo trabajan en la economía informal.

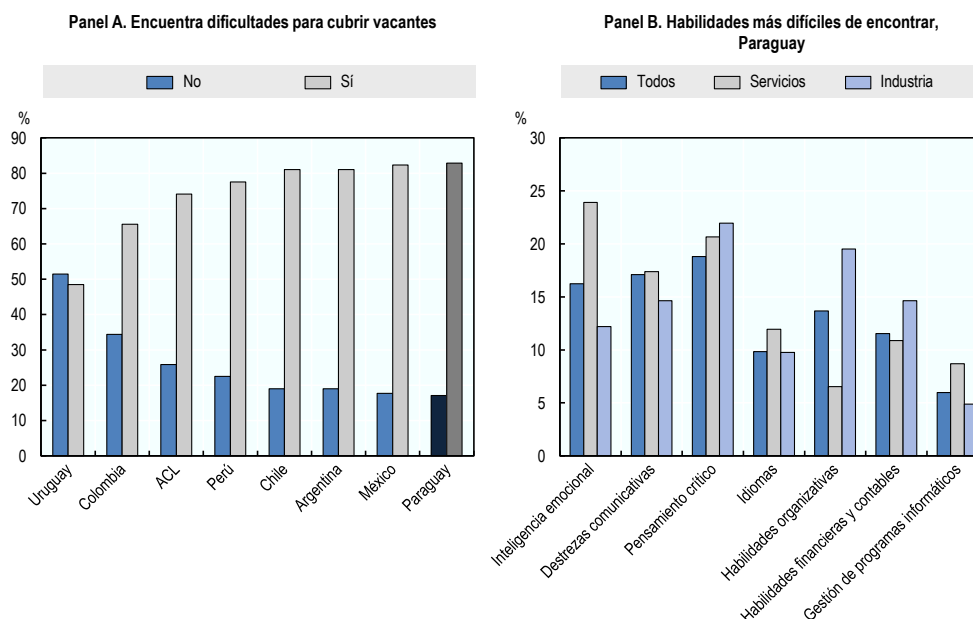
Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Permanente de Hogares 2016 (DGEEC, 2017).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822406>


La baja pertinencia de las habilidades limita las oportunidades de acceder al empleo formal, como muestran las grandes dificultades de las empresas formales para encontrar trabajadores con las habilidades deseadas. Aproximadamente un 80% de las empresas formales del país afirman tener dificultades para cubrir sus vacantes. Esta cifra es significativamente superior a la media de ALC, ya de por sí elevada, de un 65%. Las habilidades más difíciles de encontrar están relacionadas fundamentalmente con la inteligencia emocional, la comunicación y el pensamiento crítico, comprendidas todas ellas en un conjunto de habilidades transversales genéricas que son escasas entre los trabajadores

paraguayos. También parecen especialmente relevantes, a juzgar por la demanda sin cubrir, otras habilidades técnicas más específicas como contabilidad presupuestaria, finanzas o computación (Gráfico 4.13).

Gráfico 4.13. Porcentaje de empresas de la economía formal con dificultades para cubrir vacantes, por país, sector y tipo de habilidades



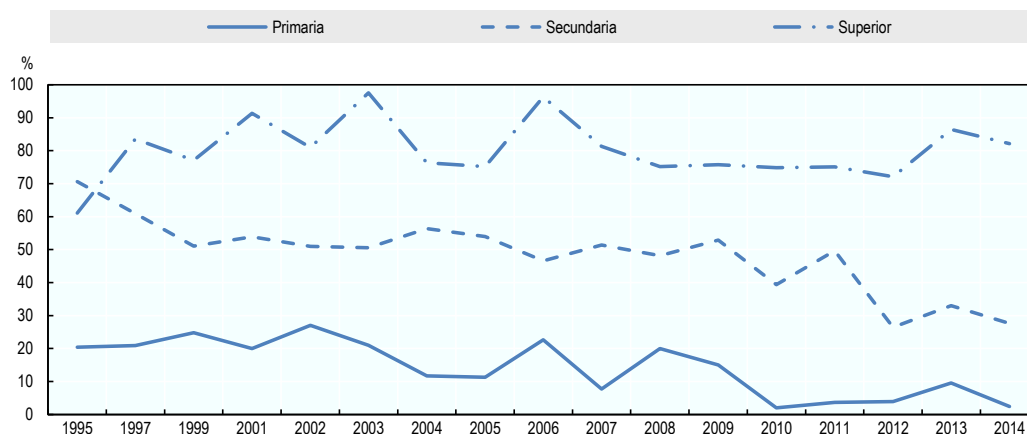
Fuente: Elaboración propia con base en la *Encuesta sobre la demanda y escasez de habilidades en América Latina* (OCDE/Manpower, de próxima aparición).

StatLink  <https://doi.org/10.1787/888933822425>

Las tasas de retorno de la educación se han incrementado en las ocupaciones cualificadas, indicando una escasez relativa de trabajadores con alta cualificación. Desde principios de siglo no se observaba una tendencia uniforme en las tasas de retorno de la educación universitaria, es decir, en la rentabilidad monetaria de haber alcanzado un mayor nivel educativo. Últimamente, sin embargo, estas tasas de retorno han ido en aumento. Esto puede interpretarse como resultado de una escasez relativa de habilidades de alto nivel (al haber aumentado la demanda de habilidades altas más rápido que su oferta). Los retornos de las habilidades de nivel medio y bajo, asociadas a los niveles educativos de enseñanza secundaria y primaria, respectivamente, han disminuido en los últimos años (Gráfico 4.14). Los factores que subyacen a estas tendencias pueden guardar relación con la oferta o la demanda. La ampliación del acceso a las enseñanzas primaria y secundaria, que se ha producido en algunos casos a expensas de la calidad, podría ser un factor explicativo de estos retornos decrecientes. Pero la dinámica por el lado de la demanda, conducente a un desplazamiento hacia habilidades de mayor nivel, podría estar también impulsando esas tendencias. Los cambios en los retornos de la educación en Paraguay son similares a los de la mayoría de países de ALC, que exhiben un patrón de expansión de la oferta relativa de trabajadores cualificados y semicualificados (es decir, de aquellos que han recibido educación superior y secundaria). La consiguiente reducción de los retornos en enseñanza secundaria fue acompañada de unos retornos de la educación superior más volátiles, con un aumento significativo en la década de 1990, una disminución y estabilización relativa

en la década de 2000 y un repunte después de 2012. De los datos recientes se infiere una mayor capacidad explicativa de los factores de demanda (en concreto, del cambio en la demanda de trabajadores cualificados) que de los de oferta (Galiani et al., 2017).

Gráfico 4.14. Tasas de retorno de la educación en Paraguay, 1995-2014



Nota: Coeficientes de variables simuladas en educación a partir de una regresión sobre la ecuación de Mincer.

Fuente: Elaboración propia con base en CEDLAS y Banco Mundial (2017).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933822444>

La enseñanza secundaria alta debe modernizarse en aras de proporcionar unas habilidades más pertinentes

La educación ofrecida en la secundaria alta (educación media) no logra desarrollar en los estudiantes las habilidades adecuadas para acceder al mercado de trabajo o a la educación superior. La educación media en Paraguay tiene dos itinerarios principales. El primero, el bachillerato científico, suele asociarse con la preparación de estudiantes para la enseñanza universitaria, con tres opciones en función del enfoque del plan de estudios: ciencias sociales, ciencias básicas, y artes y literatura. El segundo, el bachillerato técnico, o Enseñanza y Formación Técnica y Profesional (EFTP) de nivel superior, más orientado hacia la inserción laboral o la preparación para la EFTP postsecundaria, cuenta con más de 25 clases de cursos de capacitación en agricultura, industria y servicios. Tres de cada cuatro estudiantes de educación media cursaron el bachillerato científico en 2011 (MEC, 2012). Los datos disponibles, aun siendo muy limitados, apuntan a que los estudiantes no consideran las habilidades adquiridas en educación media lo suficientemente pertinentes en el lugar de trabajo, una impresión que comparten las empresas; las instituciones de educación superior afirman, por su parte, que los estudiantes llegan a este nivel sin haber desarrollado las habilidades suficientes.

El plan de estudios de la educación media debe rediseñarse para favorecer la inserción laboral y facilitar el acceso a la educación superior. El plan de estudios de la educación media ha de orientarse a enseñar a los alumnos habilidades propias del siglo XXI. En economías basadas cada vez más en el conocimiento, y en un contexto de creciente automatización de la producción y de ciertas tareas de baja cualificación, la demanda de destrezas manuales repetitivas disminuye, mientras que crece la demanda de habilidades relacionadas con procesar información y otras capacidades cognitivas e interpersonales de alto nivel. Además de dominar competencias profesionales específicas, los trabajadores

contemporáneos han de atesorar habilidades relacionadas con procesar información y varias competencias «genéricas», entre ellas de comunicación interpersonal, autonomía personal y capacidad de aprendizaje, que les ayuden a sobrellevar las incertidumbres de unos mercados de trabajo en incesante cambio (OCDE, 2013). Las recientes iniciativas para rediseñar el plan de estudios de la educación media iban en la dirección correcta, con un enfoque basado en habilidades que promovía un mayor aprendizaje en el centro de trabajo. Sin embargo, la rotación institucional y la fragmentación limitaron su éxito, lo que aconseja acometer medidas más coordinadas a fin de aprovechar las conclusiones y las lecciones aprendidas de iniciativas anteriores.

Reforzar la enseñanza y formación técnica y profesional podría apoyar mejoras en la transición de la escuela al trabajo y el desarrollo de la formación durante toda la vida

La enseñanza y formación técnica y profesional (EFTP) puede desempeñar una función fundamental en la preparación para el empleo en Paraguay, mejorando así la transición de la escuela al trabajo para todos. La EFTP encierra un gran potencial como instrumento para ayudar a las personas a adquirir habilidades mejor ajustadas a las necesidades del mercado de trabajo. En este sentido, constituye otra opción al margen de la vía académica general para quienes tengan vocación técnica, así como una posible opción para muchas otras personas: para aquellas que desean acceder a un empleo al inicio de sus carreras, para adultos que en su día abandonaron el sistema educativo y buscan una segunda oportunidad de adquirir habilidades profesionales, o para quienes quieren o necesitan cambiar de trayectoria profesional como una forma de adaptarse o de recuperar competencias (OCDE/CAF/CEPAL, 2016; UNESCO, 2016).

La EFTP está muy fragmentada en Paraguay, con numerosos proveedores y múltiples modalidades que limitan su potencial como un sistema sólido e integrado de capacitación profesional. La EFTP básicamente descansa sobre los siguientes pilares. En primer lugar, está la EFTP formal, que es competencia del Ministerio de Educación. En el nivel de educación media se oferta a través de bachilleratos técnicos y de formación profesional media, que se orienta más claramente hacia la inserción directa en el mercado de trabajo. En el nivel de educación superior no universitaria se oferta EFTP en los Institutos Técnicos Superiores. Además de esto, existen modalidades de educación permanente para jóvenes y adultos. Según datos históricos, en torno al 25% de los estudiantes que cursan un bachillerato suelen matricularse en el bachillerato técnico. Datos recientes del MEC muestran que solo una pequeña fracción se matricula en formación profesional media, mientras que alrededor de un tercio de los matriculados en educación permanente siguen un programa de EFTP en alguna de sus modalidades. En segundo lugar, existe una EFTP no formal, cuya supervisión suele corresponder al Ministerio de Trabajo, proporcionada principalmente a través del Sistema Nacional de Promoción Profesional (SNPP) y del Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral (SINAFOCAL). Por último, hay otras muchas formas de EFTP ofrecidas por otros ministerios y organismos en áreas tales como agricultura, salud o construcción. En resumen, la EFTP está muy fragmentada, con múltiples opciones de capacitación ofrecidas por una plétora de instituciones. Si bien en Paraguay ha habido programas y experiencias exitosas de EFTP, su crecimiento ha sido disperso y descoordinado. Su planificación la realizan por lo general distintos organismos que se centran en determinados grupos o necesidades muy específicas (MEC et al., 2011; UNESCO, 2013).

Paraguay carece de un sistema integrado de enseñanza y formación técnica y profesional. En los últimos años, los intentos de coordinar mejor los programas de EFTP y de

divulgarlos entre el público en general a nivel nacional no han logrado establecer un sistema nacional integrado de EFTP. El Plan Nacional de Mejoramiento de la Educación Técnica y Profesional 2011-2013 representó un esfuerzo por ampliar la oferta de EFTP y mejorar su calidad reforzando la colaboración público-privada y recaudando fondos. La ley que se debatió en 2012 para regular y articular la EFTP no llegó a materializarse. Los nuevos estatutos del Ministerio de Educación, aprobados en 2017, definen las funciones de un órgano asesor, el Consejo Nacional de Educación y Trabajo (CNET), que opera en un esquema tripartito, uno de cuyos objetivos es proponer y aprobar un plan estratégico para EFTP, fomentando la coordinación con los distintos sectores que participan en la ejecución de políticas relacionadas con la educación y el trabajo. Entre las funciones del CNET está crear una unidad técnica interministerial responsable de establecer y mantener actualizado el Sistema Nacional de Cualificaciones Profesionales, cuyas actividades llevan realizándose desde 2014 con un equipo de trabajo de ambos ministerios, Educación y Trabajo. Esto debería servir de eficaz trampolín para avanzar hacia una EFTP integrada, que reclama medidas amplias y ambiciosas que habrán de complementarse con acciones específicas que aborden los principales desafíos de la EFTP en los diferentes niveles de educación (secundaria alta, postsecundaria, permanente y no formal) y en diferentes ámbitos: calidad, pertinencia y coherencia/eficiencia del sistema.

Debe apoyarse la EFTP de enseñanza secundaria alta para transformarla en puerta de entrada efectiva al mercado de trabajo, pero también a la EFTP post-secundaria. Dada la tasa de deserción escolar después de los 15 años, mejorar la utilidad de la EFTP en el nivel de enseñanza secundaria alta puede ser un instrumento eficaz para mantener la asistencia escolar y mejorar la transición al empleo. Además de las medidas antes mencionadas para mejorar el aprendizaje en educación media, relacionadas con los profesores y las prácticas docentes, y los recursos y la gestión escolares, la EFTP en secundaria alta merece especial atención como una forma de mejorar la transición de la escuela al trabajo. Para ello es crucial diseñar programas de formación profesional adaptados a los cambios y necesidades de la economía, dotarse de más mecanismos para facilitar el diálogo entre educadores, sindicatos y asociaciones empresariales, y adaptar los planes de estudios a estas necesidades cambiantes. También es fundamental centrarse, además de en las habilidades específicas, en las básicas y transversales que son transferibles y preparan a los trabajadores para adaptarse a la cambiante demanda de habilidades y para construir itinerarios de formación profesional. También es esencial la orientación profesional para proporcionar asesoramiento y realimentación activos a los jóvenes estudiantes, a fin de identificar vocaciones profesionales e informarles sobre las perspectivas del mercado de trabajo. Por último, hacer un uso significativo del lugar de trabajo como un entorno de aprendizaje de calidad es un elemento crucial para formar en los aspectos prácticos de la profesión de que se trate y favorecer una mejor transición al empleo (OCDE, 2010). Estas acciones, unidas a iniciativas de comunicación específicas, deberían realzar la reputación de la EFTP inicial en Paraguay como un mecanismo eficaz de transición de la escuela al trabajo. A este respecto, de observaciones casuales se infiere que el bachillerato técnico está bien considerado entre los paraguayos y que, a diferencia de la mayoría de países de la región de ALC, se considera una plataforma de formación más sólida para acceder a la educación superior que el bachillerato científico. Con todo, su percepción como medio para acceder a un empleo o iniciar una carrera profesional puede mejorarse considerablemente.

La calidad y pertinencia de la EFTP postsecundaria han de mejorarse. Si bien la EFTP inicial en el nivel de secundaria alta puede inculcar habilidades útiles, tal formación es a veces –y cada vez más– insuficiente para ciertas profesiones, y debe complementarse con EFTP postsecundaria de la máxima calidad y pertinencia (OCDE, 2014). La EFTP

postsecundaria se proporciona en Paraguay sobre todo a través de los Institutos Técnicos Superiores (ITS), cuya supervisión compete al Ministerio de Educación, según se establece en la Ley de Educación Superior 4995/13. Para mejorar su calidad y pertinencia, tres elementos parecen críticos. En primer lugar, integrar el aprendizaje basado en el trabajo en los programas de EFTP, ya que constituye un entorno óptimo de aprendizaje que además facilita la contratación posterior. Esto debería ser un requisito obligatorio, y la financiación de ITS públicos debería ligarse a su cumplimiento. En segundo lugar, los profesores deberían poseer sólidas capacidades docentes, así como conocimientos y experiencia actualizados del sector. Esto implica promover acuerdos flexibles que faciliten contratar profesionales directamente de la industria o establecer contratos a tiempo parcial. Además, los requisitos de cualificación para enseñar en este nivel deberían adaptarse para reflejar la combinación deseada de requisitos: competencias académicas, pedagógicas y prácticas. En tercer lugar, el plan de estudios deberá reflejar una combinación tanto de habilidades técnicas y laborales como de competencias básicas. De hecho, la experiencia internacional revela que muchos adultos, incluso con educación postsecundaria, poseen unas débiles habilidades básicas, al tiempo que las empresas afirman que son habilidades particularmente difíciles de encontrar (OCDE/Manpower, de próxima aparición; OCDE, 2014). Estas dimensiones deberían incorporarse a criterios que aplicasen el Consejo Nacional de Educación Superior y el Ministerio de Educación para determinar la idoneidad de los ITS. En la región de ALC, algunas buenas prácticas pueden transponerse a futuras reformas. A modo de ejemplo, en Brasil y Colombia existe la obligación de recibir formación o capacitación práctica remunerada en el lugar de trabajo tras haber cursado EFTP, con unos resultados positivos para la inserción laboral. Jamaica es un buen ejemplo de formación para profesores de EFTP, a través de su Instituto de Desarrollo de la Formación Profesional (UNESCO, 2016).

La EFTP no formal requiere una mejor coordinación y apoyo. La función de SINAFOCAL, creado en 2001, está más relacionada con la definición de la estrategia de formación profesional, con una clara responsabilidad de supervisar la calidad de la EFTP no formal, incluida la certificación y acreditación de habilidades, así como una función de investigación que implica el análisis de las habilidades demandadas por el sector productivo. El SNPP, operativo desde 1971, centra su actividad en la provisión efectiva de formación. En la práctica, ambos organismos proporcionan formación y el deslinde de competencias aún no está bien definido. Si bien se progresa en esa dirección, el objetivo debería ser que ambas instituciones operasen de manera coordinada y complementaria, y que la función de SINAFOCAL de afianzar la calidad del sistema no formal de EFTP contase con respaldo financiero. El reciente desarrollo de un Registro de instituciones de formación y capacitación laboral (REIFOCAL) es un buen avance. Por su parte, el SNPP puede ser un medio eficaz de facilitar la inserción en el mercado de trabajo, pero los desafíos que afronta para proporcionar formación de calidad relacionados con una infraestructura obsoleta o insuficiente aconsejarían aumentar sus recursos financieros.

Paraguay debe avanzar hacia un sistema nacional integrado de EFTP que fomente la calidad y la pertinencia, favorezca la transparencia de los resultados del aprendizaje y la transferibilidad de las cualificaciones, y que ofrezca trayectorias profesionales claras. Las múltiples modalidades de EFTP plantean un desafío a la hora de garantizar su calidad y pertinencia en todo el país. En consecuencia, deberá formularse una política nacional para EFTP que coordine la oferta existente, mejore la transparencia de los resultados del aprendizaje y establezca cualificaciones fáciles de interpretar por estudiantes y empleadores, uniformes en todo el país y que vayan acompañadas de evaluaciones rigurosas. También puede facilitar la transición de la formación no formal a modalidades

formales. A este respecto, quizás convendría elaborar un Marco Nacional de Cualificaciones; este, si bien potencialmente costoso, puede ser también enormemente beneficioso. Los debates al respecto deberían integrarse en la agenda conducente a definir el PNTE 2030. El reconocimiento de competencias previas puede ser también crítico en un país donde el aprendizaje a menudo se lleva a cabo fuera de la educación formal, como por ejemplo en el seno de la familia, en el centro de trabajo o a través de una actividad individual autónoma. Por último, la creación de trayectorias profesionales claras puede dotar de mayor atractivo al sistema de EFTP.

Es preciso mejorar el ajuste entre la oferta y la demanda de habilidades para favorecer la empleabilidad

Mejorar la transición de la escuela al trabajo y fomentar la empleabilidad exigen medidas que vayan más allá del sistema de educación y habilidades e incluyan mecanismos para ajustar mejor las habilidades a las efectivamente demandadas por la economía. Para lograr un ajuste eficaz entre trabajadores y puestos vacantes, la política dirigida a mejorar la pertinencia de las habilidades debe complementarse con más información y mejores programas.

El alcance de las políticas activas del mercado de trabajo (PAMT) ha de ampliarse a fin de apoyar programas de formación e intermediación que faciliten un mejor acceso a las vacantes. PAMT y Servicios Públicos de Empleo pueden facilitar una mejor transición de la escuela al trabajo con programas de formación e intermediación, pero su cobertura es limitada en Paraguay (OIT, 2014). Más del 90% de las búsquedas de empleo del país se realizaron en 2009 a través de canales informales (Mazza, 2011). Esto indica que el ajuste entre oferta y demanda de trabajo podría ser mucho más eficiente. Los servicios públicos de empleo pueden reforzarse no solo ampliándolos y aumentando su presencia a nivel local, sino también introduciendo marcos de gestión del rendimiento, con una asistencia más individualizada en la búsqueda de empleo y aumentando el uso de tecnologías digitales para ampliar su alcance y eficacia. Por lo que respecta a los servicios de formación, y más allá de la función que desempeñan SNPP y SINAFOCAL, algunas valiosas alianzas público-privadas, como Sape'a y Nuevas Oportunidades de Empleo para Jóvenes, imparten formación a jóvenes desfavorecidos, pero su pequeña escala ha limitado su impacto (OCDE/CAF/CEPAL, 2016).

Mejorar la información sobre el mercado de trabajo puede ser un instrumento eficaz para promover mejores opciones educativas y profesionales. Proporcionar a los estudiantes información sobre las trayectorias profesionales y opciones de que disponen tras la graduación puede ayudarles a tomar decisiones informadas sobre su campo de estudio y futura carrera profesional. Esta puede ser una forma eficaz de resaltar los sectores en los que más escasean determinadas habilidades y ayudar de este modo a cerrar las brechas competenciales. Un ejemplo interesante al respecto es el servicio web *Ponte en Carrera* de Perú, que recopila información de ofertas educativas y demandas del mercado de trabajo para ponerla a disposición de los potenciales estudiantes.

Establecer mecanismos institucionales con miras a fomentar el diálogo entre los educadores, el sector privado y los trabajadores será fundamental para anticipar e identificar las necesidades de habilidades. Los consejos de habilidades dedicados a sectores económicos particulares, en los que participan diversas partes interesadas, pueden ayudar a identificar mejor las habilidades de las que se carece e inspirar el desarrollo de programas formativos específicos que colmen tales carencias. Debería reforzarse el papel del Observatorio Laboral del Ministerio de Trabajo, un organismo esencial en la obtención de

información sobre necesidades de habilidades, incluidos datos específicos sobre carencias a nivel regional. El Consejo Nacional de Educación y Trabajo avanza en la dirección correcta al promover la cooperación interministerial para buscar respuestas de política a las brechas existentes entre la oferta y la demanda de habilidades.

Recomendaciones de política

Recuadro 4.2. Principales recomendaciones para promover un sistema de educación y habilidades que fomente la inclusión y la empleabilidad

1. Políticas para contribuir a un mejor sistema de educación para todos

1.1. Adoptar un pacto nacional de educación, el PNTE 2030, basado en un consenso alcanzado en un proceso consultivo:

- Concretar objetivos e hitos para las diferentes áreas de acción.
- Establecer compromisos financieros concretos.
- Movilizar la experiencia internacional para aprender de las mejores prácticas.

1.2. Redoblar esfuerzos para ampliar la cobertura y fomentar la finalización, en especial en pre-primaria y secundaria, y entre los grupos más desfavorecidos:

- Elaborar mejores estadísticas de educación para evaluar los desafíos futuros, monitorear el progreso e inspirar la política educativa.
 - Utilizar el Registro Único del Estudiante para centralizar información de los estudiantes y obtener datos más fiables, fáciles de gestionar y comparables.
 - Superar los desafíos actuales para la elaboración de métricas de educación sobre acceso, matrícula, progresión y finalización de estudios.
- Apoyar el acceso en zonas remotas y entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos:
 - Apoyar el acceso a la educación pre-primaria, ayudando a las familias a superar las principales barreras:
 - Económicas: reforzando la vinculación del programa de transferencias monetarias condicionadas *Tekoporã* a la asistencia preescolar.
 - Geográficas: escalando el programa de educación inicial no formal *Maestras Mochileras*.
 - Sensibilizar a las comunidades sobre la importancia de la educación en la primera infancia:
 - Reforzar (o, cuando no existan, establecer) los Consejos de la Niñez y la Adolescencia.
 - Ampliar la oferta de educación pre-primaria:
 - Más y mejores escuelas y maestros, y desarrollar modalidades para atender necesidades especiales.
 - Considerar ampliar la educación obligatoria a los 4 años.

- Ampliar la cobertura de la enseñanza secundaria:
 - Becas dirigidas a estudiantes de grupos desfavorecidos o con necesidades especiales.
 - Reforzar las soluciones de educación media abierta y a distancia.
 - Reforzar el transporte escolar para la enseñanza secundaria en zonas remotas.
- Políticas que contribuyen a la permanencia en la escuela y la finalización de los estudios, evitando repeticiones de curso y la deserción escolar:
 - Considerar la ampliación gradual de la jornada escolar, comenzando con una prueba piloto, y evaluar de qué modo afecta a la reducción de la deserción (así como a los resultados del aprendizaje).
 - Desarrollar mecanismos para identificar y apoyar a los estudiantes en riesgo de exclusión, con flexibilidad en los métodos pedagógicos para ayudar a aquellos con mayores dificultades.

1.3. Políticas para mejorar el aprendizaje y la calidad general del sistema educativo:

- Mejorar la base empírica sobre los resultados del aprendizaje para informar la formulación de políticas.
 - Reforzar el SNEPE como principal herramienta para evaluar el desempeño estudiantil, mejorando su uso y la disponibilidad pública de resultados para favorecer el análisis y la formulación de políticas basadas en evidencia y datos empíricos.
- Mejorar la enseñanza para lograr mejores resultados del aprendizaje:
 - Reconfigurar las trayectorias profesionales de los docentes para:
 - Atraer talento y elevar el status de la enseñanza, con el objetivo de asegurar que los mejores candidatos ingresen en la profesión y permanezcan en ella. Esto implica repensar los mecanismos de selección, pero también los incentivos (salarios, reconocimiento social, etc.).
 - Reforzar los incentivos para desarrollarse y mejorar, fortaleciendo el vínculo entre rendimiento y recompensa.
 - Reforzar y sistematizar la evaluación de los docentes con miras a controlar el progreso, identificar limitaciones y superarlas.
 - Potenciar la calidad de las Instituciones de Formación Docente:
 - Iniciar el proceso de acreditación de las IFD y reforzar ANEAES para garantizar su capacidad de realizar eficazmente estas tareas.
 - Mejorar la calidad tanto de la educación inicial como de la continua.

2. Políticas para mejorar el acceso a empleos de más calidad

2.1. Transformar y modernizar el plan de estudios de la educación media técnica:

- Rediseñar el plan de estudios para priorizar las habilidades del siglo XXI.

- Desarrollar mecanismos para adaptar el plan de estudios de los bachilleratos técnicos a las demandas rápidamente cambiantes de la industria, involucrando al sector privado y otras partes interesadas.
- Proporcionar una combinación de habilidades técnicas específicas para el puesto de trabajo, con habilidades transversales y básicas.

2.2. Fortalecer el sistema de EFTP:

- Mejorar la calidad de la educación y formación profesional: reforzar las medidas de acreditación de los Institutos Superiores Técnico-Profesionales.
- Dotarla de mayor pertinencia: modernizar el plan de estudios y la conexión con el sector privado.
- Diseñar trayectorias de educación y formación profesional que faciliten la transición de los estudiantes al empleo.
- Apoyar la educación y formación profesional para adultos y establecer un sistema para el reconocimiento de las habilidades adquiridas en el mercado de trabajo, para brindar una segunda oportunidad a los adultos.

2.3. Mejorar la correspondencia entre oferta y demanda de mano de obra.

- Fortalecer las políticas activas del mercado de trabajo para favorecer el acceso a empleos formales: sistemas de capacitación e intermediación.
- Establecer un sistema de información para atraer estudiantes a los sectores con mayor demanda.
- Considerar establecer consejos de habilidades en sectores dinámicos (p. ej., un consejo experimental en algún segmento de la agroindustria) y crear un observatorio para anticipar la demanda de ciertas habilidades. Considerar establecer un marco de cualificación para facilitar el reconocimiento de habilidades.

Referencias

- Altinok, N., N. Angrist y H. A. Patrinos (2018), *Global Data Set on Education Quality (1965-2015)*, Policy Research Working Paper N° 8314, Grupo Banco Mundial.
- Ayala, D. (2016), *Ocupación Informal en Paraguay: Evolución, Características y Acciones de Políticas Públicas*, Observatorio Laboral.
- Banco Mundial (2018a), *World Development Indicators* [Indicadores de desarrollo mundial] (base de datos), Washington D.C.
- Banco Mundial (2018b), *World Development Report 2018: Learning to Realize Education's Promise*, Banco Mundial, Washington, D.C., <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/28340>.
- Banco Mundial (2013), *Estado del arte de la profesión docente en Paraguay. Ideas inspiradoras para la elaboración de políticas educativas*, Banco Mundial, Asunción.
- CEDLAS y Banco Mundial (2017), *Base de datos socio-económicos para América Latina y el Caribe*, Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales en América Latina, Universidad Nacional de

- La Plata (Argentina) y Banco Mundial, <http://sedlac.econo.unlp.edu.ar/eng> (recuperado en febrero de 2018).
- DGEEC (2017), *Encuesta Permanente de Hogares* (base de datos), Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de Paraguay, Fernando de la Mora, www.dgeec.gov.py/datos/encuestas/eph (recuperado en febrero de 2018).
- Elías, R., G. Walder y D. Sosa (2016), “Perfiles de la exclusión educativa en la República de Paraguay” en *Informe integrante de la Iniciativa Global por los Niños Fuera de la Escuela*, OOESCI, Unicef-UIS, UNESCO.
- Elías, R., N. Briet, C. Spinzi y B. Aquino (2014), *Revisión Nacional 2015 de la Educación para Todos: Paraguay*, Ministerio de Educación y Ciencias de Paraguay, Asunción.
- Galiani, S. et al. (2017), “Educational Upgrading and Returns to Skills in Latin America: Evidence from a Supply-Demand Framework”, *NBER Working Paper* n° 24015.
- Hanushek, E. y S. Rivkin (2012), “Boosting teacher effectiveness” en *What lies ahead for America's children and their school*, eds. Finn, E. Jr y R. Sousa, Stanford: Hoover Institution Press, pp. 23-35.
- Heckman, J. (2016), “Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children” en *Science*, vol. 312, pp. 1900-1902.
- ILO (2014), *Políticas de Empleo*, Mesa de Diálogo Social, Paraguay, Organización Internacional del Trabajo, Asunción, http://www.oit.org/wcmstp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/genericdocument/wcms_248872.pdf.
- MEC (2018), *Presentación de Resultados de la Evaluación Nacional de los Aprendizajes*, Ministerio de Educación y Ciencias de Paraguay, Asunción.
- MEC (2012), *Estadística Educativa 2011, Datos e Indicadores de la Educación*, Ministerio de Educación y Ciencias de Paraguay, Asunción.
- MEC et al. (2011), *Plan Nacional de Mejoramiento de la Educación Técnica y Profesional en el Paraguay 2011-2013*, Ministerio de Educación y Ciencias de Paraguay, Asunción.
- MEC (2007), *Mecanismo de Licenciamiento de Instituciones Formadoras de Docentes*, Ministerio de Educación y Ciencias de Paraguay, Asunción www.mec.gov.py/cms_v2/adjuntos/14692?1506353855.
- MH (2017), *Diseño de la Estrategia de Transformación Educativa del Paraguay 2030*, Ministerio de Hacienda de Paraguay, Asunción.
- OCDE (2018), *Estudio Multidimensional de Paraguay. Volumen I. Evaluación Inicial*, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/9789264301924-es>.
- OCDE (2015), *PISA 2015 Results (Volume I): Excellence and Equity in Education*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266490-en>.
- OCDE/CAF/CEPAL (2018), *Perspectivas económicas de América Latina 2018: Repensando las instituciones para el desarrollo*, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/leo-2018-es>.
- OCDE/CAF/CEPAL (2016), *Perspectivas económicas de América Latina 2017: Juventud, competencias y emprendimiento*, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/leo-2017-en>.
- OCDE/CAF/CEPAL (2014), *Perspectivas económicas de América Latina 2015: Educación, competencias e innovación para el desarrollo*, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/leo-2015-en>.

- OCDE/ E. Hanushek/L. Woessmann (2015), *Universal Basic Skills: What Countries Stand to Gain*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264234833-en>.
- OCDE (2014), *Competencias más allá de la escuela*, Synthesis Report of the OECD Reviews of Vocational Education and Training, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/9789264230804-es>.
- OCDE (2013), *OECD Skills Outlook 2013: First Results from the Survey of Adult Skills*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204256-en>.
- OCDE (2010), *Preparándose para trabajar*, Synthesis Report of the OECD Reviews of Vocational Education and Training, Series: OECD Reviews of Vocational Education and Training, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/9789264118478-es>.
- PREAL (2013), *El Desafío es la equidad: Informe de Progreso Educativo. Paraguay*, Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina y el Caribe e Instituto Desarrollo.
- Ruppert Bulmer, E., S.M. Watson y D. De Padua (2017), *Paraguay Jobs Diagnostic: the dynamic transformation of employment*, Working Paper, Jobs Series N° 9, Grupo Banco Mundial, Washington, D.C., <http://documents.worldbank.org/curated/en/500641499411206696/Paraguay-jobs-diagnostic-the-dynamic-transformation-of-employment>.
- UNESCO (2016), *La enseñanza y formación técnico profesional en América Latina y el Caribe: una perspectiva regional hacia 2030*, Oficina Regional de la UNESCO para América Latina y el Caribe, OREALC/UNESCO, Santiago.
- UNESCO (2015), *Informe de resultados: Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo*, Laboratorio Latinoamericano de evaluación de la calidad de la educación, UNESCO, Santiago.
- UNESCO (2013), *Base de datos EFTP: Paraguay* (base de datos), UNESCO-UNEVOC International Centre for Technical and Vocational Education and Training.
- UNICEF (2012), *Completar la Escuela: Un Derecho para Crecer, un Deber para Compartir*, Iniciativa Global por los Niños Fuera de la Escuela, Oficina Regional de la UNESCO para América Latina y el Caribe, OREALC/UNESCO.

LA ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (OCDE)

La OCDE constituye un foro único en su género, donde los gobiernos trabajan conjuntamente para afrontar los retos económicos, sociales y medioambientales que plantea la globalización. La OCDE está a la vanguardia de los esfuerzos emprendidos para ayudar a los gobiernos a entender y responder a los cambios y preocupaciones del mundo actual, como el gobierno corporativo, la economía de la información y los retos que genera el envejecimiento de la población. La Organización ofrece a los gobiernos un marco en el que pueden comparar sus experiencias políticas, buscar respuestas a problemas comunes, identificar buenas prácticas y trabajar en la coordinación de políticas nacionales e internacionales.

Los países miembros de la OCDE son: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, Corea, Dinamarca, Eslovenia, España, Estados Unidos de América, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Letonia, Lituania, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza y Turquía. La Comisión Europea participa en el trabajo de la OCDE.

Las publicaciones de la OCDE aseguran una amplia difusión de los trabajos de la Organización. Éstos incluyen los resultados de la compilación de estadísticas, los trabajos de investigación sobre temas económicos, sociales y medioambientales, así como las convenciones, directrices y los modelos desarrollados por los países miembros.

CENTRO DE DESARROLLO DE LA OCDE

El Centro de Desarrollo de la OCDE, creado en 1962, es un fórum independiente, dedicado a facilitar el intercambio de información y el diálogo, en pie de igualdad, entre los países de la OCDE y las economías en desarrollo. Hoy en día, 27 países miembros de la OCDE y otros 25 países no miembros participan plenamente en el Centro. El Centro se concentra en los problemas estructurales emergentes susceptibles de tener un impacto en el desarrollo global y en desafíos específicos del desarrollo a los que se enfrentan las economías en desarrollo y emergentes. Gracias a análisis fácticos y alianzas estratégicas, el Centro ayuda a los países a formular políticas innovadoras para responder a los desafíos mundiales de la globalización.

Para más información sobre las actividades del Centro, por favor consultar en la web: www.oecd.org/dev.

Caminos de Desarrollo

Estudio multidimensional de Paraguay

VOLUMEN 2. ANÁLISIS DETALLADO Y RECOMENDACIONES

La serie *Caminos de Desarrollo* ayuda a las economías en desarrollo y emergentes a identificar soluciones innovadoras de políticas públicas para afrontar desafíos específicos del desarrollo. No se pueden alcanzar un mayor nivel de bienestar y un crecimiento más equitativo y sostenible simplemente reproduciendo la experiencia de los países industrializados. Para cada uno de los países estudiados, la serie propone opciones de acción en áreas específicas de política y a un nivel estratégico más amplio. Para ello, identifica los mayores obstáculos condicionantes del desarrollo en todos los sectores y propone soluciones al gobierno en su conjunto.

Tras haber alcanzado un crecimiento económico sólido y una estabilidad macroeconómica considerable a lo largo de los últimos 15 años, Paraguay ha trazado el rumbo para llegar a ser un país no sólo más próspero, sino también más inclusivo en 2030. Para alcanzar su ambición de desarrollo, el país tendrá que superar varios obstáculos transversales que limitan el progreso hacia mejoras generalizadas del bienestar ciudadano, tal como lo resalta el Volumen 1 de este estudio. Para poner a Paraguay en una trayectoria de desarrollo más inclusiva, es necesario emprender una serie de acciones coordinadas para aumentar la capacidad redistributiva del Estado, mejorar la prestación de servicios públicos y para romper la persistencia intergeneracional de la pobreza y la desigualdad. Este informe examina acciones y prioridades de política pública en tres áreas claves para hacer más inclusivo el desarrollo de Paraguay. Presenta un análisis detallado y una serie de recomendaciones para mejorar la efectividad de la protección social, la prestación de los servicios de salud, y la formación de competencias para todos los paraguayos.

Consulte esta publicación en el sitio web: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264306226-es>

Este trabajo está publicado en *OECD iLibrary*, plataforma que reúne todos los libros, publicaciones periódicas y bases de datos de la OCDE. Visite www.oecd-ilibrary.org y no dude en contactarnos para más información.

