

EL PILAR CONTRIBUTIVO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN PARAGUAY

Principales características y desafíos

Verónica Serafini Geoghegan

Equipo de trabajo

Dionisio Borda
Claudina Zavattiero
María José de León
Belém Montalto
Fernando Ovando

EL PILAR CONTRIBUTIVO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN PARAGUAY

Principales características y desafíos

Verónica Serafini Geoghegan

Equipo de trabajo

Dionisio Borda
Claudina Zavattiero
María José de León
Belém Montalto
Fernando Ovando

Esta publicación es resultado de un Proyecto financiado por el CONACYT a través del Programa PROCIENCIA con recursos del Fondo para la Excelencia de la Educación e Investigación – FEEI del FONACIDE.

© Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP
Piribebuy 1058, Asunción - Paraguay
Teléfono 452 520 / 454 140 / 496 813
cadep@cadep.org.py
www.cadep.org.py

Diseño y diagramación: Karina Palleros
Impresión: QR Impresiones
Asunción, noviembre 2021

ISBN: 978-99925-276-0-3 (versión impresa)
ISBN: 978-99925-244-6-6 (versión digital)

Contenido

Introducción	1
CAPITULO 1.	
LAS RAZONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	3
Una permanente evolución	3
Políticas de Protección Social: naturaleza y modalidades	9
El financiamiento del ciclo económico de vida	13
Las restricciones de la seguridad social contributiva como garante de derechos	15
Las propuestas actuales	34
Principales funciones de los sistemas de jubilaciones.....	46
La renta básica universal como oportunidad para debatir el derecho a un ingreso	49
CAPITULO 2.	
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	52
Estructura poblacional	52
El trabajo no remunerado y la educación.....	57
La estructura productiva y del trabajo	59
El mercado de trabajo	68
CAPITULO 3.	
MARCO NORMATIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL CONTRIBUTIVA	114
Marco Normativo del Sistema de Salud.....	117
Mapa Normativo del Instituto de Previsión Social.....	124
Exclusiones del Régimen del Seguro Social.....	148
La debilidad de la fiscalización.....	154
Riesgos no cubiertos	159
Algunos sectores particulares a tener en cuenta	169

CAPITULO 4.

FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL 188

El contexto general	189
Financiamiento de jubilaciones	194
Financiamiento público a la salud.....	233
La progresiva privatización de servicios de salud	272
El gasto de bolsillo de los hogares.....	285
Asignación familiar para funcionarios/as públicos (Rubro 131).....	291
Breves conclusiones	296

CAPITULO 5.

CONCLUSIONES, DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES..... 298

Conclusiones	298
Desafíos	301
Recomendaciones. Hacia un nuevo pacto social	302

BIBLIOGRAFÍA	309
--------------------	-----

ÍNDICE DE RECUADROS

Capítulo 1

Recuadro 1. Hitos en la evolución de la seguridad social	7
Recuadro 2. Paraguay. Mecanismos de cuidado enfocados en trabajadores/as remunerados/as	26
Recuadro 3. México. Guarderías infantiles de la seguridad social.....	27
Recuadro 4. Principales instrumentos internacionales de seguridad social	34
Recuadro 5. Atributos esenciales de las RISS	41

Capítulo 3

Recuadro 1. Ramas de prestaciones en Seguridad Social establecidas por la OIT y otorgadas por el IPS	133
Recuadro 2. Prestaciones según riesgos.....	134
Recuadro 3. Documentos exigidos en la fiscalización	157

ÍNDICE DE TABLAS

Capítulo 1

Tabla 1.	Tiempo total de trabajo remunerado (TR) y no remunerado (TNR) de la población ocupada de 15 años de edad o más según sexo (En horas semanales)	19
Tabla 2.	Valor económico del trabajo no remunerado de los hogares (en porcentajes del PIB)	20

Capítulo 2

Tabla 1.	Promedio de horas de trabajo remunerado y no remunerado según sexo. Año 2016	57
Tabla 2.	Población ocupada de 15 años y más de edad, por área de residencia y sexo, según años de estudio. Año 2019	59
Tabla 3.	Clasificación de países según INB per cápita. Año 2020	61
Tabla 4.	Población de 15 años y más edad según participación en el mercado de trabajo (%). Periodo 2000 -2019	68
Tabla 5.	Indicadores de empleo (%)	70
Tabla 6.	Evolución de la población ocupada por grupos de edades y rama de actividad. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2000-2019	72
Tabla 7.	Evolución de la población ocupada por grupos de edades y categoría de ocupación. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2000-2019	74
Tabla 8.	Evolución de la población ocupada por grupos de edades y ocupación principal. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2000-2019	75
Tabla 9.	Evolución de la población ocupada por grupos de edades y tamaño de empresa. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2000-2019	77
Tabla 10.	Evolución del promedio de ingreso laboral de la ocupación principal de la población ocupada de 15 años y más. En miles de guaraníes. Año 2019	79
Tabla 11.	Ingresos laborales promedios de la ocupación principal por sexo y área de residencia según rama de actividad de la población ocupada de 15 años y más. En guaraníes. Año 2019	81

Tabla 12. Ingresos laborales promedios de la ocupación principal por sexo y área de residencia según categoría de ocupación de la población ocupada de 15 años y más. En guaraníes. Año 2019	82
Tabla 13. Ingresos laborales promedios de la ocupación principal por sexo y área de residencia según ocupación principal de la población ocupada de 15 años y más. En guaraníes. Año 2019	83
Tabla 14. Ingresos laborales promedios de la ocupación principal por sexo y área de residencia según tamaño de empresa de la población ocupada de 15 años y más. En guaraníes. Año 2019	84
Tabla 15. Aportantes a una caja de jubilación según grupo de edad (%). Periodo 2000 - 2019.....	87
Tabla 16. Aportantes según caja de jubilación. Periodo 2010 - 2019	88
Tabla 17. Aportantes según decil de ingresos (%). Periodo 2000 - 2019	89
Tabla 18. Evolución de la población ocupada de 15 años y más que aporta a jubilación por rama de actividad. Tasas de participación relativa y crecimiento. Periodo 2000- 2019 (%).....	90
Tabla 19. Evolución de la población ocupada de 15 años y más que aporta a jubilación por categoría de ocupación. Tasas de participación relativa y crecimiento. Periodo 2000 - 2019 (%)	91
Tabla 20. Evolución de la población ocupada de 15 años y más que aporta a jubilación por ocupación principal. Tasas de participación relativa y crecimiento. Periodo 2000 - 2019 (%)	93
Tabla 21. Evolución de la población ocupada de 15 años y más que aporta a jubilación por tamaño de empresa. Tasas de participación relativa y crecimiento. Periodo 2000 - 2019 (%)	94
Tabla 22. Acceso a seguro médico según rango de edad (%). Periodo 2000 - 2019.....	96
Tabla 23. Acceso a seguro médico según tipo de seguro (%). Periodo 2000 - 2019.....	98
Tabla 24. Tipos de acceso a la cobertura de IPS según sexo (%). Periodo 2010 -2019	100
Tabla 25. Acceso de la población ocupada a seguro médico según área de residencia y sexo (%). Periodo 2000 - 2019.....	101
Tabla 26. Acceso a seguro médico de la población ocupada según rama de actividad económica (%). Periodo 2000 - 2019	101

Tabla 27. Acceso a seguro médico según categoría de ocupación (%). Periodo 2000 - 2019.....	102
Tabla 28. Acceso a seguro médico según ocupación principal (%). Periodo 2000 - 2019.....	103
Tabla 29. Acceso a seguro médico según tamaño de empresa (%). Periodo 2000 - 2019.....	104
Tabla 30. Evolución del acceso a seguro médico de la población ocupada titulares de IPS por rango de edades y rama de actividad. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2010-2019	105
Tabla 31. Evolución del acceso a seguro médico de la población ocupada titulares de IPS por rango de edades y categoría ocupacional. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2010 - 2019.....	107
Tabla 32. Evolución del acceso a seguro médico de la población ocupada titulares de IPS por rango de edades y ocupación principal. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2010-2019	108
Tabla 33. Evolución del acceso a seguro médico de la población ocupada titulares de IPS por rango de edades y tamaño de empresa. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2010-2019	110

Capítulo 3

Tabla 1. Cobertura de la política nacional de medicamentos	123
Tabla 2. Características del subsistema de IPS (ingresos).....	136
Tabla 3. Características del subsistema de la Caja fiscal (ingresos)	138
Tabla 4. Aportes al IPS. Régimen general (salud y jubilación)	140
Tabla 5. Aportes al IPS. Régimen especial (solo jubilación) (Julio, 2021)	142
Tabla 6. Aportes al IPS. Régimen especial (solo salud)	142
Tabla 7. Recursos del Instituto de Previsión Social	143
Tabla 8. Cantidad de fiscalizaciones a empresas por incumplimiento de normas laborales y seguridad ocupacional.....	155
Tabla 9. Población ocupada en agricultura familiar de 15 años y más por sexo y área de residencia. En porcentaje. Año 2019	163

Tabla 10. Ingreso laboral promedio de la población ocupada en agricultura familiar de 15 años y más por área de residencia y sexo. En guaraníes. Año 2019	164
---	-----

Capítulo 4

Tabla 1. Evolución de la prioridad fiscal de la inversión social por funciones de la Administración Central (% del PIB)	192
Tabla 2. Evolución de la prioridad fiscal de la inversión social por funciones del IPS (% del PIB)	193
Tabla 3. Cotizantes y pensionados del sistema de jubilaciones y pensiones..	198
Tabla 4. Ejecución presupuestaria en Seguridad social de la Administración central por año, según programas. Participación relativa (%)	201
Tabla 5. Ejecución presupuestaria en Seguridad social de la Administración Central por año, según objeto del gasto. Participación relativa (%)..	202
Tabla 6. Ejecución presupuestaria en Seguridad social de la Administración Central por año, según fuente de financiamiento y origen del financiamiento. Participación relativa (%)	203
Tabla 7. Fuente de financiamiento de las transferencias a jubilados y pensionados de la Administración Central. Participación relativa (%)	204
Tabla 8. Cantidad de titulares (pasivos) por programa en la Administración Central.....	205
Tabla 9. Gasto por jubilaciones y pensiones en la Caja Fiscal (Millones de Gs.)	206
Tabla 10. Cantidad de activos Caja Fiscal.....	207
Tabla 11. Resultado (déficit o superávit) de la Caja Fiscal, gasto social y monto de pensión alimentaria (Millones de Gs.)	207
Tabla 12. Gasto anual por persona. Déficit (Sector No Civil). Periodo 2009 -2019	210
Tabla 13. Gasto anual por persona. Pensión alimentaria para personas mayores. Periodo 2009 - 2019	210
Tabla 14. Déficit o superávit de la caja fiscal en relación a la cantidad de jubilados/pensionados del sector contributivo (en millones de guaraníes). Periodo 2009- 2019	211

Tabla 15. Cifras anuales de la Caja Fiscal por sectores contributivos, en millones de guaraníes. Periodo 2009 - 2020	212
Tabla 16. Situación de la Caja Fiscal. Sectores contributivos. Año 2003	214
Tabla 17. Situación de la Caja Fiscal. Sectores contributivos. Año 2019	215
Tabla 18. Comparación entre la Ley Preexistente y la Nueva Ley Reguladora de la Caja Fiscal	216
Tabla 19. Ejecución presupuestaria en la función de Seguridad social de entes descentralizados por año, según instituciones. Participación relativa (%)	220
Tabla 20. Ejecución presupuestaria en la función de Seguridad social de las entidades descentralizadas por año, según objeto del gasto. Participación relativa (%)	221
Tabla 21. Ejecución presupuestaria en Seguridad social de entes descentralizados por año, según fuente de financiamiento y origen del financiamiento. Participación relativa (%)	225
Tabla 22. Composición y rentabilidad del portafolio. Año 2020	226
Tabla 23. Escenarios sobre la sostenibilidad financiera del IPS	228
Tabla 24. Tasas de cotización de pensiones obligatorias para un trabajador medio. Año 2016	231
Tabla 25. Tasa de reemplazo y subsidios implícitos	232
Tabla 26. Gasto en salud del gobierno y contribución obligatoria, en USD PPA	235
Tabla 27. Gasto total (público y privado) en salud (% del PIB) y gasto de bolsillo con respecto al gasto total (%)	237
Tabla 28. Gasto total (público y privado) en salud (% del PIB)	238
Tabla 29. Programas no contributivos dirigidos a la función pública	242
Tabla 30. Evolución del Gasto real en salud de la Administración Central	244
Tabla 31. Evolución de la Ejecución presupuestaria en la función de Salud de la Administración Central por año, según instituciones. Participación relativa (%)	245
Tabla 32. Ejecución presupuestaria en la función de Salud de la Administración Central por año, según subfunciones. Participación relativa (%)	247
Tabla 33. Ejecución presupuestaria del MSPBS por año, según objeto del gasto. Participación relativa (%)	247

Tabla 34. Ejecución presupuestaria del MSPBS en Bienes de consumo e insumos por año, según objeto del gasto. Participación relativa (%)	248
Tabla 35. Evolución del gasto en bienes de consumo e insumos del MSPBS	249
Tabla 36. Ejecución presupuestaria del MSPBS por año, según programas. Participación relativa (%)	251
Tabla 37. Evolución del gasto del MSPBS en atención primaria en salud	254
Tabla 38. Evolución de la cantidad de USF	255
Tabla 39. Ejecución presupuestaria del MSPBS por año, según fuente de financiamiento y origen del financiamiento. Participación relativa (%)	258
Tabla 40. Evolución de la Ejecución presupuestaria en salud del IPS desagregado por subfunciones	262
Tabla 41. Ejecución presupuestaria del IPS por año, según objeto del gasto. Participación relativa (%)	263
Tabla 42. Evolución del gasto en bienes de consumo e insumos del IPS	264
Tabla 43. Prestaciones por departamento	265
Tabla 44. Prestaciones de la red asistencial por área. Año 2019	266
Tabla 45. Distribución de camas por área, según modalidad. Año 2019	267
Tabla 46. Ejecución presupuestaria del IPS en salud por año, según fuente de financiamiento y origen del financiamiento. Participación relativa (%)	269
Tabla 47. Evolución del monto de Subsidio a la salud para funcionarios/as públicos/as. En millones de guaraníes	270
Tabla 48. Evolución del monto de Subsidio a la salud para funcionarios/as públicos/as (sub-función salud)	271
Tabla 49. Inversión en salud y tercerizaciones en salud (guaraníes)	273
Tabla 50. Evolución del Gasto en tercerizaciones según empresa prestadora	275
Tabla 51. Evolución del monto contratado en seguros privados de salud para funcionarios públicos	278
Tabla 52. Montos contratados y costo por funcionario/a según entidades con mayores adjudicaciones. Año 2019	278
Tabla 53. Evolución del Gasto en seguros privados de salud según empresa prestadora	280

Tabla 54. Evolución del Gasto en medicamentos e insumos según empresa prestadora	282
Tabla 55. Porcentaje de personas endeudadas (15 años o más). Año 2017	287
Tabla 56. Riesgo de gasto en salud catastrófico y empobrecedor	290
Tabla 57. Evolución del monto de Asignación familiar para funcionarios públicos. En millones de guaraníes	292
Tabla 58. Asignaciones familiares por entidad y por persona. Año 2019	293

ÍNDICE DE FIGURAS

Capítulo 1

Figura 1. Ámbitos de intervención en materia de cuidados de largo plazo de las personas mayores	31
Figura 2. Modelo multipilar de pensiones de la OIT	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Capítulo 2

Gráfico 1. Pirámide poblacional. Año 2000	53
Gráfico 2. Pirámide poblacional. Año 2019	53
Gráfico 3. Evolución de la estructura poblacional por franja etaria (%).....	54
Gráfico 4. Evolución de la relación de dependencia demográfica (%).....	55
Gráfico 5. Evolución de la tasa global de fecundidad (%)	56
Gráfico 6. Razón de dependencia demográfica por grupos de edad (Por 100 personas en edad productiva)	57
Gráfico 7. Evolución de la condición de actividad por sexo (%)	58
Gráfico 8. Evolución del PIB y PIB per cápita.....	60
Gráfico 9. Evolución del Ingreso Nacional Bruto per cápita	62
Gráfico 10. Evolución del PIB por sectores económicos. En millones de guaraníes constantes de 2014.....	63
Gráfico 11. Evolución de la estructura del PIB por sectores económicos (%) ..	64

Gráfico 12. Evolución de las exportaciones por principales productos. En miles de dólares FOB.....	65
Gráfico 13. Composición de las exportaciones. Año 2000	66
Gráfico 14. Composición de las exportaciones. Año 2019	67
Gráfico 15. Ingreso laboral promedio de la ocupación principal por sexo de la población ocupada de 15 años y más. En guaraníes. Año 2019.....	80
Gráfico 16. Ingreso laboral promedio de la ocupación principal por área de residencia de la población ocupada de 15 años y más. En guaraníes. Año 2019	80
Gráfico 17. Evolución de aportantes a una caja de jubilación (%)	85
Gráfico 18. Evolución de aportantes a una caja de jubilación según área de residencia (%).....	86
Gráfico 19. Evolución de aportantes a una caja de jubilación según sexo (%) ..	87
Gráfico 20. Evolución de acceso a seguro médico (%)	95
Gráfico 21. Evolución de acceso a seguro médico según área de residencia (%)	96
Gráfico 22. Acceso a seguro médico según rango de edad y sexo (%). Año 2019.....	97
Gráfico 23. Distribución de la población según tipo de seguro médico (%)	98
Gráfico 24. Tipos de acceso a la cobertura de IPS (%).....	99

Capítulo 3

Gráfico 1. Estructura actual del pilar de ingresos de la seguridad social contributiva en Paraguay	116
Gráfico 2. Sistema de Salud de Paraguay	119

Capítulo 4

Gráfico 1. Presión tributaria y contribución a la seguridad social (% PIB) en países seleccionados, 2019	190
Gráfico 2. Evolución de la prioridad fiscal de la inversión social, presión tributaria, endeudamiento (% del PIB)	192

Gráfico 3.	Población de 60 años y más de edad con cobertura de jubilación, pensión o pensión alimentaria para adultos mayores en situación de pobreza. Año 2019	208
Gráfico 4.	Ingreso de la población de 60 años o más con jubilación, pensión o pensión alimentaria para adultos mayores, 2019.....	209
Gráfico 5.	Colocación de Recursos Excedentes de los Programas Contributivos Civiles (en miles de millones de Gs.).....	219
Gráfico 6.	Distribución de inversiones por tipo de activo, 2020	227
Gráfico 7.	Rentabilidad por moneda	227
Gráfico 8.	Esquema de financiamiento.....	239
Gráfico 9.	Inversión por persona en Salud y en Servicio de la deuda.....	285
Gráfico 10.	Inversión en salud y gasto de bolsillo.....	286
Gráfico 11.	Composición del gasto de bolsillo de los hogares	288
Gráfico 12.	Distribución porcentual de hogares en situación de pobreza y brecha de la pobreza antes del GBS y después del GBS en Paraguay en el año 2014.....	289

INTRODUCCIÓN

Paraguay inició formalmente su política de protección social en 1909 con la implementación del primer fondo destinado a proteger a trabajadores/as del sector público. El siguiente hito importante fue la instalación del Instituto de Previsión Social con el objetivo de dar cobertura a trabajadores/as del sector privado y de entes públicos descentralizados y más tarde la creación de una serie de regímenes dirigidos a ampliar las coberturas a colectivos excluidos en las modalidades anteriores. Todos estos instrumentos formaron parte del pilar contributivo de la protección social desde el momento en que su financiamiento proviene del aporte de trabajadores y empleadores, sean estos públicos o privados.

Dado el mercado laboral paraguayo caracterizado por una amplia proporción de trabajadores independientes o por cuenta propia, estos y sus familias quedaban fuera de la cobertura del sistema previsional. Además, a lo largo del siglo veinte, la mitad de la población femenina estaba fuera de la frontera de la producción por lo que ellas se constituyeron en un amplio sector sin derecho propio a la protección social.

Si bien en el siglo veinte ya se iniciaron programas no contributivos con las pensiones otorgadas a los excombatientes de la guerra del Chaco y se crearon normativamente otros instrumentos, recién a inicios del siglo veintiuno toma fuerza la implementación de los mismos y la ampliación de las coberturas.

Hay una gran profusión de estudios que dan cuenta de las características y evolución del pilar no contributivo en consonancia con el aumento del rol del Estado como garante de los derechos sociales.

El pilar contributivo ha sido menos analizado a pesar de los problemas que reviste y de la relevancia que tiene a la luz del contexto demográfico, de la dinámica económica y de los objetivos del desarrollo. Este estudio busca analizar el pilar contributivo –ingresos y salud- de la protección social en Paraguay con el objetivo de proponer lineamientos para ampliar su cobertura e integración con la protección social no contributiva, garantizando sostenibilidad, eficiencia y equidad.

El primer capítulo se destina a enmarcar conceptualmente el pilar contributivo o de seguridad social, ubicando el debate en la historia reciente desde una mirada de los derechos humanos y estableciendo algunos criterios preliminares para el diseño de los sistemas desde un enfoque de derechos.

El segundo capítulo describe la evolución en los últimos años y la situación actual de las coberturas del pilar contributivo en Paraguay, frente a los desafíos que imponen el bono demográfico en cuenta regresiva, un gran número de mujeres con aspiraciones de autonomía y una estructura productiva que no evoluciona al ritmo demográfico y modernizador.

El tercer capítulo analiza el marco institucional actual y los problemas que enfrenta para incorporar en primer lugar a la población ocupada, teniendo en cuenta que el sistema está dirigido a esta población. No obstante, se incorpora el análisis de quienes son excluidos por estar fuera de la frontera de la producción o de quienes enfrentan dificultades derivadas del diseño institucional.

El cuarto capítulo analiza el financiamiento actual, dando cuenta de los riesgos que enfrenta la sostenibilidad del sistema, así como los graves problemas de equidad tanto en el ámbito de la salud como de los ingresos.

Finalmente, se presentan las conclusiones y algunas recomendaciones que esperan ser ideas para un debate amplio y participativo, que impulsen la investigación y generación de evidencia para conocer mejor la situación de este pilar tan importante de la protección social en Paraguay. Pero que, al mismo tiempo, que faciliten el consenso social hacia un sistema de protección social universal que garantice la reducción de las desigualdades y su sostenibilidad en el tiempo.

1

LAS RAZONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

● Una permanente evolución

En el mundo antiguo, la aspiración social de seguridad ya contaba con instituciones públicas y desde la propia población que buscaba contar con algún tipo de protección (Nugent, 1997; Fajardo, 2001; Aleman, Morales, 2009). En Egipto se crearon las instituciones de defensa y de ayuda mutua para prestar auxilio en casos de enfermedad, como el servicio de salud pública financiado con un impuesto especial. En Babilonia los dueños de esclavos estaban obligados a pagar la asistencia a la salud de sus esclavos.

En Grecia existían programas públicos para atender a las personas con limitaciones para trabajar y autosostenerse, y proveer educación a hijos de quienes habían muerto en defensa del Estado. Los grupos de ayuda mutua se constituían de manera voluntaria. Sus integrantes pagaban un aporte que era destinado a socorrer a personas que tenían algún tipo de dificultad como la pérdida del cultivo, un robo o gastos por enfermedad o fallecimiento. Algunos de estos colectivos se conformaban a partir de agrupaciones de trabajadores con determinados oficios. Hay evidencia de la existencia de un mercado de seguros en Atenas impulsado por banqueros y mercaderes.

En Roma surgieron los “collegia corpora officie”, asociaciones de artesanos con propósitos mutuales de diverso tipo. Para algunos autores, estas asociaciones se limitaban a cubrir gastos funerarios, mientras que otros reportan funciones más amplias de protección. Los “collegia” subsistieron hasta la caída de Roma como resultado de las invasiones de los bárbaros.

Como en el caso de Grecia, los romanos tuvieron un mercado de seguros, aunque al parecer menos formalizado. El denominado “préstamo a la gruesa” –la prestamista entrega dinero u otros bienes fungibles a un naviero para realizar transporte marítimo, obligándose el naviero a pagar al prestamista el precio del riesgo a la llegada a puerto, si el barco naufraga o no llega a puerto, no debe devolver por lo que el prestamista pierde el capital y los intereses– incluyó una especie de seguro que resarcía la deuda en caso de pérdida del negocio y una compensación a la familia por muerte del prestatario. Este instrumento constituye un primer antecedente al seguro de vida. Los romanos crearon también el concepto de anualidad y las tablas de probabilidad de vida como la de Domitius Ulpianus o Aemilius Macer.

De esta manera, el seguro por deceso o enfermedad aparece bastante organizado en la antigüedad, al igual que otras formas de seguro, y constituyen una de las principales herencias de griegos y romanos en materia de protección social contributiva.

En la Edad Media se conformaron las guildas en los países nórdicos, Gran Bretaña y Alemania. Eran asociaciones de asistencia mutua apoyadas en el principio de la solidaridad, formadas por artesanos, mercaderes o comerciantes de una misma actividad, que mediante el pago de una cuota creaban un fondo para cubrir pérdidas, a modo de seguro, en caso de que ocurriera algún imprevisto como un incendio, una muerte o la enfermedad. Cuando uno de sus miembros sufría un incendio o cuando fallecía el artesano dejando familia, la guilda se hacía cargo del pago del arreglo de los daños ocasionados por el fuego o de cuidar y dar sustento a los huérfanos y viuda.

Las guildas tenían en cuenta factores vinculados al riesgo al que están expuestos sus asociados, como sus condiciones de vida y salud, por lo cual existían diferentes montos de pago. Constituyen un antecedente directo de seguros basados en el riesgo.

En los países del cercano y medio Oriente existieron los “wakouf”, fundaciones piadosas con benefactores que destinaban parte de sus recursos a financiar la asistencia a personas muy necesitadas.

Con el fin del feudalismo tomaron más fuerza las acciones públicas, aunque enmarcadas en la atención desde la beneficencia a grupos vulnerables en extremo, como las viudas y los mendigos. En Europa, los “ayuntamientos”, o el equiva-

lente en la actualidad a las municipalidades, se empezaron a encargar de ciertas funciones que anteriormente eran ejercidas por los feudos, los gremios de trabajadores, las comunidades o la Iglesia. Una de las medidas más importantes fue la provisión de viviendas y alimentos.

Al paso de la caridad privada a la beneficencia pública, le sigue la asistencia social que se agrega a las acciones de la Iglesia, que continúa teniendo una presencia importante. Algunos primeros ejemplos se encuentran tiempo después de la revolución francesa (1789), evento que marcó un hito en el inicio de la concepción de una ciudadanía con derechos. Pero recién un siglo después se crea una de las primeras medidas de lo que hoy se conoce como seguridad social.

La revolución industrial (entre los siglos dieciocho y diecinueve) había generado un gran contingente de trabajadores en desamparo frente a los riesgos y contingencias sociales, que a pesar de sus bajos salarios debían solventar los gastos por enfermedades y accidentes de trabajo.

Las múltiples huelgas y movilizaciones laborales a fines del siglo diecinueve impulsaron en Alemania la aprobación de un seguro social. En 1883, el Canciller Bismarck¹ estableció la protección a los trabajadores contra riesgos sociales de accidentes de trabajo, vejez, invalidez y enfermedad, bajo los principios de obligatoriedad, cotización de los trabajadores y el papel regulador del Estado. La combinación de este seguro social junto con un programa de indemnización a trabajadores (1884), permitió completar un sistema de seguridad social con la ley de 1889.

En 1941 se firma la *Carta del Atlántico*, una declaración conjunta entre el presidente de Estados Unidos de América y el canciller del Reino Unido. Entre los ocho puntos tratados se cuenta con la Cláusula Quinta de máxima colaboración entre las naciones en el campo económico. Esta cláusula declara que ambos estadistas promuevan la colaboración en el campo económico, a fin de que todos puedan conseguir mejores condiciones de trabajo, progreso económico y seguridad social.

En esa misma década del cuarenta surgió el concepto moderno de Seguridad Social, según el Informe de William Beveridge² en Gran Bretaña. Su trabajo

1 Otto von Bismarck (1815-1898). Estadista y político alemán, Canciller entre 1871 y 1890.

2 William Henry Beveridge (1879-1963). Economista y político (*Social Insurance and Allied Services*, 1942).

publicado en 1942 proporcionó las bases teóricas para la instauración de un *Estado de Bienestar*. Ese mismo año (1942), el gobierno del Reino Unido a partir del referido Informe replanteó el seguro social pasando a la idea de la seguridad social. Entre los principales cambios se pueden nombrar a la integración de los instrumentos del seguro social, vinculado a la garantía de un ingreso para proteger de determinadas eventualidades, un servicio de empleo para desempleados y algunos programas de asistencia social. La mayor parte de las prestaciones no dependían del vínculo laboral ni de las remuneraciones, mientras que una proporción del financiamiento se realizaba mediante impuestos.

Así, la seguridad social aparecía como un derecho fundamental sustentado en principios de universalidad, solidaridad y equidad. La protección social era concebida como una responsabilidad social y como un mecanismo de redistribución. El principal riesgo cubierto por el Plan Beveridge era la pérdida del ingreso, por lo cual su objetivo era garantizar un ingreso “suficiente para vivir”. Es decir, que cubriría “las necesidades de la vida, por derecho propio y sin prueba de necesidad, y de los cuales puede disponer libremente el individuo” (Beveridge, 1942, p. 6-7).

El Plan incluía explícitamente a las mujeres y establecía prestaciones y subsidios específicos en función de sus actividades y roles como “amas de casa” -mujeres casadas dedicadas a los cuidados del hogar y cuyos maridos se encuentran en edad de trabajar-, trabajadoras, madres, mujeres “solas” que trabajan, mujeres en edad de trabajar pero que no tengan “ocupación lucrativa” y estén dedicadas a “a los quehaceres no retribuidos de su casa, y a cuidar a su familia”, viudas, mayores de 60 años (Beveridge, 1942, p. 10).

Las causas de “necesidad” de un ingreso derivado de la seguridad social, son el paro o desaparición del medio de ganarse la vida, inutilidad (discapacidad), retiro (jubilación), necesidades del matrimonio de una mujer (boda, parto, paro del marido, viudez, separación conyugal, imposibilidad de atender los trabajos de la casa por enfermedad), entierro, infancia y enfermedad.

El Recuadro 1 muestra algunos hitos de la evolución de la idea y los instrumentos relacionados con la seguridad social como un interés público y el rol del Estado en su provisión.

Recuadro 1 Hitos en la evolución de la seguridad social

1598	Leyes de pobres: primeras intervenciones de protección desde el Estado
1797	Thomas Paine publica "Justicia agraria" en el que propone un seguro social
1883-1889	Alemania Ley del Seguro Contra Enfermedad 1883, Ley del Seguro Contra Accidentes 1884 y Ley del Seguro Contra la Invalidez y la Vejez 1889
1889	Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales en París. Se crea el Comité Internacional Permanente en materia de Seguro Social, antecedente de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS).
1895	Finlandia aprueba una ley de indemnización por accidentes laborales
1905	Francia instituye el primer programa nacional de desempleo con carácter voluntario, basado en el sistema de la ciudad de Gante, en Bélgica. Seis años después, el Reino Unido establece el primer sistema nacional obligatorio de seguro de desempleo.
1909	Se crea la primera comisión pública sobre el envejecimiento en el estado de Massachusetts, Estados Unidos. Un año después, se lleva a cabo en este estado la primera gran encuesta sobre las condiciones económicas de los ancianos.
1911	Italia introduce un sistema de seguro nacional obligatorio centralizado para la maternidad de las mujeres asalariadas.
1919	Se aprueba el primer Convenio Internacional del Trabajo en materia de seguridad social, en la primera sesión de la Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT. Se reconoce la necesidad de mejorar las condiciones de los trabajadores con la «lucha contra el desempleo», la «protección del trabajador contra las enfermedades, sean o no profesionales, y contra los accidentes del trabajo», y las «pensiones de vejez y de invalidez».
1924	Chile aprueba la primera ley de seguridad social nacional obligatoria en el hemisferio occidental.
1926	Entra en vigor la ley japonesa del Seguro Nacional de Salud de 1922.
1927	En Bruselas, un congreso pone en marcha la Conferencia Internacional de Uniones Nacionales de Mutualidades y Cajas de Seguro de Enfermedad que posteriormente se convierte en la Conferencia Internacional de la Mutualidad y de los Seguros Sociales (CIMAS).
1935	El presidente Roosevelt de Estados Unidos aprueba la ley de la seguridad social, acuñando un término que combina "seguridad económica" con "seguro social"

1938	Nueva Zelanda aprueba la primera ley que protege a la totalidad de una población mediante un amplio conjunto de prestaciones en metálico, financiadas por un impuesto universal sobre la renta.
1942	El Gobierno del Reino Unido publica el Plan Beveridge que dio lugar a la creación del primer sistema unificado de seguridad social.
1943	En Uruguay, la cobertura del seguro contra los riesgos de la vejez, el desempleo, la discapacidad y la muerte de los asalariados se amplía a todos los trabajadores agrícolas, incluidos los empleadores. En ese mismo año, entra en vigor en Ecuador una nueva ley que hace obligatorio el seguro social para todos los empleados públicos y privados.
1945	Entra en vigor en Australia la Ley de Desempleo y Prestaciones por Enfermedad.
1946	El Gobierno francés crea el sistema nacional de seguridad social.
1948	El derecho a la seguridad social se incorpora a la Declaración Universal de los Derechos Humanos.
1949	Bélgica, Francia, el Reino Unido, Luxemburgo y los Países Bajos firman convenios multilaterales sobre seguridad social y asistencia social.
1952	La Conferencia Internacional del Trabajo adopta el convenio de referencia de la OIT sobre la seguridad social, Núm. 102, que establece las normas mínimas para las nueve ramas de la seguridad social: asistencia médica, prestación por enfermedad, prestación por desempleo, prestación por vejez, prestación por accidentes de trabajo, prestación familiar, prestación por maternidad, prestación por invalidez y prestación para sobrevivientes.
1964	Se adoptan el Código Europeo de Seguridad Social y su Protocolo, instrumentos básicos del Consejo de Europa para el establecimiento de normas en el ámbito de la seguridad social.
1966	El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona a la seguridad social y al seguro social (Art.9).
1971	La Comunidad Europea adopta el Reglamento 1408/71 relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplacen dentro de la región.
2015	Los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) incorporan a la seguridad social como un instrumento fundamental en al menos 5 de los 17 ODS.

● **Políticas de Protección Social: naturaleza y modalidades**

La solidaridad como principio central de los sistemas de seguridad social se asienta sobre la base de que las personas son parte de una sociedad y como tales, ejercen una ciudadanía social con derechos y obligaciones mediadas por la reciprocidad. La solidaridad toma varios caminos: entre jóvenes y personas mayores (solidaridad intergeneracional), los más sanos y los enfermos, los ocupados y quienes no cuentan con empleo remunerado, quienes continúan con vida ante los familiares de los fallecidos y entre los que no tienen carga familiar y los que sí la tienen, y entre los que tienen más recursos y los que tienen menos.

El contrato social asume que la protección no es individual sino de la sociedad en su conjunto y a lo largo de la vida. Esto hace que las personas en algún momento de su ciclo vital –periodo laboral– tengan más carga u obligaciones como las contribuciones sociales e impuestos –y en otros tengan más beneficios– niñez y personas mayores.

La protección social debe entenderse como un acuerdo para luchar colectivamente en el enfrentamiento de las necesidades, contingencias y de la desigualdad que enfrentan las personas en cualquier momento de su vida, asumiendo que la vulnerabilidad es una característica esencial del ser humano y no una condición particular en un momento o evento coyuntural.

La vulnerabilidad es inherente al ser humano y es universal y continua a lo largo de la vida. Esta perspectiva busca superar la visión de “grupos vulnerables” como poblaciones específicas, como las personas con discapacidad, las madres solteras, los adolescentes excluidos del sistema educativo, la juventud en conflicto con la ley, las poblaciones en situación de pobreza extrema o afectados por desastres naturales, entre otros.

Las personas son seres interdependientes y enfrentan condiciones de indefensión. El sentido de justicia radica en evitar que por razón de su vulnerabilidad -en cualquiera de sus formas- las personas se ubiquen por debajo de las capacidades mínimas para una vida digna, no puedan hacer uso de las oportunidades o tengan obstáculos para el logro de resultados (Fineman, 2008; y Fineman y Grear, 2013; Butler, 2006; Nussbaum, 2006 y 2007).

De ahí que las políticas de Protección Social, incluyendo las de Seguridad Social Contributiva, sean impensables desde lo individual. Sólo se pueden diseñar desde lo colectivo.

La construcción de este contrato social tiene un alto componente de conflictividad porque, por un lado, implica cambios permanentes derivados de las dinámicas demográficas, de la evolución de las aspiraciones socioculturales y de las transformaciones de las estructuras económicas; y, por el otro, hay permanentes pujas distributivas tanto de tiempo como de recursos económicos.

Gautié (2004) hace referencia a tres mecanismos de “reparto” que contribuyen de manera integrada al objetivo de seguridad. El reparto económico relacionado con la inserción económica y los ingresos laborales; el reparto social que tiene que ver con las transferencias en efectivo –subsidios, jubilaciones, pensiones, educación y salud pública– que reciben las personas provenientes del pago de impuestos y contribuciones sociales; y, finalmente, el reparto doméstico realizado al interior de la familia.

El Estado está presente en todas estas modalidades con un mayor o menor peso. La política laboral en la primera, la de protección social en la segunda y la de cuidado en la tercera. La política tributaria está presente sobre todo en la primera y segunda. Todas estas políticas tienen vínculos y sus efectos son interdependientes. Pero, en definitiva, todas debieran tener como objetivo la seguridad económica de la población bajo los principios de los derechos humanos.

La política laboral tiene como uno de sus componentes la fiscalización de las normas laborales, una de las cuales se refiere al seguro social, pilar contributivo de la protección social. La política de cuidado facilita la conciliación entre la familia y el trabajo, al generar intervenciones que reducen la sobrecarga de trabajo femenino en los hogares, disponibilizando horas para el trabajo remunerado en el mercado.

El financiamiento de las tres políticas depende de la política tributaria, dado que las recaudaciones financian las acciones posibles en las otras, constituyéndose también en el cimiento de la capacidad redistributiva del Estado. La de seguridad social, por su parte, se financia con contribuciones de trabajadores/as y empleadores/as, así como con impuestos, dependiendo del diseño y del alcance del seguro social, de la estructura económica y del marco institucional predominante en el Estado.

En estas tres modalidades hay diferentes tipos de conflictos redistributivos, todos vinculados, pero que se manifiestan con mayor fuerza en alguno de los ámbitos de reparto. En el económico, la relación trabajo-capital aparece como el histórico y más complejo conflicto, porque implica no solo el salario o las remuneraciones sino también el derivado del sistema tributario y el peso relativo que tiene cada factor de producción, en las recaudaciones de impuestos (Boundi, 2014).

El reparto social no puede separarse del reparto económico dado que deviene del primero. La configuración de los sistemas de protección social y de las transferencias que realizan para financiar el ciclo de vida de las personas, tiene que ver con varios factores, entre los que se encuentra el rol del trabajo remunerado en la titularidad del derecho y de los principios que regulan el sistema tributario, como mecanismo genuino de movilización de recursos internos. No solo para el financiamiento de las políticas, sino también para la redistribución económica.

Las relaciones de subordinación que pueden ser debilitadas por esta política, no se limitan a las del ámbito público. Dependiendo de su diseño, la seguridad social puede contribuir al mantenimiento de la dependencia de las mujeres o a su autonomía.

A lo largo de la historia, la división sexual del trabajo asignó a las mujeres las tareas domésticas y de cuidado, reduciendo sus oportunidades económicas en el mercado. La asignación del tiempo también es resultado de relaciones de dominación y es parte del proceso de subordinación de las mujeres.

Gerda Lerner sugiere que el reparto desigual del tiempo de ocio les permite a los hombres emplear este tiempo:

“para desarrollar oficios nuevos, iniciar rituales que les dieran un mayor poder de influenciar y administrar los excedentes...la subordinación de los hijos varones a la dominación paterna es temporal, dura hasta que los mismos pasan a ser cabezas de familia. Las hijas únicamente podrán escapar a ella si se convierten en esposas bajo el dominio/la protección de otros hombres” (Lerner, 1985, p. 317).

En la medida en que la política pública logra redistribuir el trabajo no remunerado y los activos, aumentan las oportunidades de trabajo remunerado. La seguridad social constituye un instrumento para la autonomía económica, en la medida en que permite la incorporación de las mujeres independientemente del tipo de vínculo laboral. Así, esta política también es un ámbito de conflictos de

género porque reduce la dependencia de las mujeres frente a un hombre (padre, pareja, esposo).

En el caso de las mujeres, no solo contribuye al ejercicio de su ciudadanía económica como trabajadora, sino también a su autonomía con respecto a otros miembros del hogar, contribuyendo, asimismo, a su capacidad de negociación intrafamiliar, para decidir las condiciones de su entrada al mercado laboral.

No se puede desconocer que la división sexual del trabajo afecta a su condición y posición dentro del hogar, y por esa vía ubica a las mujeres en condiciones de desigualdad como oferentes en el mercado, situación que es aprovechada por quienes demandan su fuerza de trabajo.

Las restricciones para disponibilizar libremente de su tiempo como los hombres, la necesidad de negociar jornadas flexibles y la pobreza de tiempo para integrarse a organizaciones o sindicatos que reduzcan las asimetrías de poder, limitan la capacidad de decisión de las mujeres en términos de remuneración e intensidad y condiciones de trabajo. Aumentan su propensión a aceptar trabajos de peor calidad y las ubican en una posición de desventaja en el mercado laboral.

Un ámbito que ha sido estudiado es el de las decisiones intergeneracionales. Es decir, cómo se toman las decisiones en la sociedad entre grupos de personas que pagan contribuciones sociales, bajo la forma de ahorro para el futuro, postergando consumo presente y a quienes están recibiendo los beneficios en el presente. En este caso, los grupos de referencia son etarios (jóvenes, personas adultas y personas mayores) y ejercen su poder a través del voto. Estos estudios buscan explicar las razones por las cuales la juventud o las personas adultas deciden financiar a las personas mayores en los modelos de reparto (Samuelson, 1958; Galasso y Profeta, 2002).

La política de protección social constituye un dispositivo central en la institución del contrato social y en la mediación entre la ciudadanía y el Estado. En la medida en que provee recursos para garantizar un nivel mínimo de vida y el ejercicio de los derechos civiles y políticos, así como la autonomía para tomar decisiones y tener capacidad de agencia, se convierte en un instrumento para fortalecer a los/as trabajadores/as (Badhuri, 2011; Montes, 2007); y, por esa vía, reducir el clientelismo o el abuso de poder o autoridad de la oligarquía.

● El financiamiento del ciclo económico de vida

Las personas requieren tiempo, recursos públicos y privados para sostener su vida. Las personas consumen cuidado, bienes durables y no durables, salud y educación en diferentes proporciones según su edad, sexo, nivel económico o patrones culturales.

Durante la primera fase de la vida, las personas dependen, en general, de sus padres o de otras personas adultas quienes proveen cuidado y, a través de su trabajo remunerado, financian bienes y servicios y pagan impuestos que se revierten en políticas. En la adolescencia y juventud, aunque en muchos casos se inicia el periodo laboral, los ingresos generados en promedio no cubren los gastos de consumo, hasta casi la adultez, por lo que siguen dependiendo de transferencias familiares (de dinero).

La segunda fase importante de la vida es la edad adulta. En este periodo los ingresos laborales aumentan más rápido que el consumo, por lo que es una etapa de superávit que sirve para financiar la propia vida, así como de los integrantes de la familia que presentan déficit como niños, niñas, adolescentes, jóvenes y personas mayores. Durante esta fase las personas adultas acumulan activos y aportan a los sistemas de seguridad social, postergando su consumo presente por el consumo futuro.

En las edades adultas, el consumo de las personas vuelve a ser superior que los ingresos laborales por lo que estas personas vuelven a tener una dependencia económica. En esta etapa aumenta el consumo en algunos ámbitos especiales como en el de la salud. La reducción de los ingresos laborales se contrarresta con el uso de los activos ahorrados, con herencias recibidas, transferencias de otros integrantes del hogar o transferencias derivadas de la seguridad social, sean contributivas o no contributivas.

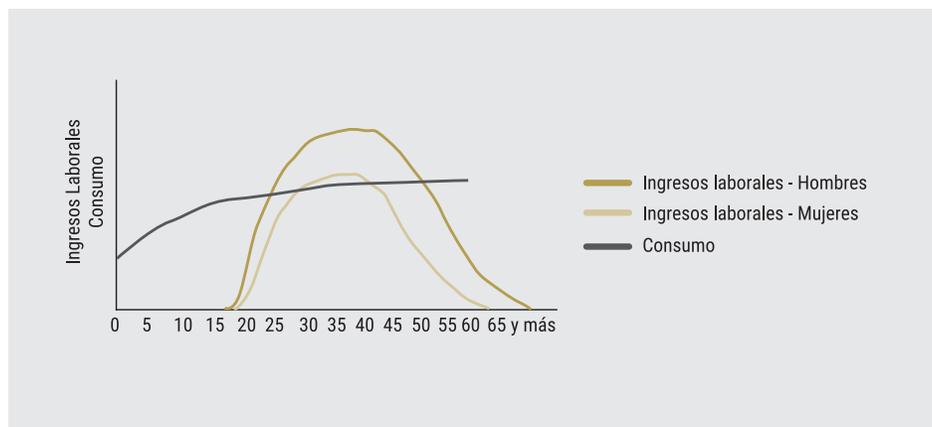
El Gráfico 1 muestra la trayectoria del ingreso laboral y del consumo. Dependiendo de la estructura etaria, de las pautas de consumo, del rol del Estado en las políticas públicas, de la estructura laboral y económica por sexo y edad, estas curvas pueden cambiar de forma. No obstante, en cualquier tipo de sociedad los periodos extremos de la vida son deficitarios mientras que durante las edades medias suele haber un superávit debido a que es el periodo laboral.

Sin embargo, dada la menor participación de las mujeres en el mercado laboral, la baja calidad de su empleo, sus múltiples entradas y salidas del trabajo remunerado y los ingresos menores a los de los hombres, ellas corren el riesgo de tener mayores déficits y, por ende, al no contar con autonomía económica, dependen de otros integrantes de la familia.

El caso extremo es el de las mujeres que se dedican de tiempo completo a las tareas de cuidado y trabajo doméstico, cuya dependencia es a lo largo de toda la vida, cuando no existen programas no contributivos que les garanticen un ingreso propio. Esta situación se vuelve particularmente grave en la vejez, porque, por lo general, los sistemas de seguridad social contributivo no suelen considerar a este grupo poblacional porque están fuera de la fuerza de trabajo.

El gráfico siguiente ejemplifica un ciclo de vida económico personal. En la infancia no hay ingresos laborales por lo tanto se presenta un déficit con respecto al consumo. Una situación similar se produce en la vejez, pero a esa edad las personas pueden continuar trabajando en la medida en que no tengan otra forma de financiar su consumo.

Si las personas lograron ahorrar en la etapa laboral, contribuir a la seguridad social, adquirir activos que les produzcan rentas para el futuro, ellas contarán con autonomía económica para financiar su consumo. Si no lograron esto, dependerán de transferencias familiares o públicas no contributivas para cubrir su déficit. Por lo que probablemente terminarán dependiendo de algún integrante de la familia o de algún programa gubernamental diseñado de manera particular, para que este grupo no caiga en situación de pobreza e imposibilidad de consumo.



De esta manera, la garantía de un ingreso laboral permanente y continuo durante la edad adulta, y de otros medios de provisión de ingresos, como las transferencias públicas, permiten a las personas consumir los bienes y servicios que requieren para sostener su vida y mantener o ayudar a otros integrantes de la familia, que por razón de su edad y/o condición económica no cuentan con ingresos.

En la vejez, la existencia de sistemas de seguridad social contributiva permite reducir la incertidumbre, garantizar el acceso a bienes y servicios y contar con autonomía económica.

La seguridad económica y social constituye un valor central de la humanidad. A lo largo de la historia, las sociedades se han organizado de distintas maneras para garantizar la reproducción social y la sobrevivencia. Para Layard (2005), los pilares de la felicidad de las personas se basan justamente en la seguridad en el ámbito del ingreso, el trabajo, la salud, la familia y la comunidad.

Debido a la relevancia que tiene la seguridad económica y, como contraparte la reducción de las incertidumbres, riesgos y vulnerabilidades en la vida de las personas y el desarrollo, la política de seguridad social contributiva constituye un eje fundamental de la arquitectura económica y social del Estado. Sin embargo, tiene limitaciones. El siguiente apartado busca acercarse a algunas de ellas.

● **Las restricciones de la seguridad social contributiva como garante de derechos**

El trabajo remunerado como límite

El diseño institucional de la seguridad social basado en la llamada “sociedad del trabajo o sociedad salarial” (Castel, 2010) tiene sus límites ante los procesos de globalización, la creciente individualización y la división sexual del trabajo.

El entramado institucional construido para dar certidumbre a la sociedad en conjunto, implica *“asociar protecciones y derechos a la condición del propio trabajador”*. Esto convierte al trabajador en sujeto de atención, vía las instituciones creadas para tal fin; ahora, dice Castel, que se crean propiedades sociales que permiten al trabajador contar con la certeza de protección, tal como ocurre con los propietarios.

La centralidad en el desarrollo de todos los dispositivos de protección social se encuentra en la labor social del Estado o Estado Social, lo que le convierte en un reductor de riesgos. Las personas buscan seguridad en el trabajo, en la familia y en su comunidad y, por otro lado, rechazan el desempleo, la ruptura familiar y el delito en las calles, tal como señala Layard (2005). Por lo tanto, requieren vínculos con otras personas, con su comunidad y con su sociedad y requieren instituciones que les ayuden a enfrentar las contingencias.

Para afrontar la necesidad de seguridad que tienen los individuos, esta se concentra en dos espacios: en la protección social y, en la generación de garantías para el mundo del trabajo y las profesiones. En el primer espacio se plantea la necesidad de tornar a los derechos sociales como tales y dejar de lado la individualización que en ese terreno se lleva a cabo.

En el segundo espacio, en el del trabajo y las profesiones, nuevamente debe buscarse dar consistencia jurídica a las formas asociativas de representación, sin perder de vista las transformaciones del mundo del trabajo, por lo demás destino de la mayoría de los miembros de la sociedad. Este último punto se refiere al cambio que experimentan los trabajos actuales en cuanto a sus relaciones laborales con el empleador, los tiempos de duración contractual y las transiciones constantes entre distintas ocupaciones. Situaciones que por su naturaleza son consideradas fuera de lo aceptado por las normas jurídicas y por tanto generan exclusión de la protección social contributiva (Castel, 2004; León Corona, 2006).

En línea con lo expuesto anteriormente, se menciona que la vía laboral dejó de ser el factor de estructuración y socialización, por lo que es necesario que los Estados transformen sus sistemas de protección social, de manera a garantizar el derecho independientemente de la adscripción laboral (Offe, 1992).

Mientras que en países europeos y de América del Norte el estado de bienestar tiene un núcleo institucional fuerte y estable que guía los cambios, en América Latina no se ha dado esa articulación de instituciones y programas en torno a un conjunto estratégico de medios y metas sociales a largo plazo (Galiani, 2006).

Uthoff (2016) señala claramente que los principios de seguridad social incluyen el financiamiento de sus beneficios en forma solvente y sostenible en el tiempo. Por lo tanto, un sistema tributario debe estar diseñado de tal modo que

permita cumplir con el objetivo social de proveer beneficios en casos de vejez, invalidez y sobrevivencia. Además, debe ser armónico con la política macroeconómica para no generar presión sobre los trabajadores; no expandir la carga fiscal más allá de lo autorizado por los acuerdos de responsabilidad fiscal y no distorsionar la demanda por instrumentos financieros.

El gran desafío de las economías latinoamericanas, considerando el alto grado de desigualdad y restricciones que poseen, consiste en tener un sistema de pensiones basado en un contrato social, conciliando el principio de equivalencia; es decir, solvente en el tiempo actuarialmente, con los principios de universalidad y solidaridad, donde los subsidios deben ser cruzados desde los que tienen capacidad de ahorro hacia quienes no las tienen.

Los desafíos señalados contrastan con la realidad de la mayoría de los países latinoamericanos (Cetrángolo y Goldschmit, 2009), con sistemas de seguridad social caracterizados por la falta de cobertura a importantes sectores de la población y con la persistencia de regímenes que, en lugar de contribuir a la equidad y cobertura, construyeron sistemas altamente fragmentados.

En materia de financiamiento, las restricciones fiscales impidieron promover soluciones integrales para quienes los subsistemas contributivos no alcanzaban, generándose alternativas focalizadas y de baja calidad, para poblaciones en situaciones de pobreza o extrema vulnerabilidad.

Así, sistemas de seguridad social contributiva financiados con aportes de trabajadores/as y empleadores/as, en combinación con programas no contributivos dirigidos a dar coberturas mínimas a determinadas poblaciones excluidas, y financiadas con ingresos tributarios, configuraron sistemas excluyentes, sin condiciones de fortalecer esquemas solidarios y equitativos.

Dada la insuficiencia de recursos fiscales o provenientes de las contribuciones de trabajadores y empleadores, el gasto privado es relativamente alto, dando lugar a un sector privado de prestaciones sobre todo en el ámbito de la salud. Así, en América Latina y en Paraguay en particular, el sistema previsional en salud incorpora tres sectores:

- **Sector Público:** representado por entidades de la administración central y descentralizada con la prestación de servicios a la mayor parte de la población y especialmente a los sectores de menores ingresos y sin cobertura de seguridad social contributiva, por estar excluidos de los empleos

en relación de dependencia. Los servicios suelen ser prestados de manera directa por el sector público.

- **Sector Seguridad Social:** dirigido a trabajadores/as mayoritariamente en relación de dependencia y su grupo familiar. Los servicios de salud en algunos casos son proveídos por entidades propias y en otros por entidades intermediarias. Tiene regulación del Estado y se financia con las contribuciones obligatorias de trabajadores y empleadores.
- **Sector Privado:** la prestación de servicios de salud se realiza a través de prestadores privados en el mercado. La financiación la efectúa el usuario demandante mediante el sistema denominado prepago. En general, los seguros se contratan individualmente, aunque pueden ser contratados colectivamente. El aporte de cada usuario se calcula en base al riesgo de enfermar y de estar enfermo (es decir, a través de las tasas de incidencia y prevalencia de las diferentes enfermedades) y al tipo de servicio.

La coexistencia de varios subsistemas con mecanismos de prestación de servicios diferenciados, múltiples tipos de prestaciones y beneficiarios, y diversas fuentes de financiamiento, configuran un sistema fragmentado institucional y estratificado poblacionalmente, con lo cual el riesgo de inequidad e ineficiencia es alto.

Las mujeres como principales afectadas

a. Los obstáculos para la igualdad de género

El diseño de los sistemas de seguridad social construidos sobre el supuesto del acceso a un empleo remunerado, tiene efectos diferenciados por sexo. En el caso de las mujeres, el factor común en todos países ha sido su invisibilidad, lo cual se traduce en su exclusión o una inclusión de baja calidad.

La adscripción a un trabajo remunerado y el financiamiento a través de la contribución de trabajadores/as y empleadores/as, excluye a más de la mitad de las mujeres, ya sea porque están fuera de la esfera de la producción económica y no reciben remuneración o porque trabajan en el emprendimiento familiar (como trabajadoras familiares no remuneradas). Por otro lado, la sobre representación de mujeres en el trabajo parcial o en ocupaciones informales reducen sus prestaciones en el retiro.

Las desigualdades de género en el mercado laboral se trasladan al sistema previsional, a pesar del aporte de las mujeres a la sociedad a través del trabajo no remunerado. La Tabla 1, a continuación, cuantifica las horas que insumen el cuidado y el trabajo doméstico y que son asumidas principalmente por las mujeres.

Tabla 1.
Tiempo total de trabajo remunerado (TR) y no remunerado (TNR) de la población ocupada de 15 años de edad o más* según sexo (En horas semanales)

Países	Brecha	Mujeres			Hombres		
	M-H	Total	TR	TNR	Total	TR	TNR
Argentina (2013)	12,1	70,7	33,1	37,6	58,6	43,8	14,9
Brasil (2012)	8,0	55,7	37,1	18,6	47,7	43,0	4,7
Chile (2015)	12,0	78,3	37,6	40,7	66,3	46,9	19,4
Colombia (2012)	7,6	70,0	45,2	24,7	62,4	53,8	8,6
Costa Rica (2011)	12,7	84,1	37,2	46,9	71,4	50,4	21,0
Ecuador (2012)	20,7	86,5	48,5	38,0	65,8	55,7	10,1
El Salvador (2010)	12,1	74,5	41,3	33,1	62,4	45,4	17,0
Guatemala (2014)	12,7	63,0	35,2	27,8	50,3	45,8	4,4
Honduras (2009)	10,3	58,9	34,5	24,3	48,6	43,3	5,4
México (2014)	17,3	90,8	42,5	48,4	73,5	54,2	19,4
Panamá (2011)	7,7	74,0	44,4	29,6	66,3	52,3	14,0
Paraguay (2016)	5,9	63,7	39,7	24,0	57,8	48,7	9,2
Perú (2010)	6,8	75,6	37,2	38,4	68,8	52,1	16,7
Uruguay (2013)	11,9	74,0	40,1	33,9	62,1	47,0	15,0

Fuente: CEPAL (2016, p. 194-195). Panorama Social. Santiago de Chile

* El trabajo remunerado se refiere a aquel que se dedica a la producción de bienes o la prestación de servicios para el mercado, y se calcula como la suma del tiempo dedicado al empleo, a la búsqueda de empleo y al traslado al trabajo. En Argentina, Guatemala y Honduras no se incluyen preguntas acerca del tiempo dedicado al traslado de ida y vuelta al trabajo, y en Argentina, Brasil, El Salvador, Guatemala y Uruguay no se pregunta sobre el tiempo de búsqueda de empleo. El trabajo no remunerado se refiere a aquel que se realiza sin recibir pago alguno por ello y se desarrolla mayoritariamente en la esfera privada; se mide cuantificando el tiempo que una persona dedica al trabajo para autoconsumo de bienes, al trabajo doméstico no remunerado y el trabajo no remunerado de cuidados para el propio hogar o en apoyo a otros hogares, al trabajo no remunerado para la comunidad y al trabajo voluntario. En Argentina no se hacen preguntas relacionadas con el autoconsumo de bienes, en el Brasil únicamente se incluye una pregunta sobre los quehaceres domésticos y en Honduras no se pregunta por el autoconsumo de bienes, ni por las actividades comunitarias, voluntarias o realizadas para otros hogares. Los datos corresponden a la población de 15 años o más, excepto en Argentina, donde se considera a la población de 18 años o más.

Este aporte representa entre el 15,2% y el 24,3% del PIB en los países latinoamericanos, con una participación de las mujeres de alrededor del 80%, dando cuenta del peso de este trabajo en la economía. La reproducción social de la fuerza de trabajo no sería posible si no se garantizan estas tareas y a pesar de ello, las mujeres que realizan las mismas están invisibilizadas para la seguridad social, o su incorporación no se da en las mismas condiciones que quienes se dedican a actividades dentro de la frontera de la producción.

Tabla 2.
Valor económico del trabajo no remunerado de los hogares (en porcentajes del PIB)

País	% con respecto al PIB	Mujeres	Hombres	Año de la información
Argentina	24,3 15,9			2016 2019
Colombia	20,4	16,3	4,1	2012
Costa Rica	15,7	11,5	4,3	2011
Ecuador	15,2	11,8	3,4	2012
El Salvador	18,3	14,5	3,9	2010
Guatemala	18,8	16,3	2,5	2014
México	22,6 24,2 22,8	18,0	6,2	2009 2014 2019
Perú	20,4	14,1	6,3	2010
Uruguay	22,9	16,3	6,6	2013

Fuente: elaboración propia a partir de Rico y Segovia (2017), Ministerio de Economía Argentina (2020), Alzúa y Cio-cowiec (2018), INEGI (2019), Sandoval, I., y González, L. M. (2015).

Una de las características más importantes de los sistemas de protección social es la fragmentación y la estratificación. En general, se han conformado por un pilar que se estructura con base en la adscripción al trabajo remunerado, financiado por trabajadores y empleadores, y con otro pilar vinculado a la asistencia social, centrado en la lucha contra la pobreza. Estos dos pilares sin vasos comunicantes, salvo en contados países y con formas de financiamiento diferentes, contribuyeron a estratificar económicamente a la población, coadyuvando a las desigualdades de género.

b. El cuidado como componente de la seguridad social contributiva

Si bien es nuevo en relación con otras políticas como las de salud y protección social, el cuidado como derecho cuenta con instrumentos internacionales que proporcionan contenidos a los gobiernos para sus lineamientos de políticas públicas.

La Convención internacional contra la discriminación de la mujer (CEDAW), aprobada en 1979, constituye uno de los primeros instrumentos que pone al cuidado como eje de atención, al establecer la necesidad de proteger los derechos laborales de las mujeres, ante prácticas discriminatorias derivadas de la maternidad, de implementar medidas que faciliten la conciliación entre el trabajo remunerado y la familia, y de impulsar la responsabilidad compartida del cuidado de hijos e hijas por parte de padres y madres.

El Convenio Nro. 156 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), aprobado en 1981, sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, establece que los países deberán incluir entre los objetivos de su política nacional, el de permitir que las personas con responsabilidades familiares que desempeñen o deseen desempeñar un empleo, ejerzan su derecho a hacerlo sin ser objeto de discriminación. En la medida de lo posible, sin conflicto entre sus responsabilidades familiares y profesionales, con el objetivo de garantizar la igualdad efectiva de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras.

El Consenso de Quito que resultó de la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (2007), contiene acuerdos aprobados que implican de manera directa a una política de cuidado, como los siguientes:

xii) *Adoptar políticas públicas, incluidas leyes cuando sea posible, para erradicar contenidos sexistas, estereotipados, discriminatorios y racistas en los medios de comunicación y estimular su función como promotores de relaciones y responsabilidades igualitarias entre mujeres y hombres;*

xiii) *Adoptar medidas de corresponsabilidad para la vida familiar y laboral que se apliquen por igual a las mujeres y a los hombres. Teniendo presente que al compartir las responsabilidades familiares de manera equitativa y superando estereotipos de género, se crean condiciones propicias para la participación política de la mujer en toda su diversidad;*

xiv) *Adoptar medidas en todas las esferas de la vida democrática institucional y, en particular, en los ámbitos económico y social, incluidas medidas legisla-*

tivas y reformas institucionales, para garantizar el reconocimiento del trabajo no remunerado y su aporte al bienestar de las familias y al desarrollo económico de los países, y promover su inclusión en las cuentas nacionales;

xxvii) Adoptar las medidas necesarias, especialmente de carácter económico, social y cultural, para que los Estados asuman la reproducción social, el cuidado y el bienestar de la población como objetivo de la economía y responsabilidad pública indelegable;

xx) Formular y aplicar políticas de Estado que favorezcan la responsabilidad compartida equitativamente entre mujeres y hombres en el ámbito familiar, superando los estereotipos de género, y reconociendo la importancia del cuidado y del trabajo doméstico para la reproducción económica y el bienestar de la sociedad, como una de las formas de superar la división sexual del trabajo;

xxiii) Desarrollar instrumentos de medición periódica del trabajo no remunerado que realizan las mujeres y hombres, especialmente encuestas de uso del tiempo, para hacerlo visible y reconocer su valor. Incorporar sus resultados al sistema de cuentas nacionales y diseñar políticas económicas y sociales en consecuencia.

La Recomendación Nro. 202 (2012) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre los pisos de protección social, señala que estos deberían comprender determinadas garantías básicas de protección social, incluyendo la del cuidado.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aprobados en octubre de 2014, incluyen en el Objetivo 5, lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, como la meta. Más específicamente en cuanto a políticas de cuidado, expresa:

Reconocer y valorar los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico no remunerado, mediante la prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructuras y la formulación de políticas de protección social, así como mediante la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país (5.4).

Las políticas de cuidado son políticas públicas que asignan recursos para reconocer, reducir y redistribuir la prestación de cuidados no remunerada en forma de dinero, servicios y tiempo. Tienen como objetivos los siguientes:

- Reconocer el trabajo de cuidados, no remunerado y remunerado, realizado fundamentalmente por mujeres y niñas, como un tipo de trabajo o de producción que aporta un valor real.
- Reducir el número total de horas dedicadas a las labores de cuidados no remuneradas, mejorando el acceso tanto a equipamientos asequibles y de calidad, que permitan ahorrar tiempo, como a las infraestructuras de apoyo a los cuidados.
- Redistribuir el trabajo de cuidados no remunerado de forma más equitativa dentro de las familias y, al mismo tiempo, trasladar la responsabilidad del trabajo de cuidados no remunerado al Estado y al sector privado.
- Representar a las proveedoras de cuidados más excluidas, garantizando que se tengan en cuenta sus puntos de vista en el diseño y ejecución de las políticas, sistemas y servicios que afectan a sus vidas (OXFAM, 2020).

Ellingsaeter (1999) sintetiza los componentes de cuidado en tres: tiempo para cuidar, servicios de cuidado y dinero para cuidar. A estos hay que agregar, protección para quienes cuidan a través del trabajo remunerado y acciones para valorizar el trabajo de cuidado.

Las políticas relativas a las licencias y otras modalidades de trabajo, favorables a la familia, permiten conciliar mejor el empleo remunerado con el trabajo de cuidados no remunerado. La prestación directa de servicios de cuidado –infantil, personas mayores o con discapacidad– o las transferencias destinadas a adquirir servicios privados, son parte de la política de cuidado.

Las políticas de cuidado transformadoras pueden dar resultados positivos en términos económicos y en lo que respecta a la salud y la igualdad de género, conduciendo a unos mejores resultados para niñas y niños, el empleo de sus madres y la prestación de cuidados de sus padres, así como para las personas mayores y las personas con discapacidades (OIT, 2018, p.10)

Actualmente, las acciones que se pueden implementar en el marco de una política de cuidado pueden dividirse en tres tipos:

- Normas y políticas vinculadas a organizar el “cuidado” de los miembros del hogar y personas bajo responsabilidad de trabajadoras/es asalariadas/os. En este grupo se encuentran las licencias por maternidad y la instalación de espacios de cuidado en los lugares de trabajo (guarderías, lactarios).

- Políticas sociales dirigidas a la protección de personas que requieren “cuidados”. El sistema educativo con la ampliación de servicios para la primera infancia o la extensión de la jornada escolar; el sistema de salud con intervenciones específicas para las personas de la tercera edad, programas de salud materno-infantiles; los servicios públicos que reducen el tiempo de trabajo doméstico y facilitan la autonomía de las personas, entre otros.
- Políticas sociales dirigidas a quienes cuidan: la protección social del trabajo doméstico o de cuidado remunerado y de “amas de casa”, de las personas que ejercen la docencia, entre otras ocupaciones.

El cuidado debe ser incorporado como parte de los riesgos que enfrentan las mujeres. Por lo tanto, no puede ser invisibilizado ni dejado de lado si se considera a la seguridad social como la estrategia para abordar los factores de vulnerabilidad. Por lo general, las contingencias cubiertas tradicionalmente por los sistemas de seguridad –salud, incapacidad laboral por enfermedad, discapacidad adquirida por el trabajo, desempleo, asistencia familiar, invalidez, edad avanzada y muerte de la persona sostén del hogar– no consideran aspectos particulares de las mujeres; salvo su rol de madre en el nacimiento con las licencias y subsidios por maternidad y en pocos casos servicios de cuidado.

No obstante, estos tres instrumentos –licencias, transferencias y servicios– si están dirigidos exclusivamente a las mujeres, terminan reforzando patrones tradicionales que asignan a las mujeres la responsabilidad principal de hijos e hijas.

Las políticas de cuidado deben ser capaces de garantizar el derecho al cuidado de las personas, usualmente ubicadas en los extremos de los grupos etarios; y la redistribución de las responsabilidades familiares de manera a aumentar las oportunidades económicas a las mujeres y reducir la penalización del mercado laboral a las mismas. Por lo tanto, deben ser incorporadas a las prestaciones de la seguridad social.

c. El derecho al cuidado en la niñez

El cuidado de la niñez en la seguridad social ha estado vinculado históricamente a la maternidad como un riesgo social. Esta perspectiva se deriva del riesgo a la salud y a la pérdida temporal de la capacidad y de los ingresos laborales de la madre. Por ello, la mayor parte de los sistemas previsionales incluyen servicios

y transferencias para garantizar el mantenimiento del consumo y la compensación de costos.

Los instrumentos más conocidos son las políticas de acceso a servicios de salud reproductiva y materna, las licencias familiares, las transferencias y la disponibilidad de servicios de cuidados infantiles. Las normas sociales vigentes otorgan el deber del cuidado a las mujeres, por lo que son ellas las que se encuentran más protegidas, no así los hombres.

Las licencias por maternidad, paternidad y parentales son instrumentos importantes para la conciliación entre las responsabilidades laborales y familiares, al tiempo que buscan garantizar el derecho de las familias de cuidar a sus hijos en ciertas etapas de su desarrollo y en situaciones especiales de su vida. Las licencias maternales son las que se conceden a la madre antes y después del parto o adopción del hijo. En tanto que las paternales son las que se brindan al padre luego del nacimiento (o adopción) del niño. Las licencias parentales (o familiares) se conceden durante el período siguiente a la expiración de la licencia de maternidad y/o paternidad, y pueden contemplar jornada completa o parcial, así como licencias para el cuidado de los hijos en caso de accidente, enfermedad o alguna condición especial.

Estas licencias tienen dos objetivos: contribuir al desarrollo infantil temprano y a una mejor conciliación entre la vida laboral y familiar. Si están bien diseñadas, tienen el potencial de reducir la discriminación de género en el mercado laboral.

En América Latina las licencias por paternidad no existen en todos los países, y en los que existen, el número de días es relativamente bajo, entre dos y cinco días y el costo de estas prestaciones queda a cargo del empleador.

Según el estudio *Mujer, Empresa y Ley 2021*, realizado por el Banco Mundial (2021a), solo en 10 países, Bélgica, Dinamarca, Portugal, Islandia, Irlanda, Canadá, Francia, Letonia, Luxemburgo y Suecia, las mujeres están en pie de igualdad con los hombres en todas las áreas. El puntaje de Paraguay es bajo porque el estudio no encontró la existencia de licencia parental remunerada y los períodos de ausencia por cuidado infantil no son tomados en cuenta para la pensión por jubilación.

Recuadro 2.

Paraguay. Mecanismos de cuidado enfocados en trabajadores/as remunerados/as

Licencias por maternidad y paternidad

La Ley N°5508/15 de Promoción, protección de la maternidad y apoyo a la lactancia materna establece la licencia de 18 semanas (antes de 2015 la duración era de 12 semanas) para trabajadoras/es públicos y privados. La prestación en efectivo es del 100% del salario. El permiso por paternidad es de dos semanas posteriores al parto, es irrenunciable, con goce de sueldo y a cargo del empleador.

Transferencias de ingresos

- Para el sector público: Subsidio familiar (Objeto del gasto 131: Asignación fijada al funcionario con cargo presupuestado en el Anexo del Personal y al personal que perciba hasta la suma de Gs. 2.112.562 mensual, por hijos menores de dieciocho (18) años.
- Para el sector privado: la Ley N° 213/93 que establece el Código del Trabajo señala:
Artículo 261°. Hasta que se implante un sistema legal de compensación para las asignaciones familiares sobre la base del seguro social, todo trabajador tiene derecho a percibir una asignación equivalente al 5% (cinco por ciento) del salario mínimo por cada hijo matrimonial, extramatrimonial o adoptivo.
Artículo 262°. La asignación familiar será pagada siempre que el hijo esté en las siguientes condiciones:
 - a) Que sea menor de diez y siete años cumplidos, y sin limitación de edad para el totalmente discapacitado físico o mental;
 - b) Que se halle bajo la patria potestad del trabajador;
 - c) Que su crianza y educación sea a expensas del beneficiario; y,
 - d) Que resida en el territorio nacional.Artículo 263°. El derecho a la asignación familiar se extinguirá automáticamente respecto de cada hijo al desaparecer las condiciones previstas en el artículo anterior o por exceder el salario del beneficiario del 200% (doscientos por ciento) del mínimo legal.

Guarderías infantiles

- Para el sector público: la Ley N° 1.725/01 que establece el Estatuto del Educador señala: Artículo 40: Los establecimientos educativos podrán habilitar guarderías para niños menores de tres años, hijos de educadores que presten servicio en los mismos. Estas guarderías deberán regirse por los criterios establecidos en la Ley General de Educación para la educación inicial, y serán implementadas en forma gradual una vez aprobados los rubros correspondientes en el Presupuestos General de la Nación.

- Para el sector privado: la Ley N° 213/93 que establece el Código del Trabajo señala: Art. 134° "los establecimientos industriales o comerciales en que trabajan más de cincuenta trabajadores de uno u otro sexo, están obligados a habilitar salas o guarderías para niños menores de dos años, donde estos quedarán bajo custodia, durante el tiempo de trabajo de su padre o madre".

La Resolución 519/18 que reglamenta el artículo anterior establece que la habilitación de guarderías será en los establecimientos del lugar de trabajo, o a través de empresas tercerizadas, cuya actividad sea la protección, atención y el cuidado de niños de cualquier edad y condición física o psíquica en forma onerosa o gratuita. El empleador podrá optar pagar una suma de dinero al trabajador para dichos efectos.

Un caso muy interesante es el de México, cuya principal entidad de seguridad social contributiva, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), tiene como una de sus prestaciones el servicio de guardería para sus cotizantes. El siguiente recuadro expone sus principales características.

Recuadro 3. **México. Guarderías infantiles de la seguridad social³**

La guardería es un centro de atención, cuidado y desarrollo integral para los hijos de los trabajadores establecido en la Ley del Seguro Social.

Servicios prestados: aseo, alimentación, cuidado de la salud, educación y recreación, en apego al principio del interés superior de la niñez, en condiciones de igualdad, respeto y ejercicio pleno de sus derechos.

Edad: niños de 43 días de nacidos a cuatro años de edad.

Modalidades de atención: el IMSS provee el servicio directamente o mediante centros de atención administrados por particulares con quienes tiene suscrito un contrato o convenio.

Horario: el servicio de guardería se proporciona de lunes a viernes, excepto los días de descanso obligatorio, durante nueve horas en horario matutino y vespertino.

3 México, guarderías infantiles de la seguridad social. IMSS. https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/6521.pdf

En el esquema de Guardería Integradora (cuenta con un área adicional para dar apoyo a las terapias de rehabilitación que requieren los niños con discapacidad), el servicio es de diez horas. El servicio no se proporciona en horario nocturno por disposición de ley.

Financiamiento: es gratuito para el trabajador derechohabiente del IMSS. Los recursos del seguro de guarderías son una aportación patronal conforme a la Ley del Seguro Social.

A excepción de los servicios de salud, en América Latina las licencias, transferencias y los centros de cuidado suelen estar vinculados al trabajo formal, por lo que las madres y sus hijos/as que trabajan en empleos por cuenta propia, en la agricultura campesina, en trabajo parcial u otra modalidad, no cuentan con casi ningún mecanismo.

d. El derecho al cuidado en la vejez

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada en 2015, es el compromiso internacional más reciente y se encuentra dirigido específicamente a las personas mayores. Los artículos 6 y 12 hacen especial referencia a estos derechos:

Artículo 6. Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez. *Los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez, hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población.*

Los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor, un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos; eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor; y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado.

Artículo 12. Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo. *La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.*

Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor. Teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión.

Los Estados Parte deberán adoptar medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados, que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor.

Para garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos, en los servicios de cuidado a largo plazo, los Estados Parte se comprometen a:

- a. Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo, estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor.
- b. Promover que dichos servicios cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral, y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.
- c. Establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo, que permita evaluar y supervisar la situación de la persona mayor, incluyendo la adopción de medidas para:
 - Garantizar el acceso de la persona mayor a la información, en particular a sus expedientes personales, ya sean físicos o digitales; y promover el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales; así como informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo.
 - Prevenir injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación.
 - Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.
 - Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor.

- d. Proteger la integridad de la persona mayor y su privacidad e intimidad en las actividades que desarrolle, particularmente en los actos de higiene personal.
- e. Establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente, por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda.
- f. Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo, cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia.

La vulnerabilidad como condición constitutiva de las trayectorias de vida y la seguridad social como mecanismo para enfrentar estas vulnerabilidades ponen al cuidado en el centro de la discusión. La aspiración de un envejecimiento activo y saludable se relaciona con el mantenimiento de la capacidad funcional y de los vínculos afectivos y sociales, el desarrollo de una vida productiva y la baja probabilidad de contraer enfermedades crónicas o de sufrir algún tipo de discapacidad.

Para el logro de estos objetivos se requieren políticas de promoción de la salud y de estilos de vida saludables, así como de prevención de enfermedades. En la práctica, esto implica una política sanitaria que contenga un sistema de vigilancia, que considere el estado de salud de las personas mayores, así como la implementación de intervenciones dirigidas a las personas mayores definidas en planes, programas, normas y protocolos específicos.

El aumento del número de personas mayores aumenta la incidencia de las discapacidades, lo cual hace imprescindible la ayuda de otras personas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Las enfermedades crónicas y la dependencia o invalidez tienen una relación bidireccional. Por un lado, las enfermedades crónicas vinculadas al envejecimiento –hipertensión, la osteoporosis, diabetes, demencias– así como otros tipos –artritis, las enfermedades cardíacas, respiratorias y las enfermedades neurológicas– traen consigo discapacidades; y, por otro lado, las personas que padecen discapacidades tienen mayor probabilidad de sufrir enfermedades crónicas.

El cuidado y la salud en la vejez son dimensiones que difícilmente se puedan separar y estas deben ser garantizadas por el Estado, adicionalmente a las

capacidades que las familias puedan ofrecer. El acceso oportuno a servicios con profesionales debidamente capacitados es un determinante fundamental. En este objetivo confluyen no solo los objetivos de la seguridad social de las personas que requieren ser cuidadas, sino también de quienes cuidan, generalmente feminizadas.

Figura 1.
Ámbitos de intervención en materia de cuidados de largo plazo de las personas mayores



Fuente: S. Huenchuan (2014, p. 49)

Probablemente es en la vejez cuando más se explicitan las consecuencias de una trayectoria de vida desprotegida. Díaz-Tendero Bollain (2017) sintetiza en 4 las vías por las cuales las desigualdades de género determinan un acceso desigual en la vejez a la seguridad social y en las posibilidades de contar con ingresos, salud y cuidados que garanticen calidad de vida.

En primer lugar, las actividades en los hogares –doméstico y de cuidado–, desempeñadas mayoritariamente por las mujeres, no se reconocen como trabajo y por tanto no generan derechos de prestaciones sociales en la vejez.

En segundo lugar, las pensiones y las prestaciones sociales al estar vinculadas al trabajo asalariado tienen un sesgo de género importante, porque en el caso de las que trabajan en el mercado, las desigualdades de género existentes allí se trasladan a la seguridad social.

Ellas tienen más dificultades para acceder a puestos de trabajo de alto nivel por el llamado “techo de cristal”. Están con mayor frecuencia en trabajos temporales o de tiempo parcial debido a la necesidad de conciliar sus responsabilidades familiares con las laborales y presentan interrupciones a lo largo de su vida laboral, derivadas de la maternidad o de la necesidad de asumir responsabilidades imprevistas. Las condiciones de trabajo desiguales se reflejan en los niveles salariales, reduciendo sus remuneraciones. En el retiro esto se traduce en prestaciones de menor calidad o en jubilaciones menores.

En tercer lugar, el carácter “familiarista” tiene varias consecuencias. La familia es vista como una estructura homogénea, generalmente integrada por un proveedor principal –hombre–, con una mujer que ejerce el rol de madre. Las asignaciones de tiempo y recursos económicos o simbólicos son realizadas asumiendo un bienestar conjunto y la ausencia de conflicto, invisibilizando las brechas de género y su posible profundización cuando ocurren crisis económicas o se implementan políticas públicas. Esto supone que las mujeres estarán cubiertas suplementariamente como pareja de un proveedor que asume la titularidad.

Por otro lado, el estatus familiar se conceptualiza de forma permanente a pesar de que puede cambiar. Las mujeres pueden entrar a la vejez en un estado civil (casada, soltera, divorciada, viuda), pero este generalmente cambia a lo largo de los años con una probabilidad de pasar a la viudez, por su mayor esperanza de vida, generando la denominada “feminización” del envejecimiento. Por lo gene-

ral, las pensiones por viudez son menores y en algunos sistemas hay pérdida de prestaciones al no ejercer como titulares sino supérstites.

En cuarto lugar y derivado de los tres aspectos anteriores, las mujeres terminan dependiendo del pilar asistencial de la protección social, en mayor medida que los hombres, porque están excluidas de la seguridad social contributiva. En estos programas ellas entran en su rol de madres, en muchos casos por su situación de pobreza o vulnerabilidad económica extrema, y en condiciones que no garantizan su permanencia durante todo su ciclo de vida.

Así, los sistemas de seguridad social contributiva tienen mucho o poco potencial de contribuir a una cobertura universal para las mujeres y a la reducción de las desigualdades de género, dependiendo de que su diseño institucional y su financiamiento consideren los roles de género y su impacto en la división sexual del trabajo.

Estas condiciones se traducen en altos niveles de inequidad, ya que el mayor esfuerzo sobre los ingresos familiares termina recayendo en los mismos sectores socioeconómicos que reciben los programas de asistencia.

La mirada de la seguridad social desde un enfoque de género, requiere complejizar el análisis, incorporando a la división sexual del trabajo y específicamente al trabajo no remunerado –doméstico y de cuidado- como un determinante clave de riesgo y vulnerabilidad.

En el financiamiento es necesario abordar no solo las consecuencias en las contribuciones sociales, sino también en el sistema tributario que provee recursos complementarios, en contextos de escasa progresividad y con sesgos de género.

En la asistencia social, la fuente de financiamiento principal ha sido las recaudaciones de impuestos, por lo que el alcance y la calidad de las prestaciones no se definen a partir de los derechos que se buscan garantizar, sino de las restricciones presupuestarias. De ahí que Titmus denominó a este modelo como “residual”, es decir, atendiendo de manera focalizada y temporal a las mujeres como un grupo específico al que ni el mercado ni la familia pudo atender (Titmus, 1981; Fonseca, s/f). +

● Las propuestas actuales

El derecho a la seguridad social está consagrado en numerosos instrumentos internacionales desde 1944, en la Declaración de Filadelfia de la Organización Internacional del Trabajo. A partir de ese año se han sucedido otros instrumentos internacionales. A continuación, se exponen los principales.

Recuadro 4.

Principales instrumentos internacionales de seguridad social

Instrumento	Organismo	Año
Recomendación Nro. 67 sobre la Seguridad de los medios de vida	OIT	1944
Recomendación N° 69 sobre la asistencia médica	OIT	1944
Declaración Universal de los Derechos Humanos	ONU	1948
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	OEA	1948
Convenio Nro. 102 sobre la seguridad social (norma mínima)	OIT	1952
Carta Social Europea		1961
Convenio 118 relativo a la igualdad de trato de nacionales y extranjeros en materia de Seguridad Social		1962
Código Europeo de Seguridad Social		1964
Convenio Nro. 121 sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales	OIT	1964
Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales	ONU	1966
Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967 (núm. 128)	OIT	1967
Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad	OIT	1969
Declaración Iberoamericana de Seguridad Social de Buenos Aires		1972
Convenio Iberoamericano de Seguridad Social de Quito		1978
Convenio Iberoamericano de Cooperación en Seguridad Social de Quito		1978
Declaración de Alma-Ata		1978

Instrumento	Organismo	Año
Convenio sobre la conservación de los derechos en materia de seguridad social	OIT	1982
Tratado de la Comunidad Iberoamericana de Seguridad Social		1982
Convenio sobre el fomento del empleo y la protección contra el desempleo	OIT	1988
Declaración de Acapulco		1992
Acuerdo sobre la Seguridad Social en Iberoamérica		1992
Código Iberoamericano de Seguridad Social		1995
Convenio sobre la protección de la maternidad (Revisado)	OIT	2000
En 2001, la Conferencia Internacional del Trabajo adoptó la Resolución y Conclusiones Relativas a la Seguridad Social.	OIT	2001
Acuerdos adoptados por las Cumbres Iberoamericanas de jefes de Estado y de Gobierno, relativos a Seguridad Social		1991-1995

Las normas internacionales del trabajo son instrumentos jurídicos preparados por los mandantes de la OIT (gobiernos, empleadores y trabajadores), que establecen principios y derechos básicos en el trabajo. Las normas se dividen en convenios (o protocolos), que son tratados internacionales jurídicamente vinculantes que pueden ser ratificados por los Estados Miembros, o en recomendaciones, que actúan como directrices no vinculantes. En muchos casos, un convenio establece los principios básicos que deben aplicar los países que lo ratifican, mientras que la recomendación correspondiente complementa al convenio, proporcionando directrices más detalladas sobre su aplicación. Las recomendaciones también pueden ser autónomas, es decir, que no se encuentran relacionadas con ningún convenio.

Las normas internacionales del trabajo son preparadas por representantes de los gobiernos, de los empleadores y de los trabajadores, y se adoptan en la Conferencia Internacional del Trabajo de la OIT. Una vez adoptadas las normas, se requiere que, en virtud del párrafo 6) del Artículo 19 la Constitución de la OIT, los Estados Miembros las sometan a la autoridad nacional competente (normalmente el Parlamento) para su examen. En el caso de los convenios, se trata de examinarlos de cara a su ratificación. Si un país decide ratificar un convenio, en general este entra en vigor para ese país un año después de la fecha de la rati-

ficación. Los países que ratifican un convenio están obligados a aplicarlo en la legislación y en la práctica nacionales, y a enviar a la Oficina memorias sobre su aplicación a intervalos regulares.

El derecho a la salud

El derecho a la salud es un derecho fundamental y el Estado tiene la responsabilidad ineludible de hacer efectivo su goce. Las desigualdades en salud y en sus determinantes se explican por las limitaciones que el Estado tiene para fortalecer los sistemas de protección social y los sistemas de salud que garanticen el acceso universal.

El derecho a la salud tiene además una estrecha conexión con otros derechos como el derecho a la vida, a la educación, al trabajo, a la alimentación, a la participación, a la autonomía e integridad física, a la información, y a estar libre de discriminación, tortura, trato inhumano, violencia, etc. Por ello se alude a la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos entre sí, de modo que dichos derechos son determinantes de la salud, pero al mismo tiempo el derecho a la salud posibilita el ejercicio de los demás derechos (Gómez y Guillén, 2018).

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles. El acceso de esos servicios no debe exponer a las personas a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad. En definitiva:

- La salud universal no solo se trata de garantizar que todos estén cubiertos, sino a que todos tengan acceso a la atención cuando la necesitan, donde la necesiten.
- Requiere la participación de todos los sectores de la sociedad para combatir la pobreza, la injusticia social, las brechas educativas y las malas condiciones de vida, entre otros factores que influyen en la salud de las personas.
- Cubre toda la gama de servicios de salud, incluida la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y los

cuidados paliativos, los cuales deben ser de calidad suficiente, completos, seguros, efectivos y asequibles para todos.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, de 1978, significó una transformación en el proceso de reformulación de los conceptos de salud, y de atención en salud, así como en el diseño y la implementación de políticas públicas. La Declaración de Astaná realizada en 2018, reafirmó la histórica Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y reivindica el derecho a la salud como un derecho humano fundamental de todas las personas.

Una de las consecuencias más importante de las definiciones aprobadas, fue la relevancia de la Atención Primaria de Salud (APS). Como estrategia política de los Estados y la sociedad civil, para transformar los sistemas de salud y los procesos de determinación social de la salud de la población. Esta estrategia cuenta con los siguientes pilares:

- Toma en cuenta los determinantes sociales económicos, ambientales y comerciales de la salud y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.
- Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.
- Requiere la coordinación con todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda y las obras públicas, entre otros.
- Requiere la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud y se basa en el plano local como el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

Las actividades directamente relacionadas con la salud se enmarcan al menos en las siguientes:

- Educación sanitaria y promoción de la salud.
- Adecuado abastecimiento de alimento y promoción de una buena alimentación.
- Abastecimiento de agua potable y de saneamiento básico.
- Cuidados sanitarios materno-infantiles, incluyendo la salud reproductiva.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y control de enfermedades endémicas.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades más habituales y de los traumatismos comunes.
- Provisión de medicamentos esenciales.

Para que los países puedan garantizar la implementación de un sistema universal de salud y que este además garantice equidad y calidad se requiere:

- Desarrollar los marcos jurídicos y normativos necesarios para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud para todas y todos.
- Establecer estructuras y procesos institucionales que permitan a las autoridades de salud cumplir con sus responsabilidades. Esto incluye las áreas de rectoría y regulación de los sistemas de salud, así como la capacidad de articulación intersectorial para el abordaje de procesos de determinación social de la salud.
- Asegurar que las competencias en salud de los distintos niveles de desconcentración y descentralización de los Estados sean claras y complementarias, de modo que permitan un abordaje pertinente e intercultural de acuerdo a la diversidad de la población y que velen por la reducción de las inequidades.
- Implementar mecanismos de rendición de cuentas, incluyendo la producción de información oportuna, accesible y de calidad, que permitan garantizar el cumplimiento efectivo del derecho a la salud.
- Acompañar el modelo de atención basado en la atención primaria integral e integrado, con un enfoque comunitario, intercultural, territorial e intersectorial. Con Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), con un primer

nivel de atención resolutivo, y apoyadas por servicios especializados, entre ellos los hospitales, para garantizar a todas y todos, el acceso a los servicios de salud con oportunidad, calidad y continuidad.

En términos financieros se requiere una inversión pública mínima del 6% de producto interno bruto (PIB). Una mayor inversión es una condición necesaria, aunque no suficiente, para combatir las inequidades y avanzar hacia la salud universal.

Además de mayores recursos, debe mejorar la calidad del gasto, con una reducción de las ineficiencias del sistema de salud. Una de las principales razones de ineficiencia e inequidad es el excesivo peso que tiene el modelo hospitalocéntrico y curativo en los sistemas de salud.

La atención primaria debería recibir al menos 30% de los recursos destinados a la salud, por su impacto en la calidad de vida, como puerta de entrada al sistema. También por razones de eficiencia, teniendo en cuenta que la prestación de servicios de diagnóstico y de tratamiento oportunos y de alta calidad en este nivel de atención, previene el deterioro, la progresión o las complicaciones en personas enfermas y reduce la necesidad de visitas de urgencia y hospitalizaciones (OPS, 2019, p.18). Al menos 80% de las necesidades de salud pueden atenderse mediante esta visión de la APS (OMS, 2018, p.1).

La revisión sistemática realizada por Starfield, Shi, y Macinko (2005), expone con mucha claridad y evidencia empírica, las ventajas de la estrategia de atención primaria para las condiciones de salud, en la reducción de costos y en la equidad del sistema de salud.

El efecto preventivo de la APS se expresa por tres vías. En primer lugar, a través de la promoción de conductas saludables como la buena alimentación, el amamantamiento, el “no fumar”, las prácticas higiénicas y de actividad física. En segundo lugar, a través de las acciones relacionadas con las enfermedades como los controles de salud sistemáticos permiten la detección temprana de enfermedades específicas. En tercer lugar, la atención temprana disminuye la probabilidad de hospitalización y la necesidad de emergencias.

La mirada puesta en las personas sanas y no cuando llegan al sistema con enfermedades específicas, es un factor que determina la reducción de la morbilidad o mortalidad, así como la calidad de la atención y la satisfacción de la ciudadanía. Lo que induce también a la continuidad de la atención.

Las vías citadas anteriormente contribuyen a un aumento de la eficiencia porque los costos de enfrentar una enfermedad se reducen al disminuir las hospitalizaciones y las emergencias, el uso de medicamentos de precios elevados y la atención especializada.

La atención primaria contribuye a la equidad porque, al constituirse en el punto de primer contacto con los servicios sanitarios, facilita el ingreso al resto del sistema sanitario y reduce o elimina las dificultades de acceso a los servicios de salud necesarios.

Un sistema de salud universal debe incorporar además las redes de salud. Un sistema de salud se define como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud” (OMS, 2000, citada en OPS, 2010, p.19)

Los sistemas de salud tienen tres funciones principales: la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud. Las características específicas de cada sistema de salud dependen de la construcción histórica del modelo de salud, así como de las condiciones económicas y sociales que acompañaron esta construcción. El rol y poder de los diferentes grupos sociales y económicos también impactan en el diseño de la política sanitaria en las tres funciones señaladas.

La mayoría de los países latinoamericanos crearon la estructura organizativa tradicional de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Consistió en un arreglo no integrado de subsistemas dirigidos a estratos específicos de la población y programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas. A esto se agregan la debilidad regulatoria y los mecanismos de financiamiento de múltiples fuentes con administración descentralizada y autónoma, que conducen a una fuerte segmentación –coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos ‘especializado’” en diferentes estratos de la población, de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, y posición social– y fragmentación –coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial–.

En este contexto, surge la propuesta de redes como una estrategia integrada a la APS, que busca mejorar la coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, reducir la duplicación de los servicios, de la infraestructura y de la capacidad instalada ociosa, y ofrecer los servicios de salud en los espacios apropiados para garantizar calidad y equidad.

A pesar de que no existe un único modelo de Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS), la evidencia indica que cualquiera sea el modelo implementado, hay atributos que permiten proyectar un mayor nivel de éxito. A continuación, se esquematizan dichos atributos.

Recuadro 5.
Atributos esenciales de las RISS

Ámbitos de Abordaje	Modelo asistencial	<p>1) Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.</p> <p>2) Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos; y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.</p> <p>3) Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema; que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.</p> <p>4) Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extrahospitalarios.</p> <p>5) Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.</p> <p>6) Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.</p>
	Gobernanza y estrategia	<p>7) Un sistema de gobernanza único para toda la red.</p> <p>8) Participación social amplia.</p> <p>9) Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.</p>
	Organización y gestión	<p>10) Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.</p> <p>11) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.</p> <p>12) Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.</p> <p>13) Gestión basada en resultados.</p>
	Asignación e incentivos	<p>14) Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.</p>

Los objetivos de la construcción de una RISS son la cobertura y el acceso universal, garantizar el primer contacto con el sistema de salud, la atención integral, integrada y continua y el cuidado apropiado en el marco de la participación social –familiar y comunitaria–. Todo ello a partir de la coordinación intersectorial entre diferentes prestadores y financiadores de salud, incluyendo al sector privado. Estos lineamientos deben guiar no solo el diseño y la implementación del sistema de salud, sino también el análisis y la evaluación del financiamiento del mismo.

El derecho a un ingreso en la vejez

El objetivo de los países es proporcionar una cobertura universal de jubilaciones que incluya niveles adecuados de asistencia, mediante un sistema público que contenga prestaciones contributivas y no contributivas. Tal como se reconoce en la Recomendación sobre los Pisos de Protección Social, núm. 202 (2012) adoptada por gobiernos y organizaciones de trabajadores y de empleadores.

La protección social universal para los adultos mayores forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, en particular del ODS 1.3, que insta a implementar sistemas nacionales de protección social para todos, incluidos los pisos, con especial atención a los pobres y los vulnerables.

Principios

- Principio 1. Universalidad: la seguridad social es un derecho humano garantizado para todas las personas. El principio de universalidad está consagrado en diversos instrumentos de las Naciones Unidas, incluida la Declaración Universal de Derechos Humanos, que establece en su artículo 22 que «toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social».
- Principio 2. Solidaridad social y financiación colectiva. A diferencia de los regímenes de pensiones privados basados en cuentas de ahorro individuales, los mecanismos de protección financiados colectivamente generan efectos redistributivos y no transfieren los riesgos financieros y del mercado laboral a los individuos.

- Principio 3. Suficiencia y previsibilidad de las prestaciones: se refiere al derecho de los individuos a beneficios definidos, prescritos por ley. El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) y el Convenio sobre prestaciones de invalidez, vejez y supervivencia, 1967 (núm. 128) prevén la garantía de los ingresos para las personas que hayan alcanzado la edad de jubilación, mediante:
 - i. pensiones contributivas vinculadas con los ingresos (que garanticen niveles mínimos de prestaciones, o tasas de reemplazo correspondientes a una proporción prescrita de los ingresos percibidos antes del retiro, en particular para aquellos de menores ingresos);
 - ii. pensiones de cuantía fija (en su mayoría basadas en la residencia y financiadas mediante el presupuesto general) o pensiones sujetas a la comprobación de ingresos. En dichas normas se establece que los regímenes con prestaciones vinculadas con los ingresos, por ejemplo, deben proporcionar pagos periódicos de al menos el 40% (Convenio núm. 102) o el 45% (Convenio núm. 128) del salario de referencia, tras completar 30 años de cotización o de empleo. Estas normas también exigen que las pensiones se ajusten periódicamente cuando se produzcan cambios sustanciales notables en el costo de la vida o en el nivel general de ingresos.
- Principio 4. Responsabilidad general y primordial del Estado: se refiere a la obligación del Estado, de garantizar la “sostenibilidad financiera, fiscal y económica” del sistema nacional de protección social “teniendo debidamente en cuenta la justicia social y la equidad”, mediante la recaudación y asignación de los recursos necesarios con miras a garantizar efectivamente la protección garantizada por la legislación nacional (Recomendación núm. 202).
- Principio 5. No discriminación, igualdad de género y capacidad de responder a las necesidades especiales: con el fin de garantizar la igualdad de género, el diseño de los sistemas de pensiones, debe tener en cuenta la solidaridad entre hombres y mujeres, adoptando mecanismos de financiamiento, condiciones de elegibilidad y las condiciones en que son brindadas las prestaciones, que permitan contrarrestar las desigualdades entre hombres y mujeres que se deriven del mercado laboral o causadas

por la interrupción de las trayectorias laborales de las mujeres, como consecuencia de sus funciones reproductivas o de sus responsabilidades de cuidado (Recomendación núm. 202).

- Principio 6. Sostenibilidad financiera, fiscal y económica: se refiere a la capacidad actual y futura de la economía de afrontar los costos de la seguridad social. Garantizar la sostenibilidad exige la adopción de todas las medidas necesarias, incluida en su caso la realización periódica de estudios actuariales y la introducción de reformas paramétricas menores, para garantizar la sostenibilidad del sistema de pensiones. El Estado también es responsable de garantizar la sostenibilidad de los sistemas nacionales de seguridad social, en respuesta al cambio demográfico, entre otros factores (Recomendación núm. 202).
- Principio 7. Gestión y administración financieras transparentes y sólidas: se refiere a la necesidad que tiene el sistema de una buena gobernanza, en particular en materia de financiamiento, gestión y administración, para garantizar el cumplimiento con los marcos jurídicos y reglamentarios (Convenio núm. 102 y Recomendación núm. 202).
- Principio 8. Participación de los interlocutores sociales y consultas con otras partes interesadas: reconoce la necesidad de garantizar el diálogo social y la representación de las personas protegidas en los órganos de gobernanza de la seguridad social. El principio de la gestión participativa de los sistemas de seguridad social está establecido en el párrafo 1 del artículo 72 del Convenio núm. 102, que estipula que:

(..) cuando la administración no esté confiada a una institución reglamentada por las autoridades públicas o a un departamento gubernamental responsable ante un parlamento, representantes de las personas protegidas deberán participar en la administración o estar asociados a ella, con carácter consultivo, en las condiciones prescritas; la legislación nacional podrá prever asimismo la participación de representantes de los empleadores y de las autoridades públicas.

Los sistemas de pensiones pueden ser analizados a partir de cinco principales características Cecchini (2019): financiamiento, gestión financiera, reglas para otorgar beneficios, administración pública o privada y los mecanismos de distribución.

- **Financiamiento:**
 - **Contributivo:** el afiliado debe aportar regularmente al sistema.
 - **No contributivo:** el afiliado no debe contribuir directamente al sistema, sino que este se financia mediante otras fuentes.
 - Una combinación de las dos anteriores.
- **Gestión financiera de los recursos:** los recursos que acumula el sistema y con los que se pagan las pensiones pueden gestionarse de dos maneras opuestas:
 - **Reparto:** un contrato entre generaciones en que los económicamente activos aportan sus cotizaciones al sistema para el pago de pensiones de quienes ya están retirados y para la acumulación de un fondo de reserva intertemporal. Equivale a un fondo colectivo que se acumula con una prima media general o escalonada y se asigna con una regla de beneficio definida de antemano.
 - **Capitalización individual:** se establece una cuenta de ahorro para cada trabajador activo afiliado, en la que se depositan y capitalizan sus cotizaciones para su uso personal en el momento de pensionarse. La pensión se define luego según el monto acumulado (de capital e intereses) y otros parámetros.
- **Regla para otorgar beneficios:** los beneficios a los que da derecho el sistema deben establecerse de alguna manera:
 - **Beneficios definidos:** establece una regla para determinar la prestación sobre la base de normas claras relacionadas con la historia laboral. Así, el beneficio se determina mediante una fórmula que incorpora el salario del trabajador, los años de servicio, la edad de jubilación y otros factores. El riesgo es asumido por el Estado.
 - **Contribución definida,** los aportes asociados a cada afiliado (por el empleado, el empleador o ambos) están predeterminados, pero el monto del beneficio se desconoce hasta que se calcula en el momento de la jubilación. Las contribuciones se suelen hacer a una cuenta que crece mediante su inversión en instrumentos financieros autorizados. El costo se calcula con facilidad, pero el beneficio de un plan depende del saldo que tenga la cuenta cuando los contribuyentes quieren

utilizar sus fondos. La inversión de la contribución seguirá los ciclos económicos (recesión o depresión, expansión, auge, declive o desaceleración), por lo que el beneficio no se puede conocer de antemano. La persona afiliada es quien asume los riesgos.

- Administración pública o privada: aunque el Estado sea responsable, los recursos pueden ser administrados tanto por el sector público como por el sector privado:
 - Administración estatal: una institución pública gestiona la marcha del sistema.
 - Administración privada: un tercer agente privado administra el sistema, lo que requiere un alto grado de regulación y supervisión estatal.
- Mecanismos de distribución. Cuando un trabajador llega a una situación de invalidez, muerte (con sobrevivencia de algún dependiente) o de vejez, es posible que aún no haya cumplido los requisitos para recibir pensiones, o que se encuentre en situación de pobreza:
 - Distributivo: el sistema tiene un componente de subsidios cruzados o desde otras fuentes para el alivio de la pobreza en situaciones de invalidez, sobrevivencia y vejez.
 - No distributivo: el sistema no dispone de un componente de alivio de la pobreza y las personas deben recurrir a políticas asistenciales.

● Principales funciones de los sistemas de jubilaciones

Los regímenes de jubilaciones de la seguridad social, complementados con disposiciones para el financiamiento vía impuestos, son los más convenientes para garantizar niveles de prestaciones adecuados y suavizar el consumo a lo largo de toda la vida del individuo. Generalmente a través de la solidaridad social e intergeneracional y de las cotizaciones de los empleadores/as y los trabajadores/as.

A través de los sistemas de jubilaciones, las personas perciben un ingreso (un pago periódico regular) cuando han alcanzado la edad de jubilación y ya no cuentan con un ingreso estable. Los sistemas de jubilaciones difieren de un país a otro, aunque por lo general se componen de regímenes para diferentes categorías

de personas, desde las pensiones sociales básicas para las personas de bajos ingresos, hasta el ahorro voluntario complementario para las personas de mayores ingresos.

Siguiendo al Modelo Multipilar de Pensiones de la OIT se pueden distinguir un piso y tres pilares más por encima del mismo:

- **Pilar 0 o Piso de Protección Social** en ingresos: establece un piso de protección social para las personas mayores y garantiza un nivel mínimo de ingresos para lograr una vida digna. Debe ir acompañado de la provisión de servicios universales de salud y progresivamente de cuidados de calidad. La universalidad de la cobertura puede lograrse a través de un régimen universal no contributivo, financiado con impuestos o mediante una combinación de seguro social y un régimen de pensiones, sujeto a la comprobación de ingresos o a la comprobación de la existencia de otra pensión.

La creación de un piso de protección social para los adultos mayores representa una de las prioridades más importantes de los países en desarrollo, que presentan altos niveles de informalidad y pobreza. La extensión de la cobertura contributiva podría requerir décadas para realizarse.

- **Pilar I o Pilar de Seguro Social:** sigue el diseño típico de los sistemas de jubilaciones de la seguridad social, obligatorio y de beneficios definidos, financiados mediante las cotizaciones de los empleadores/as y los trabajadores/as. Su objetivo es proporcionar mayores niveles de beneficios de jubilación, para mantener el nivel de vida después del retiro. Debe prever al menos una jubilación mínima del 40% de los ingresos asegurados, previos de la jubilación con 30 años de cotizaciones, así como una prestación mínima reducida/ajustada para quienes hayan cotizado durante al menos 15 años.

Los Pilares 0 y I representan los componentes fundamentales de todo sistema de jubilaciones de la seguridad social. Los países están desarrollando importantes innovaciones para adaptar el Pilar I, con el fin de dar cobertura a las personas que aún no están protegidas, incluidas las personas que trabajan en la economía informal, los trabajadores/as por cuenta propia y los trabajadores/as en formas atípicas de empleo, como los de las plataformas.

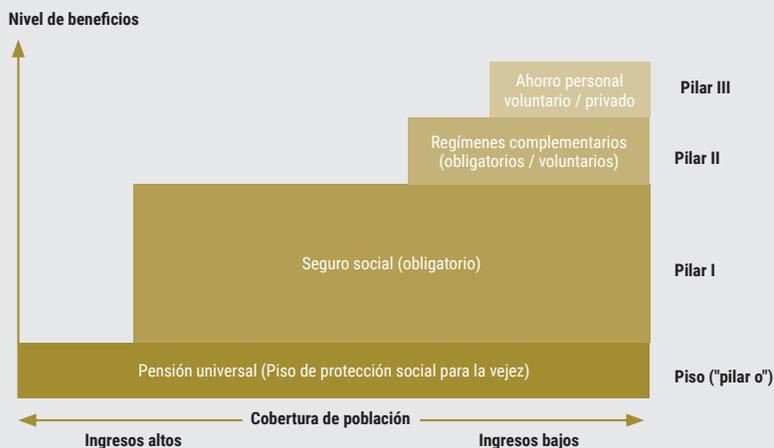
- **Pilar II o Pilar Complementario:** no todos los países necesitan establecer este pilar. Se trata de un componente contributivo complementario, vo-

luntario u obligatorio, basado en el empleo, con carácter ocupacional o no ocupacional, de beneficios definidos o de contribución definida. Generalmente financiado con las cotizaciones de los empleadores y administrado de forma privada, con el fin de complementar las prestaciones de los dos pilares anteriores. Su operación requiere un alto nivel de compromiso por parte del Estado, en particular en lo que respecta a su adecuada regulación y supervisión.

- **Pilar III o Pilar del Ahorro Personal Voluntario:** es complementario, compuesto por un conjunto de planes privados de pensiones y voluntarios, dirigido a los grupos que poseen la capacidad económica para realizar ahorros personales adicionales. Son generalmente administrados por agentes privados de pensiones, bajo el principio de competencia del mercado y condicionado a la regulación gubernamental.

La experiencia internacional ha demostrado que los regímenes de jubilaciones basados en cuentas individuales conllevan muchos riesgos –macroeconómicos, financieros y demográficos– para las personas y son incapaces de garantizar los principios de la seguridad social. Por lo tanto, sirven para complementar las pensiones en los Pilares I y II, pero no deben en modo alguno intentar reemplazarlas.

Figura 2.
Modelo Multipilar de Pensiones de la OIT



● **La renta básica universal como oportunidad para debatir el derecho a un ingreso**

La idea de una renta básica para toda la población no es nueva ni es exclusiva de alguna doctrina económica en particular. Diversos autores pusieron en evidencia que la alusión a esta medida de política pública data de varios siglos atrás, como el caso de Thomas Paine en el siglo dieciocho. Más recientemente, autores liberales como Friedrich von Hayek o Milton Friedman, se refirieron a una renta mínima o a un impuesto negativo respectivamente. Desde el keynesianismo, esta idea de la renta básica es consistente con la necesidad de la economía de garantizar niveles mínimos de ingreso, que permitan consumir y garantizar el dinamismo económico y el camino hacia el pleno empleo.

La seguridad de un ingreso tiene como resultado vivir en una situación en la cual necesidades básicas como la comida, la vivienda, el cuidado, la asistencia sanitaria y la educación, pueden asegurarse de manera ininterrumpida. Esto requiere contar con fuentes que garanticen ingresos suficientes y regulares.

Si bien el ingreso laboral en la adultez se convierte en el principal mecanismo, una amplia proporción de la población no tiene acceso a un ingreso laboral a lo largo de su trayectoria de vida. En primer lugar, porque hay personas que no trabajan (mujeres) y por lo tanto no tienen ingresos laborales. Las mujeres con dedicación completa al trabajo no remunerado, o las personas con discapacidades graves o viviendo en sociedades que no logran ofrecerles oportunidades económicas, se encuentran en este grupo no tan pequeño.

En segundo lugar, porque, aunque trabajen, pueden tener periodos sin ingresos. Si por alguna eventualidad –desempleo, pérdida de activos, enfermedad, discapacidad, maternidad, desastre natural– hay una interrupción del ingreso laboral, es necesario contar con mecanismos de sustitución de este de manera a cerrar la brecha del ingreso perdido o reducido.

En tercer lugar, porque asumir que solo la familia debe hacerse cargo de los costos económicos de la reproducción social y del envejecimiento, pone en riesgo el desarrollo infantil y los derechos de las personas mayores, sobre todo en caso de familias en situación de pobreza o vulnerabilidad.

La seguridad económica a lo largo de la vida no puede limitarse al acceso a un empleo, porque este puede ser precario o generar ingresos insuficientes para

cubrir las necesidades de los demás integrantes. E incluso, para acumular durante la trayectoria laboral los ahorros o activos suficientes para garantizar una vejez con autonomía económica y calidad de vida.

La pandemia del coronavirus reavivó el debate sobre la relevancia de una renta básica universal y sin condicionalidades, dadas las debilidades mostradas por la arquitectura de la protección social actual, sobre todo en América Latina.

La fragmentación y estratificación de los sistemas de protección social, originadas por esquemas previsionales dirigidos a los estratos de mayores ingresos y transferencias monetarias condicionadas para los de menores ingresos o por debajo de la línea de pobreza –dejando estratos sin ninguna cobertura, especialmente aquellos donde el trabajo es mayormente informal–no permitió una protección de amplio alcance y calidad frente a las medidas de aislamiento social implementadas en la mayoría de los países del mundo.

A esto se agrega que a la crisis sanitaria se suma la crisis del cuidado, ya que las medidas preventivas generaron la necesidad de aumentar sustancialmente las horas y la carga mental, dada la mayor convivencia familiar y el traslado de las responsabilidades educativas a la familia.

Las mujeres, como principales responsables del cuidado, son las que más están sufriendo las consecuencias de la división sexual del trabajo en la pandemia. Las primeras evidencias señalan que están sobrerrepresentadas en la pérdida del empleo o en las ocupaciones “esenciales” con mayor riesgo de contagio.

De ahí que el debate de la renta básica universal como garantía de un piso mínimo de bienestar para todos, no pueda dejar de considerarse desde la mirada de las desigualdades. La renta básica universal tiene la potencialidad de contribuir a la reducción de las desigualdades económicas y de género, en la medida en que su objetivo no se vincule al rol proveedor del hogar, sino al derecho a un ingreso que deviene de la necesidad esencial de sostener la vida.

El establecimiento de un ingreso universal, independiente de la adscripción al trabajo remunerado, ubica en el mismo plano al trabajo no remunerado –doméstico y de cuidado–, lo cual conduce al reconocimiento de esta actividad invisibilizada en el sistema económico y sin reconocimiento como categoría analítica en la disciplina económica.

La renta básica universal no debe utilizarse para paliar las deficiencias de la provisión de bienes públicos o comunes, sino como un pilar de la protección so-

cial que acompañe la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales, así como la redistribución y reducción del trabajo no remunerado.

Este instrumento, como parte de una política redistributiva, debe ser financiado en el marco de una fiscalidad justa. Esto implica movilizar recursos internos provenientes de impuestos progresivos al patrimonio o a la renta de personas físicas.

En la medida en que este instrumento logre incorporar estas características, su aporte a la reducción de las desigualdades económicas y de género será sustancial, así como al crecimiento económico, dada la potencialidad de generar mejores condiciones para la salida de las mujeres al mercado laboral.

Este capítulo enmarca los principales elementos conceptuales que guiarán la discusión en los apartados siguientes y, sobre todo, en las conclusiones y recomendaciones. Los modelos de seguridad social contributiva han estado en el centro de los debates sobre el rol del Estado en la protección de las personas.

En los últimos años algunos instrumentos han tomado relevancia como el ingreso básico universal, así como el enfoque de ciclo de vida y género. Paraguay debe encarar un diálogo amplio y buscar acuerdos sociales para hacer efectivo el derecho a la seguridad social.

2

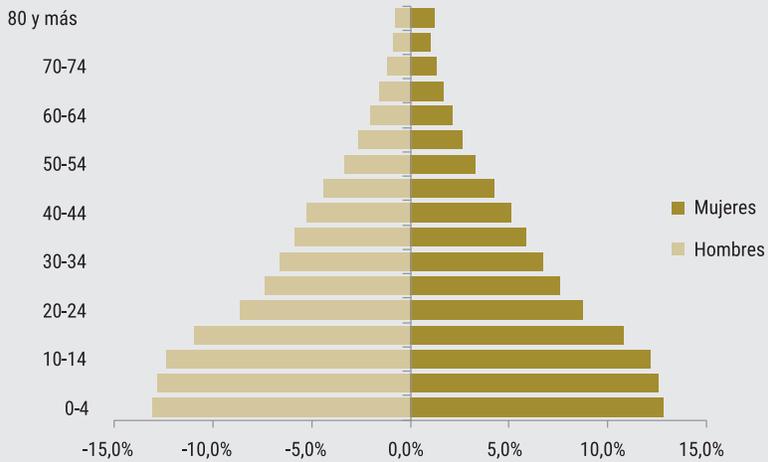
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

● Estructura poblacional

La estructura poblacional de Paraguay se caracteriza por presentar una elevada proporción de población en edad activa con respecto a la población menor a 15 años y a la población de adultos mayores con 65 años y más de edad. Esta situación, identificada como ventana de oportunidades o bono demográfico (Saad *et al.*, 2012) se presenta como favorable para impulsar políticas públicas que permitan el aprovechamiento de la población en edad de trabajar. Pero también presenta el desafío de lograr la inclusión de ese grupo poblacional dentro de los mercados formales de trabajo y garantizar el acceso a seguridad social. De otra manera, la proximidad a la fase de envejecimiento poblacional conllevará a afrontar con programas no contributivos, la situación de vulnerabilidad a la que quedan expuestos quienes quedan excluidos de los sistemas contributivos de seguridad social.

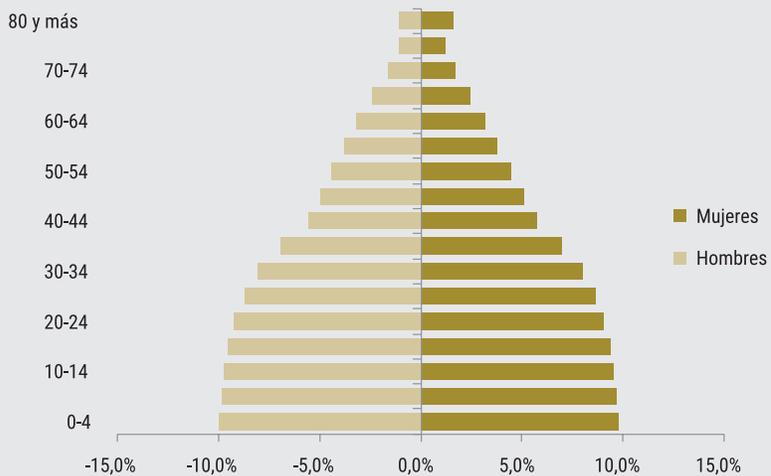
Los Gráficos 1 y 2 muestran la pirámide poblacional de Paraguay. Se observa el cambio que ha experimentado la estructura poblacional entre el año 2000 y el año 2019, con una disminución de la participación de la población menor a 14 años y un incremento sustancial en los grupos etarios con edad de trabajar y en el segmento correspondiente a las mayores de 60 años.

Gráfico 1.
Pirámide poblacional. Año 2000



Fuente: elaboración propia con datos de la INE (2021).

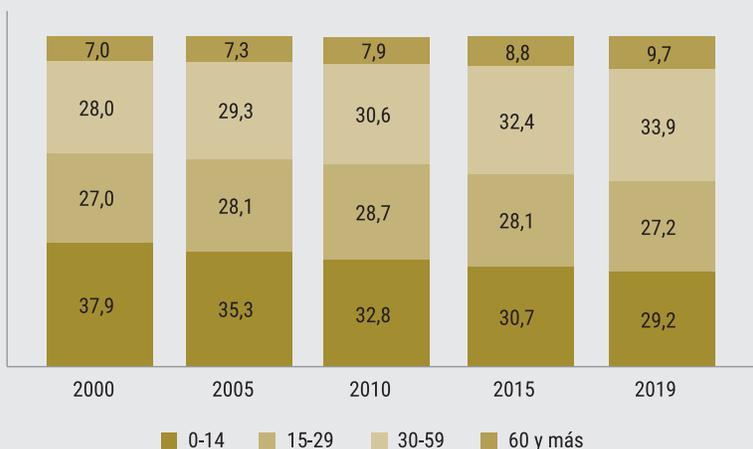
Gráfico 2.
Pirámide poblacional. Año 2019



Fuente: elaboración propia con datos de la INE (2021).

Puntualmente, la población correspondiente al grupo etario de 0 a 14 años se redujo entre el año 2000 y el 2019 de 37,9% a 29,2% (ver Gráfico 3). Como se mencionó previamente, la población en edad de trabajar de 15 a 59 años aumentó su participación en la estructura poblacional de 55% en el año 2000 a 61,1% en el año 2019. Por otro lado, el grupo etario correspondiente a los adultos mayores (60 años y más de edad) se incrementó de 7% a 9,7% entre los años observados.

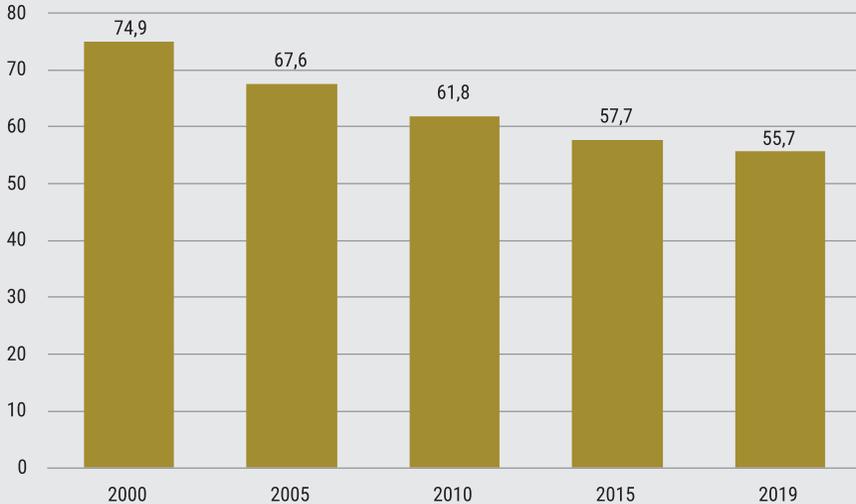
Gráfico 3.
Evolución de la estructura poblacional por franja etaria (%)



Fuente: elaboración propia con datos de la INE (2021).

Un indicador útil para observar la transición demográfica y el cambio en la estructura poblacional es la relación de dependencia demográfica (DGEEC, 2016). Este indicador muestra la carga demográfica de la población menor a 15 años, más la población de 65 y más años de edad divididas por la población con edad de trabajar (15 a 64 años). De acuerdo al Gráfico 4, la relación de dependencia pasó de 74,9% a 55,7% entre el año 2000 y el 2019.

Gráfico 4.
Evolución de la relación de dependencia demográfica (%)



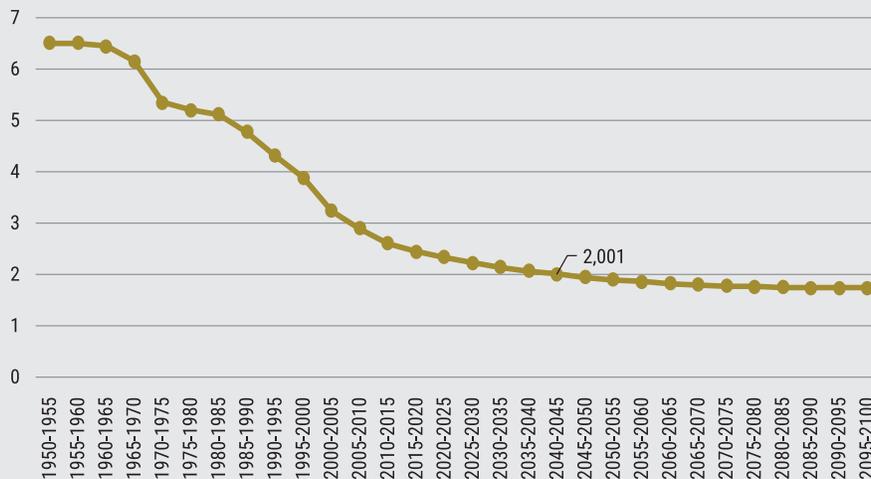
Fuente: elaboración propia con datos de la INE (2021).

Si se analiza la tasa de fecundidad, uno de los determinantes del crecimiento poblacional, se puede observar un sostenido descenso que pasa de un promedio de 6 hijos por mujer entre 1950 y 1965, año en que comienza a descender aceleradamente la fecundidad, a menos de 3 hijos por mujer en promedio, para el 2010 (Llano, 2016, p.18).

Al extender la proyección hacia los siguientes años se puede ver que la tasa de fecundidad cae a 2 hijos por mujer entre 2035 y 2040. Cuando la tasa de fecundidad de un país desciende por debajo de aproximadamente 2,1, las poblaciones eventualmente comenzarán a reducirse, mucho más aún en los países que tienen una alta tasa de mortalidad infantil, como es el caso de Paraguay.

Esta evolución demográfica tiene impacto en la seguridad social contributiva ya que la misma se sostiene de manera solidaria con los aportes de las personas. En la medida en que aumente el número de quienes cobran jubilaciones y se reduzca quienes aportan, será necesario aumentar las tasas de aportes o reducir las prestaciones.

Gráfico 5.
Evolución de la tasa global de fecundidad (%)



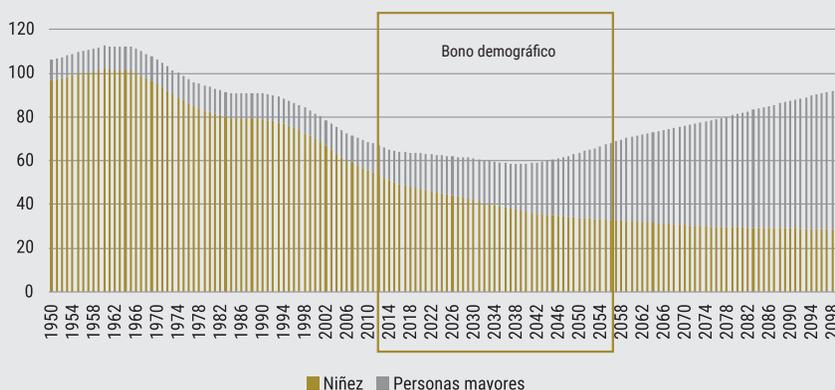
Fuente: elaboración propia con base en CELADE - División de Población de la CEPAL (2019)

El aprovechamiento del bono demográfico es fundamental para el bienestar de las personas, y el desarrollo. El Gráfico 6 señala la evolución de la tasa de dependencia demográfica o del bono demográfico. Paraguay continuará con una reducción de esta tasa derivada de la disminución de la fecundidad y un envejecimiento todavía lento.

Además del bono demográfico, el país está en una etapa que permite impulsar cambios culturales fundamentales para la autonomía de las mujeres. La reducción de la fecundidad reducirá la carga de trabajo en cuidado de la niñez, etapa que es necesario aprovechar para aumentar las capacidades y oportunidades de las mujeres. Paralelamente es necesario aumentar la responsabilidad del Estado y de los hombres en el cuidado, de manera a estar más preparados para cuando el envejecimiento aumente su ritmo.

El bono demográfico y de género constituyen una oportunidad para la seguridad social solo si jóvenes y mujeres mejoran sus capacidades y se integran a empleos de calidad, incluyendo el acceso a la seguridad social.

Gráfico 6.
Razón de dependencia demográfica por grupos de edad
(Por 100 personas en edad productiva)



Fuente: elaboración propia con base en CELADE - División de Población de la CEPAL (2019).

● El trabajo no remunerado y la educación

La existencia de un bono de género en el desarrollo se encuentra seriamente limitada por la desigualdad en la distribución de las responsabilidades domésticas y de cuidado. La Tabla 1 muestra la cantidad de horas adicionales trabajadas por las mujeres debido a las horas de trabajo no remunerado, las cuales determinan sus posibilidades de trabajo remunerado.

Tabla 1.
Promedio de horas de trabajo remunerado y no remunerado según sexo. Año 2016

Categoría	Total	Total		Trabajo remunerado			Trabajo no remunerado		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Población ocupada	65,8	63,4	68,9	46,0	49,7	40,6	19,8	13,7	28,3

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Uso del Tiempo (EUT), 2016 (DGEEC,2020).

Las mujeres trabajan en promedio unas 68,9 horas semanales, mientras que los hombres 63,4 horas; ellos con un aporte mucho mayor al trabajo remunerado. En los últimos 20 años, las mujeres han aumentado su participación laboral de la mano de la reducción de la fecundidad, del aumento de sus credenciales educativas y de las oportunidades laborales. Sin embargo, la brecha con la participación económica de los hombres se mantiene.

Gráfico 7.
Evolución de la condición de actividad por sexo (%)

En la fuerza de trabajo (PEA) y fuera de la fuerza de trabajo (PEI)



Fuente: elaboración propia con datos del INE (2021).

El bajo nivel educativo de la población adulta (25 años o más) constituye un obstáculo para una trayectoria sostenida hacia el desarrollo. Los datos del INE (2021) muestran que en 20 años apenas se ha pasado de 6,6 años promedio de estudio (2000/01) a 9 años promedio de estudio (2020), con un estancamiento en las mejoras en los últimos años.

La Tabla 2 muestra que casi la mitad de la población ocupada tiene menos de 9 años promedio de estudio, proporción que se reduce levemente en el sector urbano y aumenta en el sector rural. Los hombres (48,6%) se encuentran sobrerrepresentados en este grupo frente a las mujeres (42,9%).

Tabla 2.
Población ocupada de 15 años y más de edad, por área de residencia y sexo, según años de estudio. Año 2019

Años de estudio	Total			Urbana			Rural		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sin instrucción	1,3	1,1	1,6	0,5	0,4	0,7	2,7	2,1	3,6
1 a 3	7,3	7,7	6,6	4,3	4,4	4,0	12,7	12,7	12,6
4 a 6	23,9	24,8	22,6	16,2	16,3	16,1	37,4	37,9	36,6
7 a 9	13,8	15,0	12,1	13,1	14,3	11,4	15,1	16,0	13,5
10 a 12	26,8	29,5	22,9	30,8	34,9	25,6	19,7	21,1	17,2
13 a 15	12,4	11,1	14,3	15,3	14,1	16,9	7,3	6,4	8,8
16 a 18	14,5	10,9	19,5	19,7	15,5	25,1	5,2	3,8	7,5
No disponible	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0

Fuente: elaboración propia con base en la EPHC 2019 del INE (2021).

El nivel educativo de las personas ocupadas y que se encuentran afiliadas a algunos de los regímenes jubilatorios, es de 13,1 años; para las Cajas fiscales (jubilación de funcionarios públicos) sube a 14,9 años y para IPS baja a 12,2 años. En el caso del seguro médico de IPS, las personas que son titulares del mismo cuentan con un promedio de 12,9 años, muy cercano al promedio de afiliación a jubilación en esa misma institución.

● La estructura productiva y del trabajo

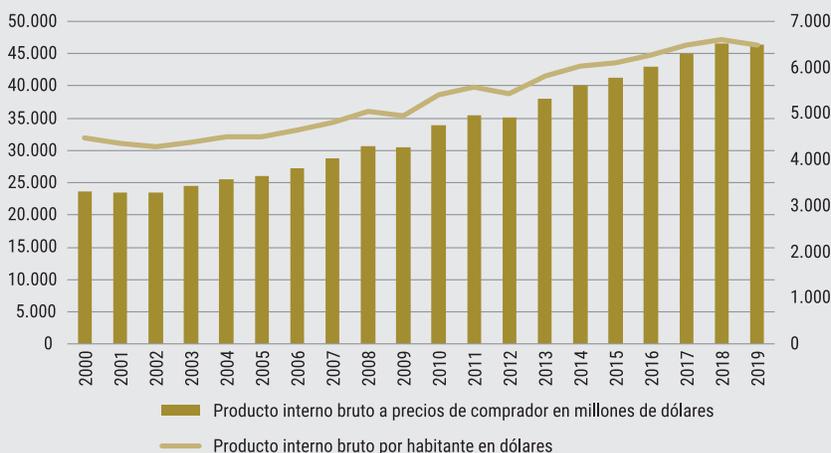
La estructura productiva

La economía paraguaya se ha destacado en la región los últimos años por un crecimiento económico sostenido y por su estabilidad macroeconómica dentro

de un contexto regional caracterizado por ser recesivo. El crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) entre el año 2013 y el año 2018, fue en promedio 4,8% anual. Sin embargo, en 2019 se observa una retracción del PIB en el orden de -0,4% (Gráfico 8). Para el año 2020 se acentúa la contracción del PIB, con una estimación cercana al -0,6% del PIB. En tanto que para el año 2021, se espera una recuperación de la economía, con una estimación de crecimiento económico que se encuentra en el orden del 4,5% del PIB. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2021), estima para 2021 un crecimiento promedio en la región de 5,2% del PIB y para Paraguay un crecimiento en torno al 3,8% del PIB. El crecimiento económico en Paraguay está explicado principalmente por el desempeño del sector agrícola y depende altamente de factores externos y climáticos, los cuales ocasionan una gran volatilidad en la actividad económica en razón al peso que los grandes productos de exportación ejercen sobre el resto de la economía.

Siguiendo la tendencia del crecimiento económico de las últimas décadas, el PIB per cápita en Paraguay se ha incrementado de 4.482 dólares en el año 2000 a 6.481 dólares per cápita en 2019. Con un crecimiento promedio de 1,7% durante los últimos veinte años.

Gráfico 8.
Evolución del PIB y PIB per cápita



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Central del Paraguay (BCP).

El incremento del PIB per cápita implicó cambios en la clasificación internacional de Paraguay. El Banco Mundial clasifica las economías del mundo en cuatro grupos de ingreso: países de ingreso bajo, mediano bajo, mediano alto y alto. Estas categorías se actualizan todos los años y se basan en el ingreso nacional bruto (INB) per cápita, calculado en USD corrientes del año anterior. Las estimaciones oficiales del Banco Mundial sobre el tamaño de las economías se basan en el INB convertido a dólares estadounidenses corrientes, utilizando el método Atlas del Banco Mundial. Este método suaviza las fluctuaciones del tipo de cambio utilizando un promedio móvil de tres años. La tabla 3 muestra los rangos de clasificación para el año 2020, definidos de acuerdo al INB per cápita del año 2019.

Tabla 3.
Clasificación de países según INB per cápita. Año 2020

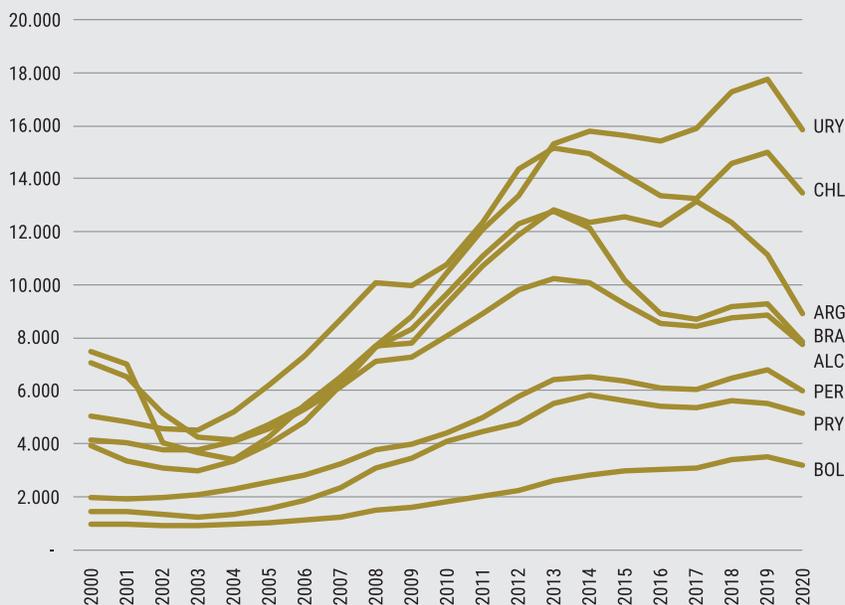
Grupo de países	Año 2020
Ingreso bajo	< 1.036
Ingreso mediano bajo	1.036 - 4.045
Ingreso mediano alto	4.046 - 12.535
Ingreso alto	> 12.535

Fuente: Banco Mundial

El INB per cápita de Paraguay en 2020 de 5.140 dólares (Gráfico 9), lo posiciona como un país de ingreso medio alto, en el tercer grupo de países. Se debe destacar que la clasificación de Paraguay cambió desde el año 2014, anteriormente se lo clasificaba como país de ingreso medio bajo¹. De todas maneras, la posición de Paraguay en la región sigue siendo una de las más bajas. Se encuentra por debajo del INB per cápita promedio de la región de 7.715 dólares y sólo por encima de Bolivia que alcanzó un INB per cápita de 3.200 dólares en el año 2020.

1 Más detalles sobre la metodología y clasificación actual e histórica pueden consultarse en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>

Gráfico 9.
Evolución del Ingreso Nacional Bruto per cápita



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial.

El Gráfico 10 muestra la evolución del PIB por sector económico. Durante los últimos diez años se observa un crecimiento promedio anual de 7,2% en el sector primario, seguido por el sector servicios que se incrementó en promedio 4,3% anual y por último el sector secundario con 3,5% de crecimiento promedio anual durante ese periodo.

En el Gráfico 11 se puede observar la evolución de la estructura económica del PIB por sector. El sector servicios ha incrementado su participación dentro de la estructura económica, su participación se incrementó de 44,6% en el año 2000 a 49,6% en 2019. En tanto que el sector primario redujo su participación de 13% a 10% en el mismo periodo y con relación al sector secundario no se presentan cambios relevantes durante el periodo mencionado.

Dentro del sector primario, el 6,9% del PIB corresponde a las actividades agrícolas, 2,2% a la ganadería y 0,9% a las actividades vinculadas a la explotación

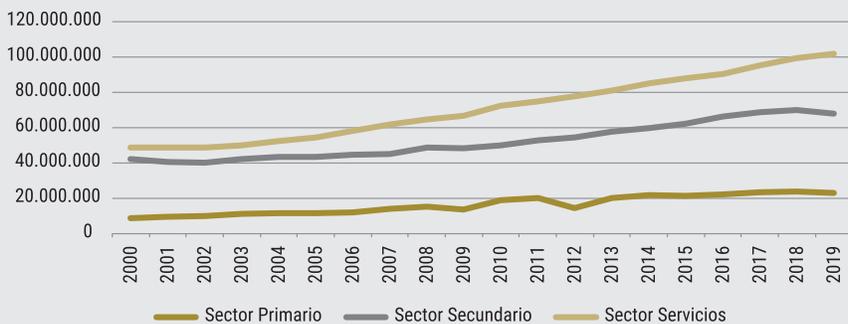
forestal, pesca y minería. En tanto que, dentro del sector secundario, la manufactura genera el 18,8% del PIB, seguido por las actividades de electricidad y agua con 8,2% y las actividades de construcción con 6,2% del PIB.

Se destaca el incremento en la participación de la industria manufacturera entre 2000 y 2019, con un incremento de 3,1% en el total del PIB. La mayor participación de la industria manufacturera se explica en parte por el mayor nivel de industrialización de la producción de soja. Mientras en 2003/2004 se destinaba a la industrialización aproximadamente el 30% de la producción de soja, este se incrementó a 43% en 2014/2015 (Morínigo y otros, 2018).

Por último, dentro del sector servicios se observa una participación de 10,6% del PIB para las actividades comerciales, le siguen los servicios gubernamentales con 9,3%, servicios inmobiliarios con 6,5%, intermediación financiera con 6,1% del PIB y servicios a los hogares genera el 5,1% del PIB, entre las principales actividades.

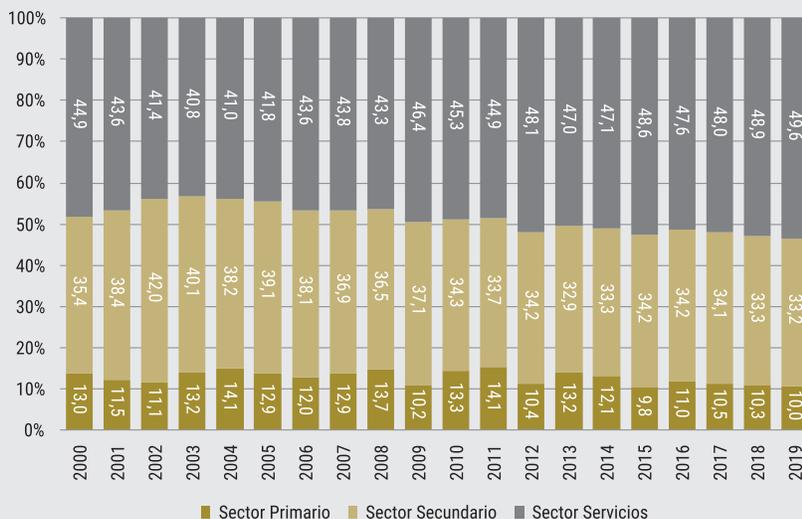
Por otro lado, se destacan las actividades vinculadas a la intermediación financiera y servicios inmobiliarios, como las actividades del sector servicios que más han incrementado su participación en el PIB entre los años 2000 y 2019, con 3,1 y 3,2%, respectivamente. Mientras que las actividades comerciales y los servicios a los hogares redujeron su participación en 2,4 y 1,6%, respectivamente.

Gráfico 10.
Evolución del PIB por sectores económicos.
En millones de guaraníes constantes de 2014



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Central del Paraguay (BCP).

Gráfico 11.
Evolución de la estructura del PIB por sectores económicos (%)



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Central del Paraguay (BCP).

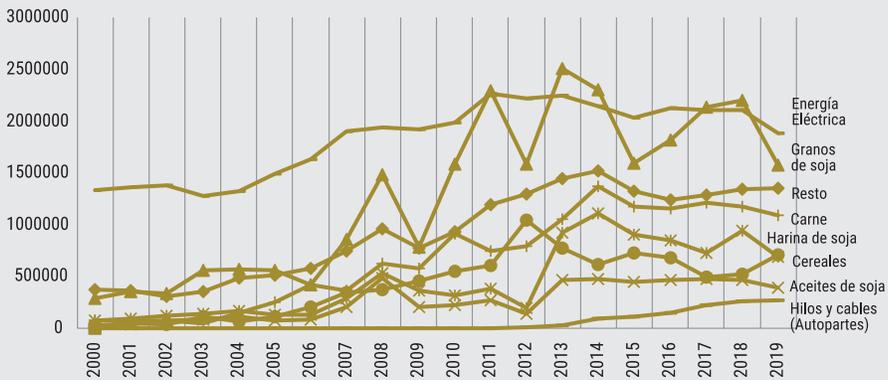
El crecimiento económico positivo que ha experimentado Paraguay en las últimas décadas no ha sido acompañado por cambios significativos en la estructura económica. La evolución de los principales productos de exportación durante la última década muestra una dinámica de crecimiento estática, con una baja diversificación y dominada principalmente por los productos de la agricultura.

Como señalan Borda y Caballero (2020), para generar desarrollo, el crecimiento económico deber ir acompañado de una transformación en la estructura productiva, en las instituciones y en la reducción de la pobreza y las desigualdades de ingreso. En este sentido, los autores indican que:

Con el agotamiento del superciclo de las materias primas se frenó la disminución de la pobreza y se estancaron los demás indicadores sociales del empleo y de la desigualdad. Aunque un poco más diversificado en la última parte del periodo de estudio, la concentración del crecimiento económico todavía tiene consecuencias adversas en la generación de empleo (Borda y Caballero, 2020, p. 179).

Además de la energía eléctrica, que lidera el valor de exportación en el año 2020 (Gráfico 12), los principales productos de exportación son los granos de soja, carne, harina de soja, cereales y aceite de soja. Ha ganado relevancia en los últimos seis años la exportación de hilos y cables (autopartes) entre los principales productos de exportación.

Gráfico 12.
Evolución de las exportaciones por principales productos.
En miles de dólares FOB



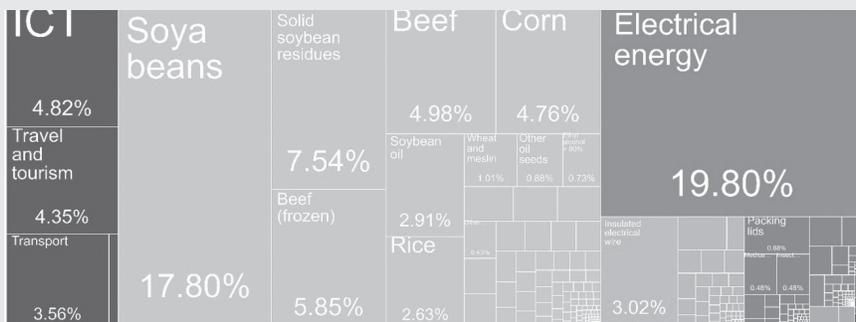
Fuente: elaboración propia con datos del Banco Central del Paraguay (BCP).

Reforzando la teoría de que la mayor diversificación favorece el crecimiento económico, Pineda (2020), muestra que, si bien se han incorporado nuevos productos de exportación en los últimos quince años, la diversificación ha sido limitada para contribuir con un crecimiento sustancial de los ingresos sin iniciar un proceso tradicional de transformación estructural.

El índice de complejidad económica (ICE)², sitúa a Paraguay en el puesto 85 de 133 economías en el año 2019. Un mayor índice refiere una mayor diversificación de los productos de exportación y mayor complejidad, esta complejidad se

2 EL ICE está basado en “*The Atlas of Economic Complexity*”, desarrollado por Ricardo Hausmann de la Universidad de Harvard y César A. Hidalgo del Instituto de Tecnología de Massachusetts (MIT).

Gráfico 14.
Composición de las exportaciones. Año 2019



Fuente: The Atlas of Economic Complexity (<https://atlas.cid.harvard.edu/>).

Los datos previos muestran que Paraguay no ha tenido transformaciones estructurales en la economía durante los últimos veinte años. A pesar del alto porcentaje del PIB generado en el sector servicios y de un incremento moderado en su participación dentro la estructura económica durante las últimas décadas, se observa una alta dependencia de las actividades vinculadas al sector primario. Las exportaciones de los productos agroindustriales dominan la canasta de exportaciones sin presentar cambios significativos entre los años 2000 y 2019.

De este modo, el crecimiento económico presenta una alta dependencia de un sector que se caracteriza por ser volátil y dependiente en gran medida de factores externos (precios internacionales de *commodities* y factores climáticos). Se requiere entonces, una mayor diversificación de las actividades económicas para impulsar un crecimiento sostenido de la economía. Para lograr este crecimiento económico y además un mayor grado de desarrollo se requiere mejorar los niveles de productividad.

Como se vio anteriormente, el ingreso per cápita en Paraguay se ha incrementado durante los últimos veinte años, pero aún permanece entre los más bajos de la región y dentro de una región de ingreso per cápita todavía muy por debajo de países desarrollados. La evidencia indica que el 80% de la brecha existente en el nivel de ingreso per cápita de América Latina y Estados Unidos, se debe al bajo nivel de la Productividad Total de los Factores (PTF). Esta PTF indica la eficien-

cia en la combinación del capital humano y el capital físico para producir bienes y servicios (OCDE/CAF/CEPAL/, 2018).

Hay una importante ventana de oportunidad en el bono demográfico y de género que no se está aprovechando. El modelo económico constató cambios escasos en las últimas décadas, generando pocas oportunidades económicas para una población que está afrontando transformaciones demográficas y sociales.

Como se verá más adelante, una de las restricciones que enfrenta la seguridad social contributiva para lograr su ampliación, es el escaso impacto del crecimiento en las condiciones sociales y económicas que permitirían una mayor inclusión en los regímenes vigentes.

● El mercado de trabajo

Participación en el mercado de trabajo

Durante los últimos veinte años no se observa un cambio sustancial dentro del mercado laboral en cuanto a la participación de la fuerza de trabajo (población ocupada + desocupada) y la población fuera de la fuerza de trabajo (población inactiva laboralmente) (Tabla 4). En términos generales, la fuerza de trabajo se incrementó de 69,1% en el año 2000 a 72,7% en el año 2019. Con respecto a los hombres se observa una participación que no presenta variaciones en el periodo mencionado. El cambio más significativo fue el aumento de la participación femenina pasando de 53,5% a 60,9% entre los años 2000 y 2019.

Tabla 4.
Población de 15 años y más edad según participación en el mercado de trabajo (%).
Periodo 2000 -2019

Tasa	Años				
	2000	2005	2010	2015	2019
<i>Dentro de la fuerza de trabajo</i>	69,1	70,7	69,2	69,4	72,7
Hombres	85,2	85,5	84,3	83,0	84,8
Mujeres	53,5	56,2	54,1	56,2	60,9

Tasa	Años				
	2000	2005	2010	2015	2019
<i>Fuera de la fuerza de trabajo (inactivos)</i>	30,9	29,3	30,8	30,6	27,3
Hombres	14,8	14,5	15,7	17,0	15,2
Mujeres	46,5	43,8	45,9	43,8	39,1

Fuente: elaboración propia con datos de las encuestas permanente de hogares (EPH, 2000, 2005, 2010, 2015) (DGEEC, 2019) y de la encuesta permanente de hogares continua (EPHC, 2019) (INE, 2021).

Esta tendencia de mayor participación laboral de las mujeres se evidencia como un cambio en el mercado de trabajo en América Latina varias décadas atrás (Gasparini y Marchionni, 2015).

Sin embargo, también debe notarse que la evolución de esta participación se desaceleró recientemente y su incorporación ha sido más lenta que en periodos anteriores. El desempeño económico y social en Paraguay fue insuficiente para mantener el ritmo de incorporación de las mujeres al mercado laboral y generar los incentivos suficientes y reducir los costos de oportunidad.

El desempleo y el subempleo

Además de la menor participación económica de las mujeres, se evidencian mayores tasas de desempleo y subempleo. Si bien el desempleo de las mujeres se redujo de 8,8% en el año 2000 a 7,7% en 2019, este nivel duplica el de los hombres (ver Tabla 5).

Esta heterogeneidad en las tasas de desempleo afecta también a la población según el área de residencia y los grupos etarios de la población a los que pertenecen. Mientras que en el área urbana el desempleo se redujo de 10,3% a 6,2% en los últimos veinte años, en el área rural se invierte esa tendencia con un incremento de 3,7% a 4,5% durante el mismo periodo.

Por grupos de edad, no se observan variaciones importantes en el periodo analizado; sin embargo, la tasa de desempleo juvenil (15 a 29 años) se ubica en torno al 10% y triplica al desempleo en adultos, que alcanza al 3% aproximadamente en 2019.

La tasa de subocupación³ no varió en el promedio general durante el periodo analizado, pero se verificó un aumento en el sector rural, manteniéndose más elevada para las mujeres, siendo prácticamente el doble con respecto a los hombres en el año 2019.

Tabla 5.
Indicadores de empleo (%)

Concepto	Años				
	2000	2005	2010	2015	2019
<i>Tasa Ocupación</i>	63,9	66,9	65,3	65,7	68,6
Hombres	79,6	81,7	80,5	79,0	81,3
Mujeres	48,8	52,3	50,0	52,8	56,2
<i>Tasa de Desempleo</i>	7,5	5,5	5,7	5,3	5,6
Hombres	6,6	4,5	4,5	4,8	4,1
Mujeres	8,8	6,9	7,5	6,0	7,7
Área Urbana	10,3	7,2	6,8	6,5	6,2
Área Rural	3,7	3,1	4,0	3,4	4,5
15 a 29 años	12,3	9,5	10,3	9,7	10,2
30 a 64 años	4,4	3,1	2,8	2,8	3,2
<i>Subempleo</i>	7,2	6,7	5,5	6,0	7,0
Hombres	4,4	4,1	2,9	4,2	5,3
Mujeres	11,6	10,6	9,4	8,7	9,3
Área Urbana	7,4	6,7	5,2	5,5	6,1
Área Rural	7,0	6,6	6,0	6,9	8,6
15 a 29 años	8,1	7,7	5,4	6,1	7,9
30 a 64 años	6,5	6,0	5,4	6,0	6,6

Fuente: elaboración propia con datos de las encuestas permanente de hogares (EPH, 2000, 2005, 2010, 2015) (DGEEC, 2019) y de la encuesta permanente de hogares continua (EPHC, 2019) (INE, 2021).

3 Subocupación: Se refiere a las personas ocupadas que trabajan menos de un total de 30 horas por semana en su ocupación principal, que desean trabajar más horas por semana y están disponibles para hacerlo.

La evolución del empleo muestra signos negativos en el sector rural, la persistencia de las brechas de género y la ausencia de mejoras significativas en las oportunidades para la juventud. Estos resultados tienen importantes efectos en la cobertura, equidad y sostenibilidad de la seguridad social contributiva.

Estructura del empleo

El mercado laboral paraguayo se caracteriza por tener una baja participación del sector primario⁴ y secundario⁵ en la generación del empleo. Hace 20 años, el sector primario empleaba a alrededor del 32% de la población ocupada, en cambio en el año 2019 sólo empleaba a una quinta parte de ella. El empleo en el sector primario presentó un aumento de menor del 1%.

El sector secundario muestra un aumento del empleo gracias a la incorporación de trabajadores al sector de la construcción; no obstante, en 2019 empleaba a menos del 20% de la población ocupada del país.

Por tanto, entre los años 2000 y 2019 se verificó una disminución de más de 12 puntos porcentuales del empleo en la agricultura, ganadería, caza y pesca, y un aumento en el sector secundario (construcciones) y terciario de la economía.

El sector primario se caracteriza por emplear mayormente a hombres en las áreas rurales, mientras que el sector terciario en gran medida a mujeres de las áreas urbanas del país.

Entre la población ocupada de 15 a 29 años, la tasa de empleo durante el periodo de estudio tuvo un crecimiento del 43,4%. Contrariamente a lo que sucedió en el sector agrícola de la población ocupada de 15 años y más, el empleo joven en la agricultura disminuyó 25,8%, y en contrapartida, el sector de la construcción tuvo un aumento del 226,4%. Esta caída podría ser consecuencia de la migración de los jóvenes rurales a las ciudades, y su posterior empleo en el sector de la construcción.

4 Sector primario: agricultura, ganadería, caza y pesca

5 Sector secundario: industrias manufactureras, electricidad, gas y agua, construcción

Tabla 6.
Evolución de la población ocupada por grupos de edades y rama de actividad. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2000-2019

Población ocupada de 15 y más						
Rama de actividad	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	63,3
Agricultura, ganadería, caza y pesca	31,9	32	25,4	19,9	19,7	0,8
Industrias manufactureras	11,6	9,7	11,1	12,3	10,9	54,0
Electricidad, gas y agua	0,5	0,7	0,6	0,6	0,4	48,2
Construcción	4,7	5,3	7,4	6,9	7,8	171,6
Comercio, restaurantes y hoteles	24,0	22,0	24,6	26,5	26,5	80,2
Transporte, almacén y comunicaciones	3,6	3,9	3,9	3,8	3,0	38,3
Finanzas, seguros, inmuebles	3,5	4,0	4,6	5,4	6,0	184,5
Servicios comunales, sociales y personales	20,3	22,3	22,3	24,7	25,5	105,6
Población ocupada de 15 a 29 años						
Rama de actividad	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	43,4
Agricultura, ganadería, caza y pesca	29,8	30,6	24,3	17,9	15,4	-25,9
Industrias manufactureras	11,5	9,6	11,6	13,3	11,8	46,5
Electricidad, gas y agua	0,3	0,2	0,4	0,4	0,3	48,2
Construcción	4,0	4,5	6,8	8,0	9,2	226,4
Comercio, restaurantes y hoteles	23,2	22,1	26,3	28,1	29,4	81,6
Transporte, almacén y comunicaciones	3,1	3,1	3,9	3,3	2,9	34,4
Finanzas, seguros, inmuebles	4,2	4,6	5,3	6,3	7,3	149,6
Servicios comunales, sociales y personales	23,8	25,3	21,4	22,6	23,6	42,1

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

Conforme a los cambios ocurridos con la evolución del empleo en las distintas ramas de la actividad económica, durante el periodo estudiado se constata un cambio en el orden de importancia relativa de las principales categorías ocupacionales. En el año 2000, la principal categoría ocupacional de los trabajadores paraguayos era el empleo por cuenta propia (38,8%), seguido de empleado privado (30,1%), familiar no remunerado (10,2%), empleo doméstico (7,5%), el empleo público (7,3%) y empleador/patrón (6,1%). De esta forma el empleo público ocupaba el quinto lugar en orden de importancia relativa. Sin embargo, 20 años después esto ha cambiado, los principales trabajadores se emplean principalmente en el sector privado de la economía (39,1%), seguido por los que trabajan por cuenta propia (30,6%), y, en tercer lugar, el empleo público (10,2%), seguido del empleo doméstico (7,6%), familiares no remunerados (7,2%) y empleador/patrón (5,3%).

El número total de personas ocupadas tanto en el empleo público como privado registra un incremento significativo. El empleo público tuvo un incremento de 2,9 puntos porcentuales, mientras que el empleo privado aumentó 9 puntos porcentuales en el mismo periodo. Este incremento en los grupos de empleo asalariado fue acompañado de una reducción del número de trabajadores por cuenta propia de 8,2 puntos porcentuales.

Al observar por rangos de edades se tiene que el empleo público aumentó para la población adulta, y disminuyó para los jóvenes. Asimismo, el empleo en el sector privado tuvo un aumento considerable, tanto para la población adulta (111,9%), como para la población joven (103,3%).

El empleo familiar no remunerado de los jóvenes disminuyó 29,1% en el periodo 2000-2019. Esta caída podría ser consecuencia de aquellos jóvenes rurales que dejaron la agricultura y fueron a las áreas urbanas a trabajar posiblemente en el sector de la construcción.

En cuanto al área geográfica, en 2019, en el área urbana predominan los empleados privados (45,3%) y en el área rural los trabajadores por cuenta propia (41,2%). Además, mientras en el área urbana los hombres en su mayoría se dedican al empleo privado (55,2%), en el área rural tanto hombres como mujeres son trabajadores por cuenta propia, 42,1% y 39,6% respectivamente. Cabe mencionar, además, la importancia del empleo familiar no remunerado para las mujeres en el área rural, es decir, el 22,5% de las mujeres rurales frente al 4,1% de las mujeres urbanas se dedican a ello.

El comportamiento del empleo juvenil muestra una dinámica muy diferente al del promedio nacional, dando cuenta de sus aspiraciones de autonomía económica y del aumento de las credenciales educativas. Sin embargo, la demanda de trabajo no acompañó esta evolución dados los niveles de desempleo y subempleo, así como su peso relativo en empleos precarios como los de construcción y trabajo doméstico. Llama la atención en particular el sector público.

Tabla 7.
Evolución de la población ocupada por grupos de edades y categoría de ocupación.
Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2000-2019

Población de 15 años y más						
Categoría de ocupación	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	63,3
Empleado público	7,3	8,0	9,3	11,4	10,2	125,9
Empleado privado	30,1	10,5	36	38,3	39,1	111,9
Empleador/patrón	6,1	4,9	5,3	4,8	5,3	43,3
Por cuenta propia	38,8	38,6	33,7	30,4	30,6	28,6
Familiar no remunerado	10,2	9,5	7,9	8,1	7,2	15,1
Empleado doméstico	7,5	7,9	7,7	7,0	7,6	66,3
Población de 15 a 29 años						
Categoría de ocupación	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	43,4
Empleado público	6,7	7,2	5,6	6,4	4,6	-1,3
Empleado privado	40,1	41,0	50,6	55,7	56,8	103,3
Empleador/patrón	2,2	1,3	1,3	1,2	1,8	21,2
Por cuenta propia	20,2	19,0	17,6	15,6	17,4	23,5
Familiar no remunerado	20,3	19,5	15,4	12,1	10,0	-29,1
Empleado doméstico	10,6	11,9	9,5	8,9	9,2	24,8

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

Una parte del aumento de la ocupación se dio en el sector público, principalmente por el incremento del empleo entre los profesionales científicos e intelectuales que ha generado más de 80.000 puestos de trabajos en el sector. Además, es una ocupación mayoritariamente con trabajo femenino. La tasa de crecimiento del empleo en las Fuerzas Armadas creció cinco veces más durante 20 años. En términos absolutos, incorporó a un poco más de 11.000 personas.

En cuanto a la población de 15 a 29 años, si bien la mayor tasa de crecimiento del empleo (180,6%) se dio entre los técnicos y profesionales de nivel medio, con la incorporación de alrededor de 70.000 personas, fueron los trabajadores de servicios, vendedores y los trabajadores no calificados los que incrementaron el empleo en más de 220.000. En contrapartida, la ocupación más afectada fue la de los agricultores, trabajadores agropecuarios y pesqueros que disminuyó en más de 80.000 personas empleadas entre 2000 y 2019.

Tabla 8.
Evolución de la población ocupada por grupos de edades y ocupación principal.
Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2000-2019

Población de 15 años y más						
Ocupación principal	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	63,3
Miembros Poder Ejecutivo, Legislativo/ Judicial, personal directivo	4,5	3,3	2,6	3,3	4,4	58,3
Profesión. científicos e intelectuales	4,6	6,2	5,6	7,8	7,3	161,9
Técnicos y profesionales de nivel medio	5,0	4,4	4,9	7,7	7,0	129,8
Empleados de oficina	3,7	4,5	6,6	5,2	5,1	123,1
Trabajadores de servicios y vendedores	15,1	15,3	17,3	20,2	19,1	107,3
Agricultores y trabajadores agropecua- rios y pesqueros	28,4	28,4	22,5	16,6	16,2	-6,6
Oficiales, operarios y artesanos	13,8	13,1	15,4	14,8	14,3	70,2
Operadores de instalaciones y máqui- nas y montadores	3,8	4,4	4,1	5,0	5,1	115,7
Trabajadores no calificados	21,1	20,2	20,8	19,0	21,0	62,3
Fuerzas armadas	0,1	0,1	0,2	0,3	0,4	520,6

Población de 15 a 29 años						
Ocupación Principal	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	43,4
Miembros Poder Ejec. Leg. Jud. personal directivo	1,5	0,9	1,0	1,7	2,6	144,6
Profesión. científicos e intelectuales	4,6	5,1	3,2	4	3,8	18,5
Técnicos y profesionales de nivel medio	4,9	5,3	5,2	9,3	9,6	180,6
Empleados de oficina	6,3	7,0	10,5	8,6	8	80,9
Trabajadores de servicios y vendedores	14,1	14,4	16,1	19,3	19,5	97,3
Agricultores y trabajadores agropecuarios y pesqueros	25,4	26,0	20,0	13,1	10,4	-41,3
Población de 15 a 29 años						
Ocupación Principal	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
Oficiales, operarios y artesanos	13,8	11,1	13,8	14,7	13,2	36,5
Operadores de instalaciones y máquinas y montadores	3,3	3,9	3,3	4,3	4,5	94,8
Trabajadores no calificados	26	26,4	26,6	24,7	28,1	54,8
Fuerzas armadas	*	*	*	*	*	*

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

Respecto al tamaño de la empresa para la cual trabaja, existe predominio en la ocupación de mano de obra en las micro, pequeñas y medianas empresas. La ocupación en grandes establecimientos es baja en el país, en 2019 empleaba al 10,2% de la población ocupada. En cambio, más del 60,0% de los trabajadores realizan sus actividades laborales en microempresas, es decir, aquellas que cuentan hasta con 10 empleados. Este tipo de empresas, en su conjunto, incorporaron casi 620.000 empleados en los últimos 20 años.

Las pequeñas y medianas empresas (11 a 50 trabajadores) ocupan al 13,3% de los trabajadores y han incorporado al mercado laboral más de 250.000 nuevos puestos de trabajo en el mismo periodo de tiempo; en tanto las grandes empresas han generado menos de 200.000 nuevos empleos.

Entre la población joven, de 15 a 29 años, la mayor tasa de crecimiento del empleo se dio en grandes establecimientos. Éstos tuvieron un crecimiento del 143,5%, impulsados por el sector privado que duplicó (60 mil) el empleo juvenil entre los años 2000 y 2019.

El empleo de las mujeres es 2,7 puntos porcentuales superior en las empresas unipersonales respecto a los hombres. En cuanto al área de residencia, más del 60% de la totalidad de las empresas se encuentran en las áreas urbanas del país. En las áreas rurales, el 79,4% de la población ocupada trabaja en microempresas, mientras que en las áreas urbanas éstas emplean al 55,7% de la mano de obra.

Tabla 9.
Evolución de la población ocupada por grupos de edades y tamaño de empresa. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2000-2019

Población de 15 años y más						
Tamaño de empresa	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	63,3
Solo	25,7	24,4	25,6	22,2	20,0	27,4
2 a 5 personas	41,7	42,2	35,0	35,0	35,5	39,1
6 a 10 personas	8,1	7,9	8,8	9,0	8,8	77,2
11 a 20 personas	5,2	5,2	6,2	6,8	6,3	98,7
21 a 50 personas	4,2	5,0	5,3	7,1	7,0	171,3
Más de 50 personas	7,1	6,8	9,2	8,1	10,2	133,5
Empleado doméstico	7,5	7,9	7,7	7,0	7,6	66,3
Población de 15 a 29 años						
Tamaño de empresa	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	43,4
Solo	14,3	12,5	15,4	12,3	14,0	40,0
2 a 5 personas	46,8	47,1	39,5	38,3	34,4	5,5
6 a 10 personas	10,9	9,7	11,4	11,6	11,7	53,3

Población de 15 a 29 años						
Tamaño de empresa	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
11 a 20 personas	6,1	6,8	6,7	7,3	6,7	57,2
21 a 50 personas	4,8	5,4	5,2	3,8	7,6	126,0
Más de 50 personas	6,0	6,0	9,5	12,0	10,2	143,5
Empleado doméstico	10,6	11,9	9,5	8,9	9,2	24,8

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

El trabajo de “solo”, en micro y pequeñas empresas o en el empleo doméstico, sigue siendo predominante, ocupando a más de la mitad de la población. Las mujeres predominan en las empresas unipersonales, y casi el 80% de las microempresas se encuentran en las áreas rurales del país.

Los ingresos laborales

El promedio de ingresos laborales⁶, proveniente de la ocupación principal, a nivel nacional es de Gs. 2.435.286, cifra ligeramente superior al salario mínimo (Gs. 2.192.839) en 2019. De acuerdo con el área de residencia y sexo de la población existen importantes brechas.

Los ingresos laborales más bajos los tienen las personas residentes en las áreas rurales, así como las mujeres y los jóvenes.

El salario laboral medio de los hombres es Gs. 2.665.414, salario que se encuentra por encima del promedio de ingresos laborales a nivel nacional y del salario mínimo. En cambio, el salario laboral medio de las mujeres está por debajo de ambos, Gs. 2.085.490, mostrando la brecha salarial existente entre hombres y mujeres. Asimismo, los jóvenes tienen ingresos laborales (Gs. 1.959.369) por debajo del salario laboral medio y del salario mínimo.

6 Promedio de ingresos laborales de la población ocupada de 15 años y más.

Tabla 10.
Evolución del promedio de ingreso laboral de la ocupación principal de la población ocupada de 15 años y más. En miles de guaraníes. Año 2019

Área de residencia	Promedio de Ingreso laboral de la ocupación principal				
	2000	2005	2010	2015	2019
Total país ^{1/}	2.187	1.949	2.197	2.632	2.435
Area Urbana	2.784	2.275	2.590	3.099	2.737
Area Rural	1.321	1.464	1.510	1.763	1.820

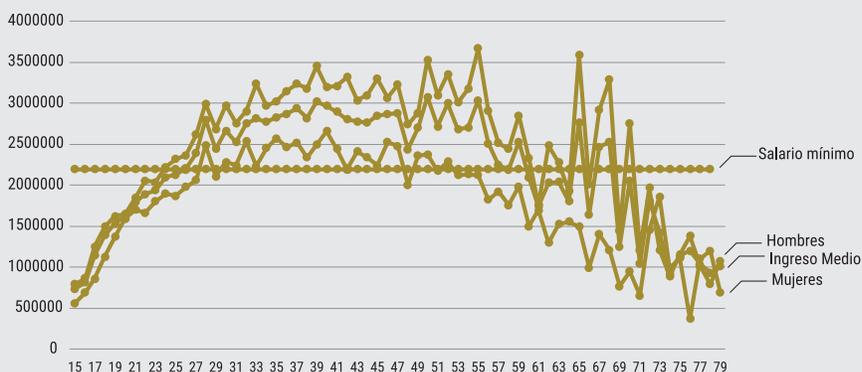
^{1/} No incluye los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay.

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

En promedio, en Paraguay una vez que las personas ingresan al mercado laboral, empiezan a ganar el salario mínimo aproximadamente a los 25 años de edad, y mantienen este salario hasta los 59 años aproximadamente. En caso de que una persona empezara a aportar a la caja de jubilación de IPS a dicha edad, puede llegar a alcanzar los 30 años de aporte, establecidos por el IPS, y jubilarse a los 60 años, siempre y cuando el periodo total de desempleo entre un trabajo y otro sea como máximo 48 meses durante todo su ciclo de vida laboral.

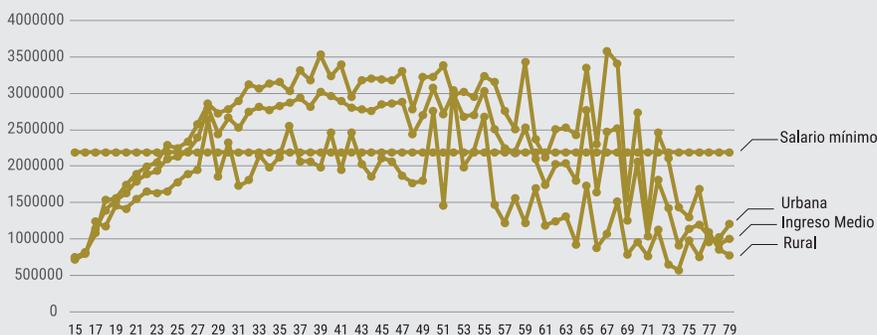
Al desagregarlos por sexo, se observa que los hombres alcanzan el salario mínimo a los 24 años, mientras que las mujeres a los 28 años aproximadamente. Al desagregarlos por área de residencia, la población ocupada alcanza el salario mínimo en el área urbana a los 26 años en promedio, y en el área rural a los 30 años. Luego pasan la mayor parte de su vida productiva sin alcanzar el salario mínimo.

Gráfico 15.
Ingreso laboral promedio de la ocupación principal por sexo de la población ocupada de 15 años y más. En guaraníes. Año 2019



Fuente: The Atlas of Economic Complexity (<https://atlas.cid.harvard.edu/>).

Gráfico 16.
Ingreso laboral promedio de la ocupación principal por área de residencia de la población ocupada de 15 años y más. En guaraníes. Año 2019



Fuente: The Atlas of Economic Complexity (<https://atlas.cid.harvard.edu/>).

De acuerdo con los datos proveídos por la EPHC 2019, el mayor nivel de ingresos laborales se da en el sector de la electricidad, gas y agua, tres veces supe-

rior al salario mínimo legal; seguido por el sector de transporte, almacenamiento y comunicación; y, en tercer lugar, se encuentra el sector financiero, seguros, e inmuebles.

En contrapartida, el menor nivel de ingreso laboral lo tienen los trabajadores del sector primario de la economía (Gs. 1.724.025), ingreso que se encuentra por debajo del salario mínimo legal. El ingreso laboral medio de todas las demás ramas de actividades económicas se encuentra por encima del salario mínimo.

Al desagregar por sexo, excepto en los sectores de la construcción y transporte, almacenamiento y comunicación, los hombres ganan más que las mujeres y por encima del salario laboral medio nacional. Al observar el salario laboral por área de residencia, en todas las ramas de la actividad económica el salario laboral urbano es mayor al rural.

Tabla 11.
Ingresos laborales promedios de la ocupación principal por sexo y área de residencia según rama de actividad de la población ocupada de 15 años y más. En guaraníes. Año 2019

Rama de Actividad	Ing. medio por activ. princ.	Urbana		Rural	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<i>Total</i>	2.435.652	3.045.185	2.337.773	2.024.883	1.382.678
Agricultura, ganadería, caza y pesca	1.724.025	3.344.492	1.279.885	1.755.084	776.634
Industrias manufactureras	2.362.395	2.727.209	2.061.916	2.233.873	1.168.223
Electricidad, gas y agua	6.756.159	7.943.502	6.653.675	*	*
Construcción	2.494.564	2.618.437	*	2.110.774	*
Comercio, restaurantes y hoteles	2.293.893	2.751.068	2.039.138	2.092.697	1.401.769
Transporte, almacén y comunicaciones	3.408.566	3.491.613	3.636.269	3.060.415	1.922.115
Finanzas, seguros, inmuebles	3.321.790	3.781.147	3.050.284	2.604.029	1.868.138
Servicios comunales, sociales y personales	2.545.114	3.340.817	2.391.204	2.416.226	1.698.087

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

En cuanto a la categoría ocupacional, trabajadores/as por cuenta propia, y empleados/as domésticos/as ganan por debajo del salario mínimo legal. Asimismo, los empleados/obreros privados tienen un promedio de ingreso de Gs. 2.435.286, ligeramente superior al salario promedio a nivel país.

Al analizar el salario laboral medio del sector público respecto al del sector privado, se constata que en el sector público es dos veces superior, además, en ambos sectores los hombres ganan más que las mujeres, y, es mayor en las áreas urbanas que en las rurales. El salario laboral medio, tanto en el trabajo por cuenta propia como en el trabajo doméstico, es menor al salario mínimo, tanto en hombres como en mujeres, y en áreas urbanas como rurales.

Tabla 12.
Ingresos laborales promedios de la ocupación principal por sexo y área de residencia según categoría de ocupación de la población ocupada de 15 años y más. En guaraníes. Año 2019

Categoría de ocupación	Ing. medio por activ. principal	Urbana		Rural	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	2.435.286	3.044.493	2.337.574	2.024.421	1.382.678
Empleado / obrero público	4.118.230	4.646.096	3.959.516	3.667.581	3.274.877
Empleado / obrero privado	2.475.311	2.669.536	2.501.573	2.123.674	1.844.177
Empleador o patrón	5.376.357	5.613.156	4.476.418	5.804.165	4.258.660
Trabajador por cuenta propia	1.506.967	2.177.166	1.503.070	1.304.338	791.044
Empleado doméstico	1.319.571	1.827.895	1.396.678	1.169.347	1.072.509

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

Los niveles de ingreso tienen una marcada variación al observarlos de acuerdo con la ocupación principal. Los trabajadores agropecuarios y pesqueros y los no calificados tienen los menores niveles de ingresos laborales en el país. Los mismos, más los trabajadores de servicios y vendedores de comercios, así como los oficiales, operarios y artesanos ganan por debajo del salario mínimo legal.

En el mismo sentido que en los anteriores análisis, los hombres tienen ingresos laborales superiores a los de las mujeres en todas las ocupaciones, y estos ingresos son mejores en el área urbana que en la rural.

Tabla 13.
Ingresos laborales promedios de la ocupación principal por sexo y área de residencia según ocupación principal de la población ocupada de 15 años y más. En guaraníes. Año 2019

Ocupación Principal	Ing. medio por activ. principal	Urbana		Rural	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<i>Total</i>	2.435.638	3.045.108	2.337.619	2.024.883	1.382.212
Miembros Poder Ejec. Leg. Jud. Pers. directivo	5.951.138	6.803.558	4.983.458	5.435.669	4.065.585
Profesión. científicos e intelectuales	4.322.323	5.324.180	4.140.659	3.431.325	3.281.579
Técnicos y profesionales de nivel medio	3.176.395	3.581.336	2.751.533	3.261.320	2.367.934
Empleados de oficina	2.454.576	2.570.114	2.391.679	2.425.389	2.208.453
Trabajadores de servicios y vendedores	2.110.690	2.868.572	1.767.029	2.436.328	1.294.809
Agricultores y trabajadores agrop. y pesqueros	1.742.905	2.718.344	605.117	1.902.606	759.479
Oficiales, operarios y artesanos	2.142.458	2.423.790	1.309.558	2.005.966	783.016
Operadores de instalación y máq. y montadores	2.818.598	2.937.818	1.835.208	2.714.353	*
Trabajadores no calificados	1.445.403	1.735.790	1.437.474	1.294.043	1.115.364
Fuerzas armadas	5.150.226	5.171.185	*	*	*

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

Asimismo, de acuerdo con el tamaño de la empresa en la que trabajan difieren los niveles de ingresos laborales. Las unipersonales tienen un ingreso laboral menor al salario mínimo. Las pequeñas empresas, aquellas que cuentan entre 2 y 5 empleados, y entre 6 y 10 empleados, tienen un promedio de ingresos laborales superior al salario mínimo (Gs. 2.295.299 y Gs. 3.037.587) respectivamente. Los mayores niveles de ingresos laborales se dan en las grandes empresas, que son aquellas con más de 50 empleados; sin embargo, el salario laboral medio no

alcanza aún dos salarios mínimos (entre Gs. 3.435.645 y Gs. 4.316.535). Es importante destacar que a medida que aumenta el tamaño de la empresa, aumentan los ingresos laborales medios.

Sin importar el tamaño de las empresas, el salario laboral medio de los hombres es superior al de las mujeres; de la misma manera se mantiene el comportamiento de las clasificaciones anteriores, en las cuales los ingresos laborales urbanos son mayores a los rurales.

Tabla 14.
Ingresos laborales promedios de la ocupación principal por sexo y área de residencia según tamaño de empresa de la población ocupada de 15 años y más. En guaraníes. Año 2019

Tamaño de empresa	Ing. medio por activ. principal	Urbana		Rural	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<i>Total</i>	2.435.670	3.043.889	2.336.359	2.024.421	1.382.678
Solo	1.430.398	2.102.822	1.369.379	979.784	716.718
2 a 5 personas	2.295.299	2.811.342	2.308.949	2.049.296	1.270.456
6 a 10 personas	3.037.587	3.368.415	2.667.635	2.887.544	2.368.506
11 a 20 personas	3.155.179	3.387.814	3.178.168	2.627.884	2.804.143
21 a 30 personas	3.231.033	3.507.559	3.161.228	2.763.264	2.769.039
31 a 50 personas	3.213.373	3.648.992	2.951.415	2.719.134	2.534.295
51 a 100 personas	3.435.645	3.516.265	3.512.329	3.298.772	2.754.200
101 a 500 personas	3.671.801	3.882.489	3.697.188	3.044.109	2.809.848
Más de 500 personas	4.316.535	4.732.542	4.169.659	2.959.637	3.166.894

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

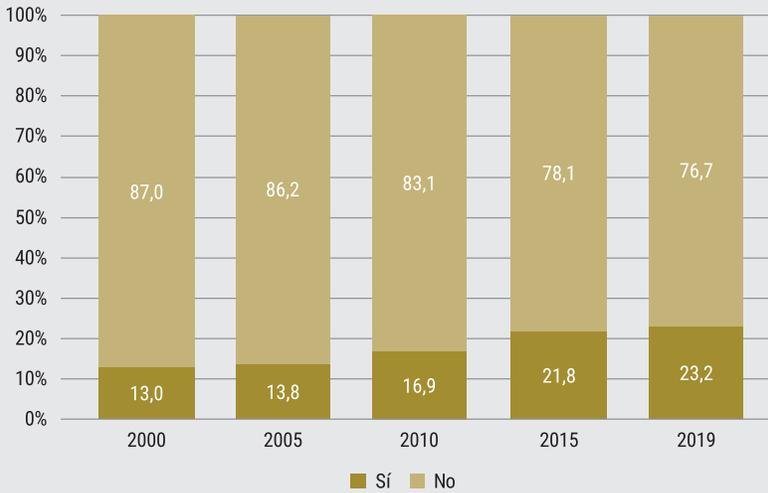
Aportantes a una caja de jubilación

Características demográficas de la población aportante

El Gráfico 17 muestra la distribución según aportantes a una caja de jubilación. Como puede observarse, el acceso a una caja de jubilación por parte de la

población ocupada⁷ es muy limitado. En 2019 la cobertura llega al 23,2% del total de ocupados; si se considera solo el trabajo asalariado, la proporción se eleva al 45,9%. Con respecto al total de personas adultas, solo el 10,5% aporta a algún régimen jubilatorio.

Gráfico 17.
Evolución de aportantes a una caja de jubilación (%)

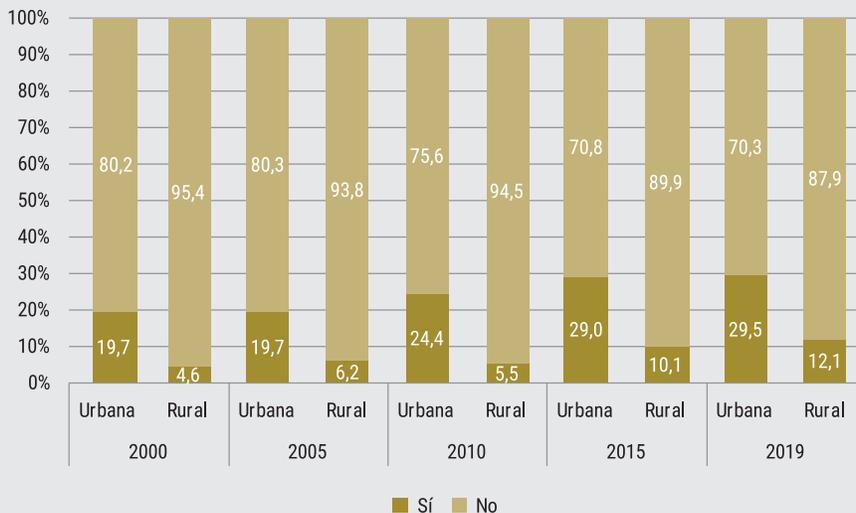


Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

A pesar de la mejora en el acceso que se observa durante el periodo de análisis, prevalece una gran disparidad según el área de residencia. En 2019, mientras que para el área urbana el aporte a jubilación cubría al 29,5% de los trabajadores, en el área rural este porcentaje se ubicaba en 12,1% de los trabajadores rurales (Gráfico 18).

7 Se considera la población ocupada con 15 años y más de edad.

Gráfico 18.
Evolución de aportantes a una caja de jubilación según área de residencia (%)



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

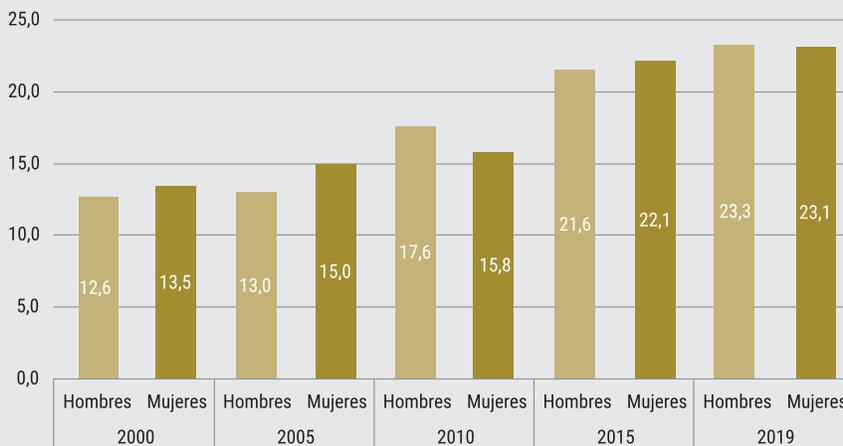
Por otro lado, según el sexo de los aportantes no se observan diferencias significativas entre ambos grupos. En el año 2000 se registraba un 12,6% de aportantes hombres y 13,5% de aportantes mujeres, mientras que para el año 2019 el porcentaje aportantes cubría al 23,3% y 23,1% respectivamente.

Al clasificar a la población ocupada según rango de edad se identifican diferencias importantes en términos de acceso a cajas de jubilación. En el año 2019, el 26,9% del grupo de personas ocupadas con edades comprendidas entre 30 y 59 años accedía a una caja de jubilación. Para la población joven (15 a 29 años) el porcentaje se reducía al 21,3% de los trabajadores. Finalmente, en el grupo de trabajadores de 60 años y más de edad solamente accede a una caja de jubilación el 6,9%.

Esto muestra el elevado nivel de vulnerabilidad al que queda expuesta la persona mayor que, a pesar de encontrarse próxima o en edad de retiro, aún permanece inserta en el mercado de trabajo, bajo condiciones informales en

términos de acceso a seguridad social. En este mismo grupo etario es donde menos se ha extendido la afiliación, pasando de 4,8% en el año 2000 a 6,9% en el año 2019.

Gráfico 19.
Evolución de aportantes a una caja de jubilación según sexo (%).



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

Tabla 15.
Aportantes a una caja de jubilación según grupo de edad (%). Periodo 2000 - 2019

Rango de edad	Año				
	2000	2005	2010	2015	2019
<i>Total</i>	13,0	13,8	16,9	21,8	23,2
15 a 29 años	10,7	9,9	13,4	17,6	21,3
30 a 59 años	15,9	17,7	20,6	26,6	26,9
60 años y más	4,8	5,7	7,1	6,8	6,9

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

En la Tabla 16 puede observarse la distribución de los aportantes según caja de jubilación. En promedio, aproximadamente el 60% del personal ocupado aporta a la caja de jubilaciones del Instituto de Previsión Social (IPS), mientras que cerca del 30% realiza sus aportes a las Cajas Fiscales (sector público) y en menor medida lo realizan en las Cajas Bancaria, Municipal y privadas. El incremento de aportantes a una caja de jubilación que se registró entre los años 2010 y 2019, se debe en gran medida a la mayor cantidad de aportantes al IPS, que durante ese periodo se incrementó de 58,9% a 65,8%, como porcentaje del total de aportantes. Debe notarse que, dentro de la composición de aportantes a IPS, en el año 2019, el 92,7% son ocupados en el sector privado, en tanto que el 7,3% corresponden a trabajadores del sector público.

Tabla 16.
Aportantes según caja de jubilación. Periodo 2010 – 2019

Categoría	Año					
	2010		2015		2019	
<i>Total</i>	453.516	100	667.688	100	793.917	100,0
IPS	261.095	57,6	393.183	58,9	522.530	65,8
<i>Público</i>	17.669	6,8	30.120	7,7	38.146	7,3
<i>Privado</i>	243.426	93,2	363.063	92,3	484.384	92,7
Cajas Fiscales	173.683	38,3	244.023	36,5	245.340	30,9
Caja Bancaria	*	-	10.210	1,5	*	-
Caja Municipal	*	-	9.514	1,4	*	-
Caja Privada	*	-	*	-	*	-
Otra	*	-	*	-	*	-

*Indica insuficiencia muestral, menos de 30 casos en la muestra.

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

La clasificación de la población según deciles de ingreso per cápita⁸, muestra una disparidad en el acceso a seguridad social por parte de la población ocupada.

8 Deciles de ingreso según el ingreso per cápita del hogar. Calculado como la suma de los ingresos de todos los miembros del hogar dividida por el número de miembros del hogar.

En general, durante el periodo analizado, el porcentaje de aportantes en los dos deciles de menor ingreso muestran una cobertura prácticamente nula. Por otro lado, recién a partir del séptimo decil el porcentaje de aportantes se encuentra por encima del promedio de aportantes en el año 2019 y en el decil de ingresos más rico la cobertura alcanza al 42% de la población ocupada. Estas cifras muestran el elevado nivel de precariedad laboral de los trabajadores de menor ingreso, con empleos informales y excluidos de la posibilidad de jubilación y acceso a las prestaciones médicas y económicas.

Tabla 17.
Aportantes según decil de ingresos (%). Periodo 2000 - 2019

Año	Deciles de ingresos per cápita de los hogares										
	Total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2000	13,2	0,0	0,5	1,4	4,5	6,0	8,8	15,1	17,8	24,8	30,8
2005	14,0	0,7	0,7	2,4	5,4	6,3	13,5	12,9	19,4	26,6	31,4
2010	17,2	0,5	1,1	5,2	8,3	9,4	16,2	17,2	24,7	33,5	30,2
2015	22,0	0,4	4,3	5,5	11,1	15,6	19,2	22,9	32,8	37,5	40,5
2019	23,2	0,1	3,9	7,5	14,0	16,9	20,6	25,5	33,2	38,3	41,6

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

Características de empleo de la población aportante

En este apartado se describe el grado de alcance del aporte a cajas de jubilación, según las principales características de los trabajadores ocupados: rama de actividad económica a la que se dedican, categoría de ocupación, ocupación principal, y según el tamaño de empresa en la cual trabajan.

El tipo de actividad económica que realizan las personas ocupadas resulta determinante para comprender las barreras que puedan existir para lograr el acceso a la cobertura de seguridad social. La agricultura, ganadería, caza y pesca (4,1%), y de la construcción (6,3%) son los sectores en donde se registra una menor co-

bertura de seguridad social de la población ocupada en el año 2019, seguidos por el comercio, restaurantes y hoteles (19,8%). En contraste, el sector de la electricidad, gas y agua (82,9%) es la rama de la actividad económica con mejores niveles de población ocupada aportante.

Los sectores de finanzas, seguros, inmuebles, comercio, restaurantes y hoteles y agricultura, ganadería, caza y pesca (264,3%) son los que presentaron mayores tasas de crecimiento de la población que aporta a jubilación. Sin embargo, a pesar de la alta tasa de crecimiento de la población que aporta en el sector agrícola, en 20 años sólo incorporó a un poco más de 20.000 aportantes a la seguridad social.

En todas las ramas económicas los hombres aportan en mayor proporción, excepto en la rama de servicios comunales, sociales y personales, donde se concentran las mujeres, por su rol en los servicios de salud, educación pública y en el trabajo doméstico. Los primeros dos servicios aportan mayoritariamente a la seguridad social, a través de las Cajas fiscales.

Tabla 18.
Evolución de la población ocupada de 15 años y más que aporta a jubilación por rama de actividad. Tasas de participación relativa y crecimiento.
Periodo 2000-2019. (%)

Rama de actividad	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
<i>Total</i>	13,0	13,8	16,9	21,8	23,2	191,8
Agricultura, ganadería, caza y pesca	1,1	*	*	1,6	4,1	264,3
Industrias manufactureras	17,6	17,6	22,0	26,2	30,3	164,8
Electricidad, gas y agua	65,6	77,3	66,5	74,9	*	*
Construcción	*	*	*	8,7	6,3	*
Comercio, restaurantes y hoteles	8,7	6,7	12,8	15,9	19,8	309,4
Transporte, almacén y comunicaciones	31,0	24,8	30,8	36,8	37,5	67,4
Finanzas, seguros, inmuebles	24,8	23,7	34,2	33,5	36,5	319
Servicios comunales, sociales y personas	29,9	34,1	34,7	39,8	37,8	160,2

* Insuficiencia de casos

Fuente: elaboración propia con datos de las encuestas permanente de hogares (EPH, 2000, 2005, 2010, 2015) y de la encuesta permanente de hogares continua (EPHC, 2019) del INE.

La clasificación de los trabajadores de acuerdo con su categoría de ocupación indica que, en 2019, el mayor grado de aporte a una caja de jubilación lo realizan los trabajadores del sector público (85,4%), seguidos por los trabajadores del sector privado (36%), y una muy baja proporción de trabajadores por cuenta propia, empleador/patrón y empleados domésticos. Sin embargo, aunque sigue siendo insignificante la cantidad de trabajadores domésticos que realiza aportes, se aprecia una cobertura y evolución favorable para el 5% de los trabajadores domésticos dedicados a esta actividad en 2019. De esta forma, las categorías pertenecientes a empleadores, trabajadores por cuenta propia y trabajadores familiares no remunerados, quedan prácticamente excluidos del sistema previsional.

Con relación al periodo de tiempo considerado (2000-2019), se observa un incremento significativo en las tasas de crecimiento de los aportes, principalmente dentro de la categoría de trabajadores del sector privado (237,9%), seguido por los empleados del sector público (137,2%).

No se debe perder de vista la relevancia que tiene dentro de la estructura ocupacional, la actividad de los trabajadores asalariados (Empleados/obreros privados + empleo doméstico) que en conjunto representan el 46,7% de la población ocupada y sólo un tercio de este segmento realiza aportes a seguridad social. También se debe tener presente la implicancia de la exclusión de trabajadores cuentapropistas dentro del régimen de seguridad social, ya que representan 30,6% de la población ocupada del país.

Al discriminar por sexo, en el sector público son las mujeres las que aportan en mayor proporción, en contrapartida al sector privado, donde los hombres son los mayores aportantes.

Tabla 19.
Evolución de la población ocupada de 15 años y más que aporta a jubilación por categoría de ocupación. Tasas de participación relativa y crecimiento. Periodo 2000-2019. (%)

Categoría de ocupación	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
<i>Total</i>	13,0	13,8	16,9	21,8	23,2	191,8
Empleado / obrero público	81,3	82,8	81,0	82,9	85,4	137,2

Categoría de ocupación	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
Empleado / obrero privado	22,6	18,9	26,0	31,5	36,0	237,9
Empleador/patrón	*	*	*	*	*	*
Por cuenta propia	*	*	*	*	*	*
Familiares no remunerados	0,0	*	*	*	0,0	*
Empleado doméstico	*	*	*	*	5,0	*

* Insuficiencia de casos

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

En el año 2019, las ocupaciones que tienen un mayor grado de aportantes son las Fuerzas Armadas (100%), profesionales científicos e intelectuales (66,6%) y los miembros de los poderes Ejecutivo, Legislativo, Judicial, así como otros directivos (53,9%). En el otro extremo, las ocupaciones que menores oportunidades de afiliación a seguridad social ofrecen a los trabajadores, son las vinculadas al sector primario (1,4%), los oficiales, operarios y artesanos (11,7%) y los trabajadores no calificados (14,8%), confirmando de esta forma que los trabajadores menos calificados son aquellos que tienen menores oportunidades de aportar.

Las ocupaciones con mayores tasas de crecimiento del número de aportantes, entre los años 2000 y 2019, fueron aquellas vinculadas a ocupaciones menos calificadas; oficiales, operarios y artesanos (271,7%), operadores de instalaciones, máquinas y montadores (213,7%), y, los trabajadores de servicios y vendedores de comercios y mercados (212,2%).

Al desagregar por sexo, la mayoría de los aportantes son hombres, excepto los profesionales científicos e intelectuales y los empleados de oficinas en las cuales predominan las mujeres. Así también como en las ramas de actividades y las categorías de ocupación, los trabajadores que aportan a la jubilación residen principalmente en el área urbana.

Tabla 20.
Evolución de la población ocupada de 15 años y más que aporta a jubilación por ocupación principal. Tasas de participación relativa y crecimiento.
Periodo 2000-2019. (%)

Ocupación principal	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
<i>Total</i>	13,0	13,8	16,9	21,8	23,2	191,8
Miembros Poder Ejec., Leg. Jud. personal directivo	31,6	40,2	38,1	41,6	53,9	170,0
Profesión. científicos e intelectuales	64,8	71,4	65,3	70,4	66,6	169,2
Técnicos y profesionales de nivel medio	38,5	31,6	33,5	47,0	43,4	158,8
Empleados de oficina	43,6	43,7	49,5	46,0	55,3	183,1
Trabajadores de servicios y vendedores	9,9	8,6	14,8	15,9	14,9	212,2
Agricultores y trabajadores agropecuarios y pesqueros	0,4	*	*	*	*	*
Oficiales, operarios y artesanos	5,3	8,8	8,9	10,8	11,7	271,7
Operadores de instalaciones y máquinas y montadores	28,9	19,6	35,7	38,6	42,0	213,7
Trabajadores no calificados	7,2	5,1	7,6	8,5	13,5	203,6
Fuerzas armadas	*	*	*	100	*	*

* Insuficiencia de casos

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

En la Tabla 21 se muestra la relevancia que tiene el tamaño de la empresa, para ofrecer oportunidades de afiliación a cajas de jubilación. Mientras mayor es la cantidad de personas ocupadas en una empresa, mayor es el porcentaje de trabajadores afiliados.

En las empresas unipersonales el porcentaje de trabajadores aportantes es menor al 1%; para empresas que ocupan entre 2 y 5 trabajadores el porcentaje cubierto llega a 4,2%, y en el extremo opuesto, las empresas con más de 50 personas ocupadas, el porcentaje de trabajadores afiliados alcanza al 78,4% de los mismos.

Cabe destacar que la evolución del mayor grado de trabajadores afiliados es explicada principalmente por el incremento que se registra dentro de las empresas de mayor tamaño, pasando de 66,1% de personal ocupado afiliado en el año 2000 a 78,4% en 2019. Lo que representa una tasa de crecimiento de 251,6% de la población ocupada, es decir, más de 240.000 personas ingresaron a la seguridad social a través de los grandes establecimientos, ya sean públicos o privados.

Tal como los análisis anteriores, la mayor cantidad de aportantes dentro de las empresas son los hombres y trabajadores del área urbana.

Tabla 21.
Evolución de la población ocupada de 15 años y más que aporta a jubilación por tamaño de empresa. Tasas de participación relativa y crecimiento.
Periodo 2000-2019. (%)

Tamaño de empresa	2000	2005	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2000/19
Total	13,0	13,8	16,9	21,8	23,2	191,8
Solo	*	*	*	*	*	*
2 a 5 personas	3,6	4,4	4,6	6,8	4,2	65,1
6 a 10 personas	24	27	25,5	34	31,1	129,8
11 a 20 personas	45,7	47,4	42,9	51,3	53,4	132,4
21 a 50 personas	52	43,9	56,7	53,5	64,2	79,6
Más de 50 personas	66,1	69,9	67,8	71	75,5	251,6

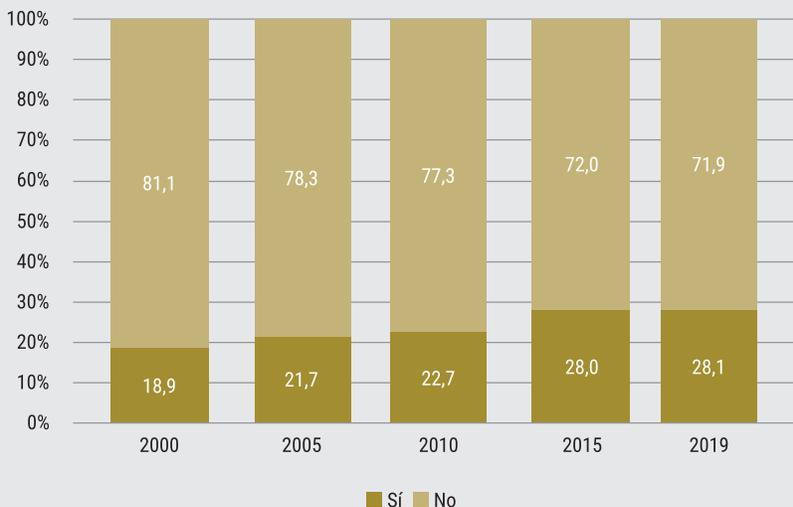
* Insuficiencia de casos

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

Características generales del total de la población por acceso a un seguro médico

El acceso a seguro médico por parte de la población total muestra una evolución muy limitada durante el periodo considerado, con un incremento menor a 10 puntos porcentuales de cobertura entre los años 2000 y 2019. Es decir, el acceso a un seguro médico de la población pasó de 18,9% a 28,1%, durante el periodo mencionado. Además, se observa un estancamiento en el acceso a seguro médico durante el último quinquenio, permaneciendo en torno al 28% de la población.

Gráfico 20.
Evolución de acceso a seguro médico (%)

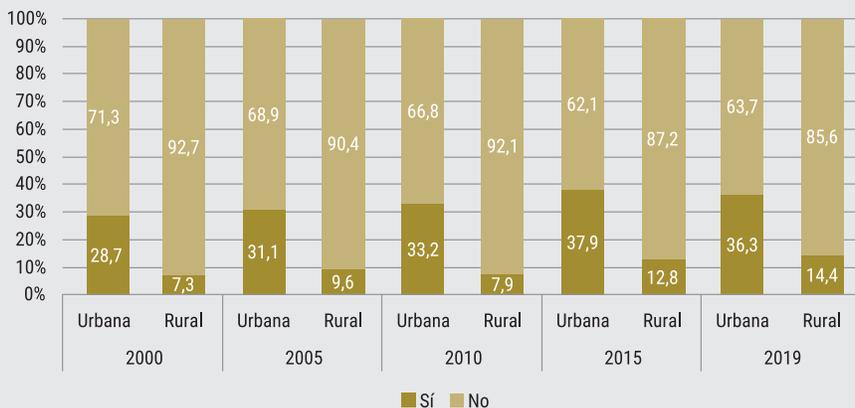


Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

Al mismo tiempo se observan importantes heterogeneidades. En el año 2019 solamente el 14,4% de la población del área rural poseía un seguro médico, mientras que para el área urbana la cobertura alcanza al 36,3% de la población. Si bien se observa un incremento en el acceso durante los últimos veinte años, aún es mínima la cobertura en el área rural. (Ver Gráfico 21)

Teniendo en cuenta el rango etario de la población total, se observa que en el año 2019 sólo el 23,1% de la población joven, entre 15 y 29 años, cuenta con seguro médico; mientras que el 35% de la población con 60 años y más, cuenta con este seguro. En general se observa, en términos absolutos, un mayor acceso a seguro médico para la población entre los 30 y 59 años de edad, una tendencia observada durante todo el periodo considerado.

Gráfico 21.
Evolución de acceso a seguro médico según área de residencia (%).



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

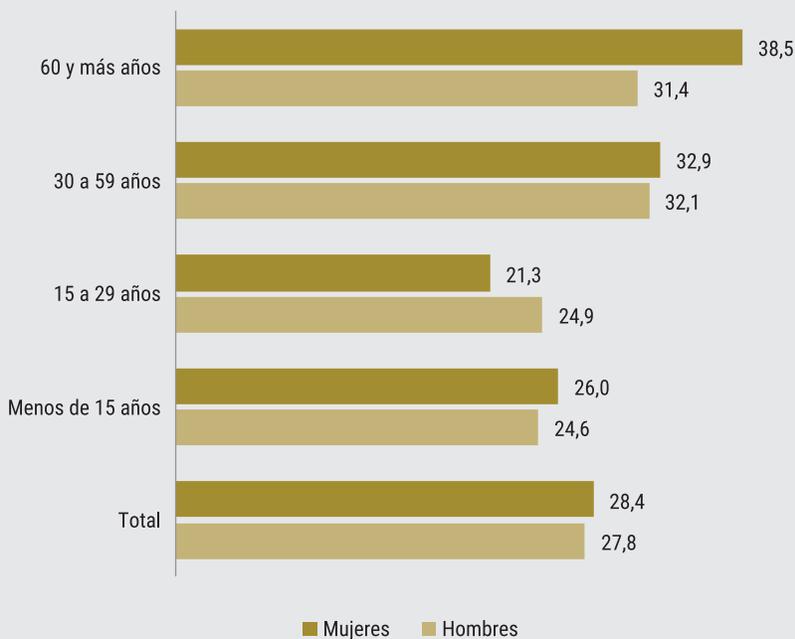
Tabla 22.
Acceso a seguro médico según rango de edad (%). Periodo 2000 - 2019

Año	Rango de edad				
	Total	Menos de 15 años	15 a 29 años	30 a 59 años	60 y más años
2000	18,9	16,1	16,9	21,6	29,5
2005	21,7	20,1	17,1	24,8	32,4
2010	22,7	19,9	17,9	26,6	36,2
2015	28,0	25,9	21,6	33,0	38,2
2019	28,1	26,5	23,1	32,5	35,0

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

El acceso a seguro médico en el año 2019 por sexo, según el rango de edades, muestra en general un porcentaje mayor para las mujeres, a excepción del grupo de edad de 15 a 29. Se destaca la diferencia registrada para la población de 60 y más años, donde el 38,5% de las mujeres posee seguro médico contra el 31,4% de los hombres.

Gráfico 22.
Acceso a seguro médico según rango de edad y sexo (%). Año 2019



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

El aumento en el acceso de la población está principalmente explicado por el incremento de la cobertura de IPS, que casi se duplica durante los últimos veinte años, pasando de 10,9% a 19,9% durante el mismo periodo. En el año 2019, el 5% de la población declara contar con seguro médico privado individual o familiar, mientras que el 1,1% posee seguro privado laboral y el 2% restante otro tipo de seguro médico (policial, militar, etc.). Entretanto, el 71,9% de la población no cuenta con ningún tipo de seguro médico.

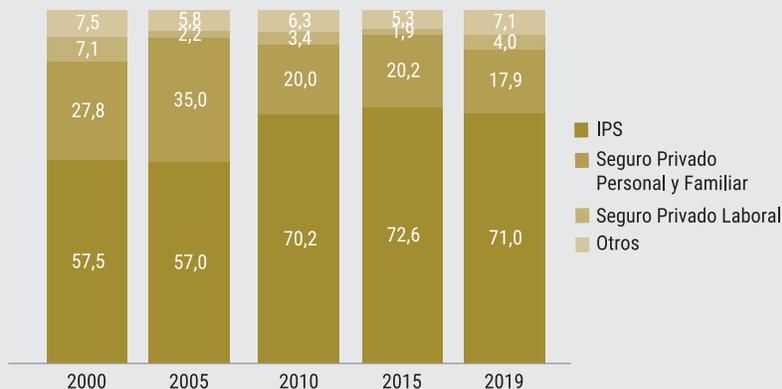
Tabla 23.
Acceso a seguro médico según tipo de seguro (%). Periodo 2000 - 2019

Categoría	Año				
	2000	2005	2010	2015	2019
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
IPS	10,9	12,3	15,9	20,4	19,9
Seguro privado individual o familiar	5,3	7,6	4,6	5,7	5,0
Seguro privado laboral	1,3	0,5	0,8	0,5	1,1
Otro	1,4	1,3	1,4	1,5	2,0
No tiene	81,1	78,3	77,3	72,0	71,9

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

El Gráfico 23 permite observar el tipo de seguro de quienes señalan tener seguro médico. En 2019, el 71% de los asegurados accede a servicios de salud por medio de la afiliación al IPS, el 17,9% a través de seguros privados individuales o familiares, 4% tiene seguros privados laborales y el 7,1% restante otros tipos de seguro médico.

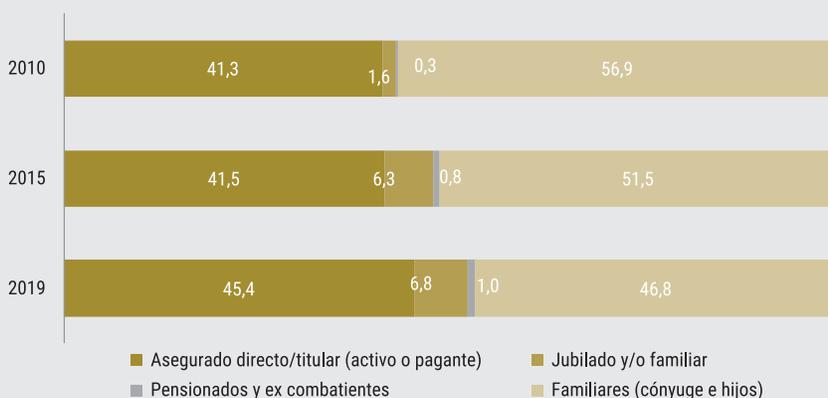
Gráfico 23.
Distribución de la población según tipo de seguro médico (%)



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

El acceso a los servicios médicos del Instituto de Previsión Social (IPS) puede ser por la titularidad de la afiliación (directa), o como familiar beneficiario (indirecta). No se observan diferencias significativas durante los años considerados en la distribución del acceso. Sin embargo, se destaca el elevado porcentaje de población que accede como familiar, que representa el 46,8% para el año 2019, mientras que el 45,4% accede a los servicios siendo asegurado directo o titular del seguro. El elevado acceso de los familiares a los servicios médicos del IPS, pone de manifiesto la relevancia que tiene para la población contar con un miembro de la familia como titular del seguro, otorgando de esta manera protección y asistencia para el núcleo familiar.

Gráfico 24.
Tipos de acceso a la cobertura de IPS (%)



Fuente: elaboración propia con datos de las encuestas permanente de hogares (EPH) 2010, 2015) y de la encuesta permanente de hogares continua (EPHC, 2019) del INE.

El acceso a los servicios médicos de IPS muestra diferencias importantes por sexo. Para el año 2019, el 52,8% de los hombres tenía acceso siendo asegurado titular, mientras que en el caso de las mujeres este porcentaje llegaba al 37,9%. Los hombres que acceden como familiares de una persona asegurada representan el 40,7% y las mujeres que acceden por este medio representan el 52,9%.

Tabla 24.
Tipos de acceso a la cobertura de IPS según sexo (%). Periodo 2010-2019

Categoría	2010		2015		2019	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Asegurado directo/titular (activo o pagante)	51,7	31,2	47,6	35,5	52,8	37,9
Jubilado y/o familiar	1,5	1,7	5,3	7,3	6,2	7,5
Pensionados y ex combatientes	0,3	0,3	0,2	1,3	0,2	1,7
Familiares (cónyuge e hijos)	46,5	66,8	46,9	55,9	40,7	52,9

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

Características de empleo de la población ocupada con acceso a seguro médico

Este apartado muestra las principales características de empleo para la población ocupada, de 15 años y más de edad, según el acceso a seguro médico, entre el año 2000 y 2019. Al igual que en los datos observados, para el total de la población se registra aproximadamente 10 puntos porcentuales más de población ocupada, con acceso a seguro médico durante dicho periodo. Sin embargo, en el lapso de los últimos cinco años el incremento ha sido mínimo, de 30,9% en 2015 a 31,8% en 2019.

Por otro lado, las diferencias entre la población ocupada, según el área de residencia, se amplían con relación al acceso observado en el total de la población. Los datos del año 2019 muestran que el 40,1% de los ocupados del área urbana acceden a un seguro médico, mientras que en el área rural accede el 17,1%. En promedio, se observa un porcentaje mayor para las mujeres ocupadas, tanto para el área urbana como rural.

Tabla 25.
Acceso de la población ocupada a seguro médico según área de residencia y sexo (%).
Periodo 2000 - 2019

Año	Área de residencia								
	Total			Urbana			Rural		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
2000	20,7	18,4	24,2	30,7	29,6	32,0	8,2	7,1	10,6
2005	23,1	20,1	27,8	32,8	30,6	35,6	10,6	9,0	14,0
2010	25,8	23,1	30,1	36,5	34,0	39,8	9,7	9,1	10,9
2015	30,9	28,2	34,7	40,8	38,9	43,3	14,7	13,2	17,4
2019	31,8	30,2	34,0	40,1	38,6	42,0	17,2	17,1	17,5

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

La clasificación por ramas de actividad económica muestra que las actividades relacionadas al sector primario y a la construcción se encuentran, en el año 2019, con las menores coberturas del servicio, con 11,3% y 12,7%, respectivamente. Se trata de sectores que se caracterizan por el alto nivel de informalidad laboral, alta vulnerabilidad en términos de ingresos constantes, debido a la fluctuación estacional de sus ocupaciones y mayor exposición al riesgo laboral.

Tabla 26.
Acceso a seguro médico de la población ocupada según rama de actividad económica (%).
Periodo 2000 - 2019

Categoría	Año				
	2000	2005	2010	2015	2019
<i>Total</i>	20,7	23,1	25,8	30,9	31,8
Agricultura, ganadería, caza y pesca	5,8	6,8	5,3	8,7	11,3
Industrias manufactureras	25,9	28,0	31,1	35,1	38,9
Electricidad, gas y agua	74,1	83,8	68,8	76,0	90,6

Categoría	Año				
	2000	2005	2010	2015	2019
Construcción	7,4	9,1	6,6	13,4	12,7
Comercio, restaurantes y hoteles	20,1	21,2	27,0	27,2	32,1
Transporte, almacén. y comunicaciones	36,6	37,0	42,9	45,9	44,4
Finanzas, seguros, inmuebles	51,1	51,8	53,2	52,9	58,1
Servicios comunales, sociales y personales	35,6	40,2	41,6	47,3	41,4

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

En el año 2019, en el sector público el 78,5% de la población ocupada accedía a un seguro médico, mientras que en el sector de los obreros y empleados privados sólo accedía el 43,0%. Por otra parte, las categorías de ocupación en las cuales los trabajadores tienen menor acceso a un seguro médico son, trabajadores familiares no remunerados (8,3%), los empleados domésticos (11,8%) y los trabajadores por cuenta propia (12,5%).

Tabla 27.
Acceso a seguro médico según categoría de ocupación (%). Periodo 2000 - 2019

Categoría	Año				
	2000	2005	2010	2015	2019
<i>Total</i>	20,7	23,1	25,8	30,9	31,8
Empleado/obrero público	68,5	76,5	75,2	79,7	78,5
Empleado/obrero privado	34,4	33,6	33,7	39,2	43,0
Empleador o patrón	27,3	34,6	23,6	31,0	31,3
Trabajador por cuenta propia	8,5	10,7	11,7	12,8	12,5
Trabajador familiar no remunerado	4,3	4,0	5,3	6,5	8,3
Empleado Doméstico	7,9	7,0	13,0	12,6	11,8

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

Por otro lado, el acceso a seguro médico según la ocupación principal muestra un ingreso limitado en el año 2019 para los trabajadores en ocupaciones vinculadas al sector primario, los trabajadores no calificados, y, oficiales, operarios y artesanos, donde la población ocupada con seguro médico representa el 9,2%, 17,7% y 19%, respectivamente. En tanto que las ocupaciones con mejor cobertura de seguro corresponden a profesionales, científicos y técnicos (77,4%), miembros de los poderes del Estado y directivos (74,4%) y empleados de oficina (57%). Cabe mencionar que la cobertura del seguro médico abarca al 100% de los ocupados en las Fuerzas Armadas.

Finalmente se debe destacar que en comparación al año 2015, se registra un menor porcentaje de acceso a seguro médico para los profesionales científicos e intelectuales, y para técnicos y profesionales de nivel medio, mostrando de este modo un retroceso en la evolución favorable que registraba en los quinquenios anteriores al 2015.

Tabla 28.
Acceso a seguro médico según ocupación principal (%). Periodo 2000 - 2019

Categoría	Año				
	2000	2005	2010	2015	2019
<i>Total</i>	20,7	23,1	25,8	30,9	31,8
Miembros P. Ejec. Leg. Judicial y Personal Direct.	56,7	67,8	64,0	64,8	74,4
Profesionales científicos e intelectuales	76,2	81,6	81,0	81,4	77,4
Técnicos y profesionales de nivel medio	49,8	49,5	42,4	56,3	54,7
Empleados de oficina	52,5	55,0	57,1	53,3	57,0
Trabaj. de servicios y vend. de comercios y merc.	21,0	24,0	29,3	28,5	28,3
Agricultores y trabajadores agropecuarios y pesqueros	5,2	6,5	5,0	9,4	9,2
Oficiales, operarios y artesanos	12,4	17,7	16,3	18,1	19,0
Operadores de instalac. y máquinas y montadores	30,8	30,2	41,1	43,9	46,8

Categoría	Año				
	2000	2005	2010	2015	2019
Trabajadores no calificados	12,1	9,4	15,1	14,6	17,7
Fuerzas armadas	100,0	95,3	97,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

Nuevamente el tamaño de empresa en la cual desempeñan su labor los trabajadores resulta un determinante esencial para el acceso a servicios médicos. En la Tabla 29 se observa que en los grandes establecimientos se ha incrementado, en mayor medida, el acceso a seguro médico por parte de los trabajadores, entre los años 2000 y 2019, 67,6% y 79,3% respectivamente. En cambio, en el año 2019, los trabajadores unipersonales (13,5%) y las pequeñas empresas con dos a cinco trabajadores (14,7%), han tenido los menores porcentajes de acceso a seguro médico. Mientras que en las empresas que tienen entre once o más trabajadores, al menos el 50% de ellos acceden a un seguro médico.

Tabla 29.
Acceso a seguro médico según tamaño de empresa (%). Periodo 2000 - 2019

Categoría	Año				
	2000	2005	2010	2015	2019
<i>Total</i>	20,7	23,1	25,8	30,9	31,8
Solo	10,2	12,1	12,0	13,7	13,5
2 a 5 personas	11,3	12,8	13,2	16,3	14,7
6 a 10 personas	30,3	34,4	34,3	41,3	38,7
11 a 20 personas	52,2	56,2	49,2	57,3	58,9
21 a 50 personas	59,5	61,8	63,6	64,6	71,9
Más de 50 personas	67,6	77,0	70,2	76,6	79,3

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

En el caso particular del IPS -que es el instituto que concentra una mayor proporción de población ocupada con acceso a seguro médico- entre los años 2000 y 2019 se observa una tendencia al alza de la cantidad de trabajadores incorporados como titulares. Es decir, un poco más de 267.000 trabajadores. Tres sectores incorporaron a cerca de 200.000 trabajadores/as en el periodo: comercio, restaurantes y hoteles (95.000), servicios comunales (54.000) e industrias (48.000).

A pesar de ello, continúa baja la cobertura en el comercio, restaurantes y hoteles. Dado su peso en el empleo, sobre todo de jóvenes, esta rama debería ser objeto de atención de la política de formalización. Al respecto, el grupo etario juvenil (15 a 29 años) presenta un crecimiento de 95,3%, incorporando un poco más de 100.000 jóvenes al seguro. Los principales sectores que acompañaron dicho crecimiento fueron el sector de comercio y restaurantes, e industrias con el ingreso de alrededor de 80.000 nuevos jóvenes aportantes.

Tabla 30.

Evolución del acceso a seguro médico de la población ocupada titulares de IPS por rango de edades y rama de actividad. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2010-2019

Población ocupada de 15 años y más				
Rama de Actividad	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2010/19
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	68,8
Agricultura, ganadería, caza y pesca	2,6	1,9	4,5	184,1
Industrias manufactureras	16,7	17,7	17,3	75,1
Electricidad, gas y agua	2,6	1,9	*	*
Construcción	1,2	2,9	2,7	275,2
Comercio, restaurantes y hoteles	22,2	22,8	27,8	110,8
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	8,1	6,8	5,4	12,0
Finanzas, seguros, inmuebles	9,5	8,1	10,5	86,3
Servicios comunales, sociales y personales	36,8	37,9	30,1	37,9

Población ocupada de 15 a 29 años				
Rama de actividad	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2010/19
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	95,3
Agricultura, ganadería, caza y pesca	2,7	2,2	4,3	*
Industrias manufactureras	18,6	21,1	22,4	135,3
Electricidad, gas y agua	1,0	1,1	0,9	*
Construcción	1,3	3,9	2,2	*
Comercio, restaurantes y hoteles	33,0	36,2	39,9	135,7
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	9,5	7,6	5,7	17,2
Finanzas, seguros, inmuebles	13,2	9,9	11,5	69,3
Servicios comunales, sociales y personales	20,6	18,0	13,0	23,1

*Insuficiencia de casos

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

La población titular de IPS en 2019 se encuentra principalmente ocupada en el sector privado de la economía (71,9%), seguido del empleo público (23,9%), y en una proporción muy pequeña, en el empleo doméstico (2,0%).

Entre 2010 y 2019 se observa un crecimiento de los titulares en el seguro médico de IPS de 68,8%, siendo el sector privado el de mayor crecimiento con el 96,3%. La incorporación de funcionarios públicos también contribuyó con el aumento de un poco más de 37.000 personas. Por otra parte, el empleo doméstico con acceso al seguro médico incorporó a más de 2.000 personas entre 2010 y 2019.

Para la población joven este crecimiento se dio en el mismo sentido, el sector privado incorporó más de 102.000 nuevos jóvenes como titulares de seguro médico; en cambio el sector público sólo vinculó un poco más de 3.000.

Tabla 31.
Evolución del acceso a seguro médico de la población ocupada titulares de IPS por rango de edades y categoría ocupacional. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2010-2019

Población ocupada de 15 años y más				
Categoría ocupacional	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2010/19
<i>Total</i>	100	100	100	68,8
Empleado / obrero público	30,8	31,9	23,9	31,2
Empleado / obrero privado	61,9	63,5	71,9	96,3
Empleador o patrón	1,3	1,0	*	*
Trabajador por cuenta propia	3,0	1,0	*	*
Empleado doméstico	2,8	2,6	2,0	20,3
Población ocupada de 15 a 29 años				
Categoría ocupacional	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2010/19
<i>Total</i>	100	100	100,0	95,3
Empleado / obrero público	13,4	11,5	8,3	21,0
Empleado / obrero privado	84,6	86,0	89,5	106,7
Empleador o patrón	*	*	*	*
Trabajador por cuenta propia	*	*	*	*
Empleado doméstico	*	*	*	*

* Insuficiencia de casos

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

El acceso a seguro médico por parte de la población ocupada que aporta a IPS, según la ocupación principal muestra, en el año 2019, un bajo porcentaje de acceso de aquellas personas que se dedican al sector primario (1,3%), los oficiales, operarios y artesanos (8,7%), y, los miembros del Poder Ejecutivo, Legislativo, Judicial y Personal Directivo (9,9%). En tanto brindan mejor cobertura de seguro a ocupaciones que corresponden a profesionales, científicos y técnicos (22,9%), trabajadores no calificados (13,7%), y, trabajadores de servicios y vendedores de comercios y mercaderías (11,7%).

Las mayores tasas de crecimiento en el acceso a seguro médico de IPS, entre 2010 y 2019, se dio en la población ocupada como miembros del Poder Ejecutivo, Legislativo, Judicial y personal directivo con un crecimiento del 209,2% y en la de Técnicos y profesionales de nivel medio con 112,8%; en términos absolutos fueron los profesionales científicos e intelectuales los que se incorporaron en mayor cantidad al seguro de IPS (58.000), de ellos 41.000 fueron incorporados a través del sector público. Asimismo, los miembros del Poder Ejecutivo, Legislativo, Judicial y personal directivo, y, los trabajadores no calificados ingresaron en conjunto algo más de 85.000 trabajadores.

Entre la población joven, trabajadores no calificados (26.000), técnicos y profesionales de nivel medio (23.000) y profesionales científicos e intelectuales (11.000) son las ocupaciones más importantes en la incorporación al seguro médico de IPS.

Un punto para destacar es que el 68% de los profesionales científicos e intelectuales y el 57,1% de los empleados de oficina, con acceso a seguro médico a través de IPS, son mujeres. Asimismo, más del 70% de las personas con acceso a seguro médico a través de IPS residen en las áreas urbanas en todas las ocupaciones, excepto los trabajadores agrícolas, agropecuarios y pesqueros.

Tabla 32.

Evolución del acceso a seguro médico de la población ocupada titulares de IPS por rango de edades y ocupación principal. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2010-2019

Población ocupada de 15 años y más				
Ocupación Principal	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2010/19
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	68,8
Miembros Poder Ejec. Leg. Jud. personal directivo	5,4	6,6	9,9	209,2
Profesión. científicos e intelectuales	22,8	25,8	22,4	65,8
Técnicos y profesionales de nivel medio	8,8	14,2	11,2	112,8
Empleados de oficina	16	9,4	10,8	14,2
Trabajadores de servicios y vendedores	13,6	13,5	11,7	45,3

Agricultores y trabajadores agropecuarios y pesqueros	1,9	1,4	*	*
Oficiales, operarios y artesanos	9,3	8,7	8,7	58
Operadores de instalaciones y máquinas y montadores	9,5	10	10,2	80,5
Trabajadores no calificados	12,6	10,5	13,7	83,6
Población ocupada de 15 a 29 años				
Ocupación principal	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2010/19
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>95,3</i>
Miembros Poder Ejec. Leg. Jud. personal directivo	*	5,3	6,8	*
Profesión. científicos e intelectuales	9,7	11,2	10,0	100,6
Técnicos y profesionales de nivel medio	10,6	17,8	15,9	193,5
Empleados de oficina	27,2	17,7	18,0	29,3
Trabajadores de servicios y vendedores	19,3	17,1	12,7	28,5
Agricultores y trabajadores agropecuarios y pesqueros	*	0,6	0,4	*
Oficiales, operarios y artesanos	*	7,2	8,6	131,5
Operadores de instalaciones y máquinas y montadores	9,1	9,3	9,2	97,1
Trabajadores no calificados	12,7	13,8	18,1	178,7

* Insuficiencia de casos

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

La mayor tasa de crecimiento de la población ocupada de 15 años y más, que accede al seguro médico de IPS, se dio en establecimientos con más de 50 empleados. Es decir, entre 2010 y 2019 hubo un crecimiento de 65,9% en el acceso de los trabajadores al seguro médico de IPS, que representan más de 80mil personas titulares.

En la mayoría de los tipos de empresas, salvo en las de 21 a 30 personas empleadas, más del 50% de los trabajadores/as con acceso a seguro médico de IPS son hombres, y en todas ellas más del 60% reside en el área urbana.

Tabla 33.
Evolución del acceso a seguro médico de la población ocupada titulares de IPS por rango de edades y tamaño de empresa. Tasas de participación relativa y crecimiento (%). Periodo 2010-2019

Población ocupada de 15 a 29 años				
Tamaño de empresa	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2010/19
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	68,8
Solo	2,5	1,0	*	*
2 a 5 personas	10,9	11,9	6,6	2,7
6 a 10 personas	13,6	14,3	12,7	57
11 a 20 personas	16,3	16,0	15,4	59,8
21 a 50 personas	16,5	18,7	20,8	13,7
Más de 50 personas	31,4	24,1	30,8	118
Población ocupada de 15 a 29 años				
Tamaño de empresa	2010	2015	2019	Tasa de crec. 2010/19
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	95,3
Solo	0,6	0,5	*	*
2 a 5 personas	9,6	14,9	4,7	-4,2
6 a 10 personas	14,1	13,2	14,1	94,9
11 a 20 personas	13,6	10,8	12,1	73,9
21 a 50 personas	13,8	17,4	19,8	179,2
Más de 50 personas	40,3	27,2	33,2	60,9

* Insuficiencia de casos

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2010, 2015 (DGEEC, 2020) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2019 (INE, 2021).

La generación de empleos de calidad está determinada por dos factores principales: la estructura económica y el marco legal-institucional. A largo plazo también importan las condiciones demográficas, porque determinan la evolución de tasa de dependencia y su contribución al financiamiento del ciclo de vida.

Este capítulo describió las características más importantes del modelo económico y del mercado laboral, desde los enfoques de género y ciclo de vida a la luz de la transición demográfica. El objetivo fue contextualizar los retos que enfrenta la seguridad social contributiva y sus objetivos de integración al sistema de protección social bajo los principios de universalidad y solidaridad.

Durante los últimos 20 años, la estructura económica verificó pocos cambios considerando la participación relativa de los sectores productivos en el producto interno bruto y de los bienes y servicios en la matriz exportadora.

El crecimiento fue sumamente volátil debido a una fuerte dependencia de factores exógenos como el clima y el mercado externo; pero verificó altos niveles de crecimiento promedio. Así, Paraguay se ubicó como país de ingreso medio alto en la región, resultado que contrasta con el estancamiento del ingreso laboral promedio, la persistencia de altos niveles de pobreza sobre todo en el sector rural, de precariedad laboral y de baja cobertura de la seguridad social.

Este modelo centrado en la producción y exportación de bienes primarios – *commodities*– y energía no solo no generó empleos en el sector primario, sino que expulsó población, especialmente a jóvenes. El sector industrial redujo su peso relativo durante el periodo mientras que aumentó el peso de las construcciones. El sector terciario muestra una estructura dual y polarizada en la que se combinan, por un lado, una alta proporción de empleos precarios y de bajos ingresos ocupados principalmente por jóvenes y mujeres y, por otro lado, pocos empleos formales y de ingresos altos. El sector terciario tiene baja cobertura de seguridad social en el sector privado, pero alta en el sector público.

El sector primario se caracteriza por una mínima cobertura de seguridad social, mientras que la industria está más formalizada en tal sentido, pero con un bajo peso en el producto y en el empleo.

El elevado porcentaje de ocupación en empleos por cuenta propia, trabajo doméstico y trabajo familiar no remunerado, generaron un amplio porcentaje de trabajadores/as con ingresos bajos y volátiles, y con casi nulas oportunidades de contar con seguridad social.

El crecimiento de los empleos con cobertura de seguridad social fue lento y permanece bajo hasta la actualidad. Si se toma como parámetro el acceso a un ingreso en el retiro laboral, en 2019 solo el 23,2% de la población ocupada cotizaba en alguno de los regímenes de jubilación existentes en el país, menos de la mitad de los asalariados cuenta con este derecho.

A ello hay que agregarle a quienes están fuera de la fuerza laboral, en su mayoría mujeres que realizan trabajo no remunerado, y que también tienen derecho a contar con ingresos en la vejez. Si se consideran todas las personas en edad de trabajar, solo el 10,5% de la población cotiza, lo que da una idea de la vida que le espera a la mayoría de la población en su vejez: ausencia de autonomía económica, dependencia, riesgo de pobreza y baja calidad de vida.

De igual manera, el pilar de salud de la seguridad social contributiva muestra problemas dada la reducida cobertura del seguro médico del IPS en la población trabajadora debido a que la creación de empleos no se produjo en los sectores que cuentan con un marco legal institucional que garantice la disponibilidad y asequibilidad de la seguridad social.

Dado que el contrato social estructura la seguridad social teniendo como principio la solidaridad, la estructura demográfica cumple un rol determinante. Durante el periodo de baja tasa de dependencia, el bono demográfico tiene la oportunidad sentar bases sólidas y duraderas para la sostenibilidad a largo plazo del sistema contributivo ya que un amplio número de jóvenes puede aportar, mientras que las personas adultas que reciben las prestaciones tienen bajo peso relativo.

Las proyecciones indican que el bono demográfico se acabará en la década de los 40, justo cuando todos los fondos de la seguridad social se agotan si no hay cambios sustantivos en el sistema de manera a lograr universalidad, integralidad y eficiencia, manteniendo la solidaridad como principio. A esta alerta se agrega la carga de la deuda, cuya presión adquirirá niveles máximos en dicha década.

En el caso de las mujeres también se abre la oportunidad de su incorporación al sistema de manera autónoma en la medida en que ellas consigan trabajos de buena calidad. Ellas tienen como principal restricción la sobrecarga de trabajo no remunerado realizado en los hogares. La combinación de altos costos económicos y de oportunidad del trabajo remunerado, con bajos ingresos laborales,

obstaculizan la inclusión económica de las mujeres, así como su incorporación a la seguridad social.

En definitiva, el crecimiento económico no fue acompañado por el crecimiento de puestos de trabajo con seguridad social y con ingresos laborales que garantizaran una vida digna. Mujeres y jóvenes quedaron atrás, situación que se agudiza en el sector rural a pesar de ser el sector agropecuario uno de los impulsores del crecimiento. La seguridad social contributiva presenta un fuerte sesgo urbano, con una mayor cobertura en trabajadores de ingresos más altos y de mayor educación. Las mujeres se beneficiaron con la expansión del trabajo en el sector público, sector formalizado en términos de la seguridad social.

3

MARCO NORMATIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL CONTRIBUTIVA

La seguridad social contributiva en Paraguay tiene dos pilares principales: salud e ingresos. En ambos casos hay un fuerte componente no contributivo que se profundizará en el apartado siguiente y que no se limita solo a quienes no tienen acceso a los instrumentos contributivos. Es decir, los recursos que provienen del Tesoro (impuestos) también financian a quienes están en el IPS o en las Cajas fiscales, por ello la relevancia de incorporar ese aspecto al analizar a la seguridad social contributiva.

La estructura actual muestra una diversidad de intervenciones con coberturas de riesgos, prestaciones y modalidades de financiamiento diferenciadas, que contribuyen a profundizar desigualdades.

El derecho a la seguridad social está establecido en la Carta Internacional de Derechos Humanos que expresa en su artículo 22 que:

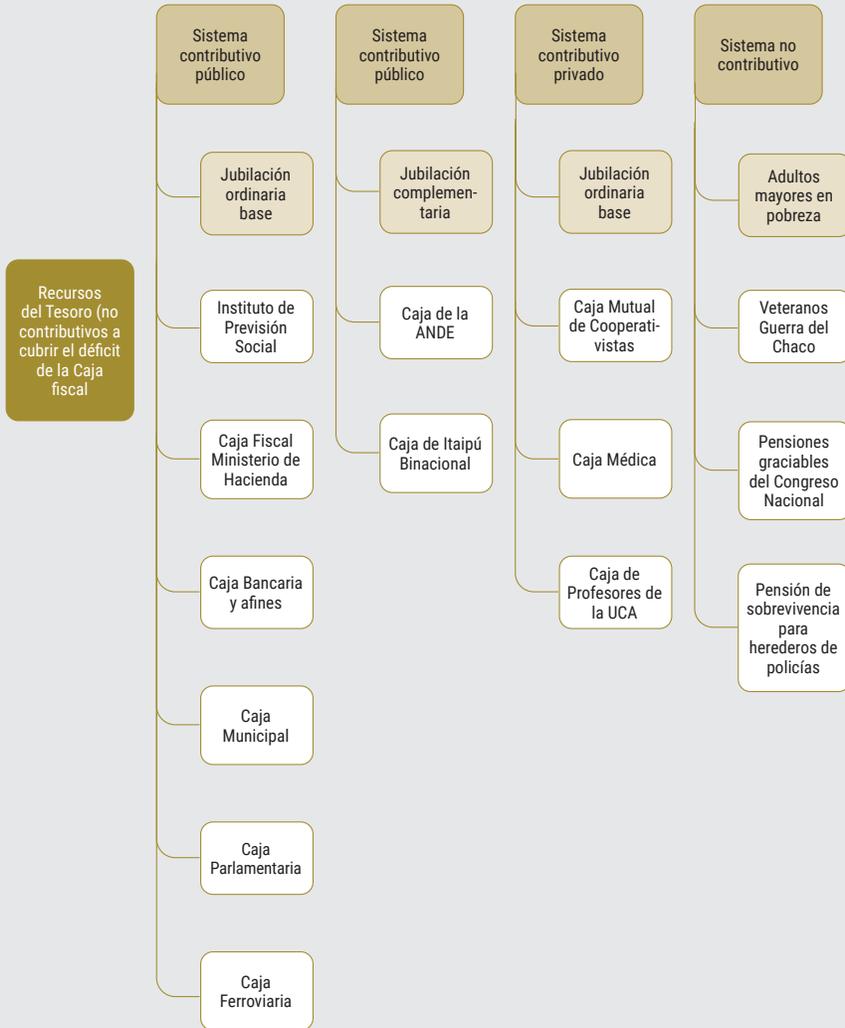
Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad” (Asamblea General de la ONU, 1948).

El sistema de salud de Paraguay se considera un sistema mixto o híbrido, financiado por el gobierno vía impuestos y provisión de los servicios a través de un sistema universal de salud (modelo Beveridge), utilizando a la par un sistema de

aseguramiento en salud (modelo Bismarck, con financiamiento vía cotizaciones obligatorias) (Gaete, 2017). De esta manera la atención de la salud cuenta con tres subsectores: público financiado con impuestos, seguro médico público financiado con contribuciones de trabajadores y empleadores (IPS) y el privado. Adicionalmente cuenta con recursos públicos dirigidos a financiar el aseguramiento de parte del servicio civil a través de la contratación directa de seguros privados de salud o de la transferencia de ingresos a funcionarios para que ellos utilicen como parte del gasto de bolsillo en prepagos.

El sistema previsional de ingresos se estructura en dos pilares: el contributivo (IPS y Cajas fiscales) y el no contributivo (Gráfico 1). El pilar contributivo está conformado por una diversidad de regímenes y mecanismos regulados por múltiples normas que configuran un esquema fragmentado y segmentado que contribuye a la desigualdad. El sector no contributivo del Estado cuenta con varios programas a cargo de la Dirección de Pensiones No Contributivas del Ministerio de Hacienda: pensiones a veteranos de la Guerra del Chaco, herederos de veteranos de la Guerra del Chaco, pensiones graciabiles concedidas por el Congreso de la Nación, herederos de Policías y Militares fallecidos en acto de servicio y la pensión alimentaria a adultos mayores (Ley N° 3.728/09).

Gráfico 1.
Estructura actual del pilar de ingresos de la seguridad social contributiva en Paraguay



Fuente: Montt, Schmidlin y Recalde, 2021

En esta sección se presentan las principales características del sistema previsional –salud e ingresos- y se describen los segmentos de la población que están cubiertos por el seguro social y aquellos que quedan excluidos.

● Marco Normativo del Sistema de Salud

En 1936, con el fin de la etapa liberal y de la Guerra del Chaco, se creó el Ministerio de Salud Pública, mediante la promulgación del Decreto - Ley N° 2000 (primero Ministerio de Salud, luego Ministerio de Salud Pública y Previsión Social hasta la vigencia del Decreto-Ley núm. 1860/1950 y posteriormente modificado para incluir el Bienestar Social); mientras que, por Decreto - Ley N° 2001 del mismo año, quedaron establecidas la organización y las funciones de la nueva Secretaría de Estado.

Por otra parte, en el año 1980 se promulga la Ley N° 836/80 “Código Sanitario”, a partir de la cual se regulan las funciones del Estado en el cuidado integral de la salud y de los derechos y las obligaciones de las personas en la materia (art. 1). En su artículo 3° establece: “El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social”. En el artículo 5° dispone que “la política nacional de salud y bienestar social será establecida, periódicamente, por el Poder Ejecutivo”; y en el artículo 7° que: “Los planes, programas y actividades de salud y bienestar social, a cargo de las instituciones públicas y privadas, serán aprobados y controlados por el Ministerio, que debe orientarlos de acuerdo con la política de salud y bienestar social de la Nación”.

Resulta interesante dar lectura al Art. 8° de la Ley N° 836/80, donde se declara qué es la salud en los términos del presente Código: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Ello, en consonancia con la Declaración de Alma Ata que expuso que por salud se debe entender “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad...”. La definió también como un “derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante (...) cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (OMS, 1978).

En este sentido, la Constitución establece en su Art. 68 que “el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad”. Asimismo, en su Artículo 69 dispone la promoción de un Sistema Nacional de Salud (SNS), ejecutor de acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, coordinación y complementación de programas y recursos del sector público y privado.

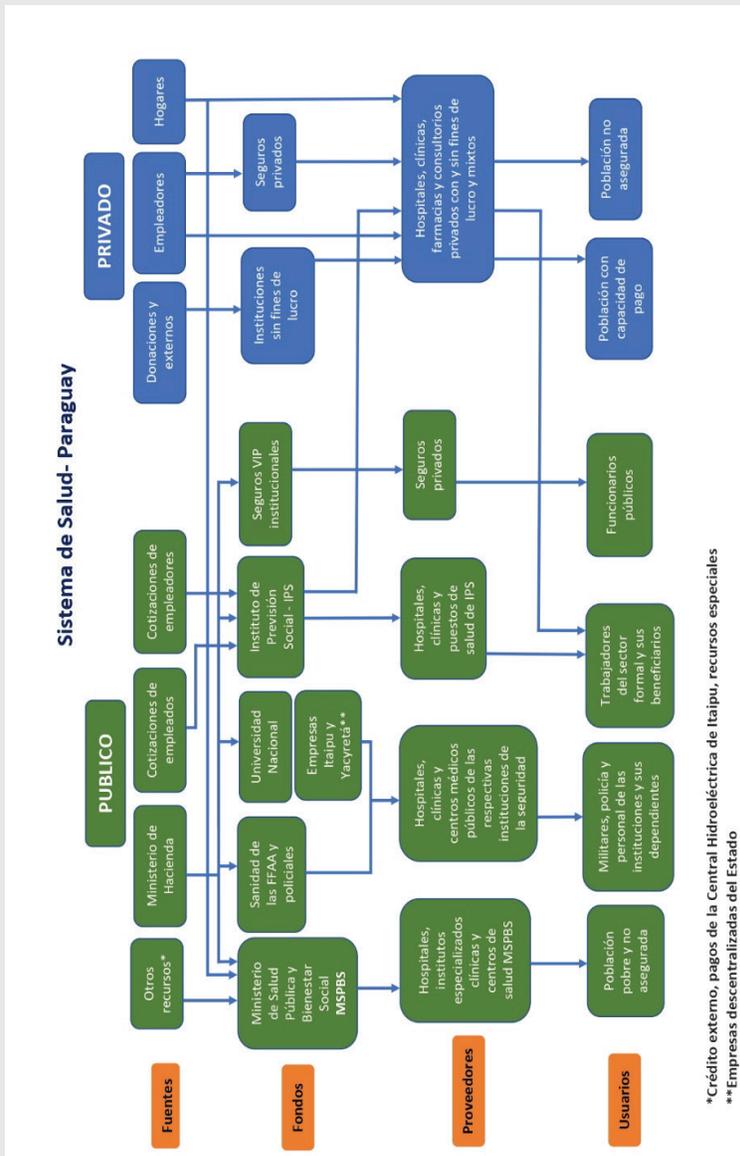
En cumplimiento al artículo 69 de la Constitución, en el año 1996, mediante la Ley N° 1032, se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), dando así cumplimiento a una política nacional que posibilite la plena vigencia del derecho a la salud de la población, según se menciona en el Art. 1 de dicha Ley, como también la conformación de un sistema universal de salud.

El Sistema se instituyó como un ente del Estado, integrador y regulador de las instituciones y servicios del sector salud (Art. 6), estableciéndose como su objetivo central distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales del sector mediante conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas, incorporando a dicho efecto a todas las instituciones creadas específicamente para la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, y para la prevención de las enfermedades de individuos y comunidades, dentro del territorio Paraguayo.

En el Artículo 10 de la Ley N° 1032/96, se le asigna al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social la conducción del Sistema. El MSPBS tiene el rol rector de los programas y actividades del sector para orientar y normar las acciones públicas y privadas que tienen impacto en la salud individual y colectiva, siendo éste el órgano competente para la prestación, regulación y supervisión de todos los servicios sanitarios establecidos en el territorio nacional.

El SNS opera y coordina la oferta de salud de los subsectores públicos, privados y mixtos como se observa en el Gráfico 2.

Gráfico 2.
Sistema de Salud de Paraguay



Fuente: Adaptación propia a partir de Mancuello y Cabral (2011).

Conforme a la Ley N° 1032/96 también se crea la Superintendencia de Salud, que tiene a su cargo la acreditación y el control de calidad de los servicios ofrecidos por el sistema. En el Art. 1° figuran entre las conceptualizaciones a tener en cuenta las “Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPSS)”, que a los efectos de la Ley son:

“Los establecimientos públicos, privados o mixtos, habilitados y registrados en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, dedicados a prestar servicios de salud o asistencia sanitaria, cualquiera sea su condición jurídica o su denominación (puesto de salud, centro de salud, centros de diagnósticos, clínicas, sanatorios, hospitales, empresas de medicina prepaga y entidades de seguridad social), que prestan servicios prehospitalarios u hospitalarios, integrales o parciales, o de planes abiertos, cerrados o mixtos”.

La descentralización en el sistema de salud se verifica a partir de la creación de los Consejos de Salud a nivel nacional, regional y local, operando los mismos como organismos de coordinación, consenso y participación interinstitucional del sector público y privado de la salud.

En el año 2008, el MSPBS propuso un nuevo enfoque del sistema de salud, inspirado en los principios de universalidad, gratuidad, inclusión, atención integral de la salud, promoción de la salud y calidad de vida y participación ciudadana, plasmado en las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad (2008-2015) (MSPBS, 2009). El MSPBS, entre otras medidas, declaró la gratuidad universal de la atención sanitaria (atención, internación hospitalaria, cirugías, estudios auxiliares, medicamentos, etc.) en todas las dependencias de la red de servicios del MSPBS, a modo de estrategia para reducir el alto gasto de bolsillo para la atención o recuperación de la salud (Resolución S.G. N° 140/2008, S.G. N° 363/2008 y S.G. N° 1074/2009)¹.

1 Si bien desde hace varios años se venían implementando diferentes medidas de exoneración del cobro de aranceles a diversos segmentos de la población (en 2000, en menores de 5 años y embarazadas; en 2006, se extiende a menores de 10 años y para el 2007 se amplía la atención gratuita a embarazadas y recién nacidos; posteriormente se extiende la gratuidad hasta la adolescencia y población vulnerable, incluyendo la entrega de medicamentos básicos esenciales y vacunas), no fue hasta finales del 2009 que se logró la exoneración de pago de aranceles para todas las prestaciones médicas y odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del MSPBS.

Se suma a estas gestiones la creación de la Dirección de Atención Primaria de Salud (Resolución S.G. N° 101/2008) y la implementación del Modelo de Salud de la Familia para mejorar la cobertura insuficiente y la baja calidad en la prestación de servicios. En consecuencia, dio fuerza a la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), a fin de acercar los servicios a la población y como parte de la misma se empezaron a instalar las Unidades de Salud de la Familia (USF), buscando enfrentar y dar soluciones a problemas como el alto gasto de bolsillo, la alta morbilidad y mortalidad causada por enfermedades prevenibles, la insuficiente cobertura y la baja calidad de la prestación de los servicios. A pesar de la relevancia de la estrategia de APS, a la fecha aún existe un déficit de unidades, y, por lo tanto, persisten poblaciones no cubiertas.

En diciembre del año 2015, por Decreto N° 4541 y Resolución S.G. N° 612/, se aprueba la Política Nacional de Salud 2015-2030 que es, según el mismo Decreto:

“un conjunto de enunciados que orientan el rumbo de las determinaciones y acciones que el Estado Paraguayo está decidido a realizar en el periodo 2015-2030 para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud de todos los habitantes del Paraguay (Res. S. G. N° 612/2015)”².

Posee siete estrategias, que son: el fortalecimiento de la Rectoría y la Gobernanza; el fortalecimiento de la atención primaria de la salud articulada en redes integradas; el fortalecimiento de las acciones intersectoriales e interinstitucionales para el abordaje de los determinantes sociales; el mejoramiento de la eficacia del sistema de salud, mediante el aumento, la optimización del uso y la debida preservación de los recursos; el fortalecimiento de la gestión del talento humano en Salud; el desarrollo y fortalecimiento de la Salud Pública en las fronteras; y garantizar el acceso, la calidad, la seguridad, la eficacia y el uso racional de los medicamentos, así como promover el acceso e innovación en materia de tecnología sanitaria.

El Decreto N° 7833/11 crea y reglamenta la Red Integrada de Salud entre el MSPBS y el IPS. Pero a pesar de ello, se observa que el SNS trabaja de forma descoordinada y fragmentada (Dullak et al., 2011), con diversas modalidades de financiamiento, regulación, afiliación y provisión de servicios. Se caracteriza por la falta de integración y la cobertura territorial asimétrica. Parte importante de

2 Res. S. G. N° 612/2015 del Poder Ejecutivo, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-
<http://www.ins.gov.py/wp-content/uploads/2015/09/PNS2030.pdf>

la atención especializada se concentra en la zona central del país. La asistencia en emergencias médicas está en Asunción y es el único a nivel nacional para esa especialidad (MSPBS, 2015).

Cada entidad financia la prestación de atención de salud en sus propias instalaciones, con poca coordinación entre ellas (Giménez et al., 2017). La segmentación (sector público, seguro social y sector privado con y sin fines de lucro) impone condiciones de acceso para la provisión y el aseguramiento que restringe el ejercicio del derecho a la salud y el logro de mejores resultados de salud. Por su parte, la fragmentación, que se da cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica, impide una estandarización adecuada de la calidad, contenido, costo y aplicación de las intervenciones de salud, y promueve un uso poco eficiente de los recursos al interior del sistema en su conjunto (Acuña, 2005).

El financiamiento, tal como se profundizará en el siguiente capítulo, también está sumamente disperso. Entre las principales normas al respecto dirigidas a financiar al MSPBS se encuentra la Ley N° 4392/11 que crea el FONARESS para la Atención Médica de Alta Complejidad (MAC). Esta ley define las patologías que pueden ser financiadas -insuficiencia renal aguda y crónica, cardiopatías, cáncer- y las fuentes de financiamiento -recursos del Tesoro, impuestos selectivos al consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas, impuesto a los juegos azar-. Un año después se promulga la Ley N° 4758/12 que crea el FONACIDE y asigna el 10% de estos recursos bajo el concepto de “Fondo Nacional de Salud”.

Los trabajadores privados que se desempeñan en el mercado formal -y sus respectivos familiares dependientes- cuentan con la cobertura del IPS, así como varios colectivos laborales del sector público. El resto del sector público cuenta con subsidios públicos para el acceso a seguros privados de salud, ya sea con pago de subsidio a la salud o servicios médicos con alguna institución privada³, sin deducciones de sus salarios -como sí ocurre en el caso de los empleados privados-.

El acceso a los medicamentos esenciales y a las tecnologías como parte del cumplimiento del derecho a la salud, está reconocido en la Constitución y la legislación. Según el MSPBS (2014, p.9) Paraguay cuenta con los instrumentos que

3 Ello ocasiona que las personas que se jubilan en el sector público pierdan automáticamente la cobertura en salud, a excepción de los docentes públicos que aportaron al IPS en virtud de la Ley núm. 1398/1999.

requiere una política de medicamentos. En 2015 se publica la Política Nacional de Medicamentos que tiene entre sus principios la universalidad, sin ningún tipo de discriminación. No obstante, como se verá en el siguiente capítulo, esto no ha sido suficiente para garantizar que el sector público provea de manera adecuada y en condiciones de eficiencia medicamentos e insumos a la población.

Tabla 1.
Cobertura de la política nacional de medicamentos

Componentes	Cubierto
Selección de medicamentos esenciales	SÍ
Financiación de los medicamentos	SÍ
Fijación de precios de medicamentos	SÍ
Adquisición de medicamentos	SÍ
Distribución de medicamentos	SÍ
Reglamentación farmacéutica	SÍ
Farmacovigilancia	SÍ
Uso racional de los medicamentos	SÍ
Desarrollo de recursos humanos	SÍ
Investigación	SÍ
Seguimiento y evaluación	SÍ
Medicina tradicional	SI

Fuente: MSPBS (2014, p. 23). Perfil farmacéutico de la República del Paraguay, Asunción.

El acceso a medicamentos constituye uno de los problemas más graves del sistema de salud, incluyendo a la seguridad social contributiva. A pesar del importante incremento en la inversión en medicamentos e insumos, el gasto de bolsillo permanece alto y se origina en primer lugar por la compra de medicamentos. La ineficiencia generada, derivada de un inapropiado sistema de compras públicas, no condice con la existencia de normas e instituciones reguladoras que debieran garantizar el financiamiento oportuno y sostenible de medicamentos seguros y eficaces.

Para contrarrestar el obstáculo económico en el acceso a la salud, se han promulgado una gran cantidad de normas específicas que buscan garantizar algunos servicios gratuitos. Giménez (2012) hace un recuento de las principales medidas. En 2001 se declaró la gratuidad para la realización de colposcopia, biopsia de cuello uterino, Papanicolau, ligadura de trompas y provisión de DIU; en 2003 se eliminaron los aranceles para atención a embarazadas y consultas de niños de menores de 5 años; en 2005 se extendió esta medida alcanzando a niños menores de 10 años incluida su internación, se dispuso la provisión gratuita de insumos básicos para el parto conocido como kit de parto y se estableció la gratuidad para la realización de diagnóstico de tuberculosis. En 2008 se estableció la eliminación de todos los aranceles remanentes para el uso de servicios, como una política para eliminar las barreras arancelarias de acceso; y en 2013 mediante una ley se ratificaron estas medidas, eliminando los aranceles por prestación de servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

El presupuesto anual de la Nación incorpora recursos dirigidos a financiar con impuestos el pilar de salud de los funcionarios públicos y sus familias, a través de seguros privados, transferencias en efectivo y, eventualmente, asignaciones familiares.

● Mapa Normativo del Instituto de Previsión Social

Origen del Instituto de Previsión Social

Un antecedente del otorgamiento de cobertura de salud a los trabajadores se encuentra en el artículo 193, de la Ley de Minas de 1914, que establecía que “El patrón está obligado a atender la curación del obrero que se hubiera maltratado o enfermado por causa del servicio del mismo o por accidente ocurrido en ella” (Velázquez, 2019, p.19), así como la Ley de accidentes de trabajo en 1927, creada por la Ley N° 926/27.

El Decreto - Ley N° 4490/41 y el Plan Trienal del Ministerio del Interior, Justicia y Trabajo, creado en 1943, sentó las bases para el sistema de previsión social en el Paraguay (OIT, 2019). El Decreto de Ahorro Obligatorio para los Empleados de carácter permanente de 1941 establecía:

“ una retención del 5 por ciento del salario de los empleados –quedaban excluidos los trabajadores a destajo, los profesionales independientes, los trabajadores en cargos gerenciales, los trabajadores agrícolas y del servicio doméstico, mozos, ordenanzas y quienes fueran empleados bajo regímenes ya regulados por el Estado--, y su depósito en el Banco Agrícola por el término máximo de 20 años, excepto que tuvieran más de 60 años de edad, al cabo del cual deberían retirar el monto total acumulado” (OIT, 2019, p. 38).

Tomando en consideración que el marco legal citado sólo preveía la atención a la vejez e invalidez y que el seguro de accidentes no estaba dando los resultados que se esperaban, se creó por Decreto - Ley N° 18071/43 el Instituto de Previsión Social (IPS), entidad descentralizada de la Administración Pública del Estado, autónoma y autárquica, con personería jurídica y patrimonio propio. Se sustenta en los principios filosóficos y sociales de la solidaridad y universalidad. Se encarga de dirigir y administrar el seguro social en Paraguay, cuya financiación se basa en los aportes obrero-patronales y se desempeña en el esquema de beneficios definidos.

Cabe mencionar que en el Art. 14 del mencionado Decreto – Ley N° 18071/43 se estipula que el Ministerio de Salud Pública tendrá de hecho la superintendencia y la coordinación de los Servicios Sanitarios del IPS. En el año 1950 se modifica el Decreto N° 18071/43, reemplazándose este por el Decreto - Ley N° 1860, para ampliar el ámbito de aplicación del seguro social a los funcionarios de las instituciones autónomas y se extienden los beneficios de asistencia médica a la esposa o compañera e hijos de los asegurados. Se amplía además el subsidio en dinero a los asegurados que, por causa de enfermedad, han perdido su capacidad para generar ingresos. El Art. 1° de este último declara que: “El Seguro Social cubrirá, de acuerdo con los términos de la presente Ley, los riesgos de enfermedad no profesional, maternidad, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, invalidez, vejez y muerte de los trabajadores asalariados de la República”. Asimismo, se establece que el encargado de dirigir y administrar el seguro social es el Instituto de Previsión Social, organismo autónomo y autárquico con personería jurídica y patrimonio propio, creado por el Decreto - Ley N° 18071 del 18 de febrero de 1943. Estos cambios fueron acompañados por la promulgación del Código de Trabajo y el establecimiento de las prestaciones de salud, maternidad y riesgos laborales.

Personas incluidas en el régimen del Seguro

El régimen de seguro del IPS está dirigido a trabajadores en relación de dependencia del sector privado –con la única excepción del sector bancario que tiene su propio sistema de seguro jubilatorio– y en las últimas décadas ha adquirido relevancia la incorporación de funcionarios públicos. Es el único seguro social que incluye entre sus prestaciones, jubilaciones y pensiones y la atención a la salud (protección para los riesgos de salud, enfermedades o maternidad).

La expansión hacia segmentos que no habían sido cubiertos se produjo desde la segunda mitad del siglo XX, a través de diferentes normativas: docencia privada (desde 1965 – salud y en el 2013– salud y pensiones), trabajadores/as domésticos/as (desde 1965 – salud y desde el 2015 – salud y pensiones), trabajadores/as independientes, amas de casa, empleadores/as, autónomos y cuentapropistas⁴ (desde 2013) y docentes públicos de todos los niveles.

El régimen de afiliaciones permite tres categorías: general, régimen especial de salud y régimen de privilegio no contributivo para veteranos de la guerra del Chaco y sus beneficiarios.

Se denomina asegurado titular al trabajador o al jubilado que cotiza o paga mensualmente los aportes al Seguro Social del IPS y que se encuentra inscripto en la previsual. Los trabajadores que por ley están obligados a afiliarse al régimen general (salud y jubilación) son:

4 Se consideran trabajadores/as independientes a las personas físicas que se desempeñan en actividades lucrativas por cuenta propia y no disponen de personal asalariado. La normativa permite bajo esta figura de trabajador independiente la inclusión de amas de casa y de los propietarios de Micro, Pequeñas y Medianas Empresas. Empleadores son personas físicas que, en función de empresa, negocio, explotación o actividad lícita de cualquier clase, utilizan, mediante un contrato de trabajo escrito o verbal, los servicios de una o más personas a las que retribuyen y someten a dependencia en cuanto a la ocupación. Y que se hallan registrados en el Instituto de Previsión Social como Patronales sujetos del Seguro Social Obligatorio regulado por el Decreto Ley N° 1860/50, aprobado por Ley N° 375/56 y sus modificatorias. Los representantes del empleador/a, son las personas físicas que ejercen funciones de dirección o administración en la empresa, negocio, explotación o actividad lícita, sea como directores, gerentes, administradores, capitanes de barco o cargos análogos, y que en virtud del artículo 25° del Código del Trabajo, en concordancia con el artículo 845° del Código Civil paraguayo, se rigen por sus respectivos Contratos de Locación de Servicios.

- Trabajadores/as asalariados/as dependientes del sector privado y trabajadores de tiempo parcial⁵.
- Trabajadores/as de los entes descentralizados y empresas de economía mixta.
- Trabajadores/as contratados de las municipalidades.
- Funcionarios/as, empleados/as, obreros/as y familiares de la Administración Nacional de Electricidad (ANDE).
- Aprendices que se desempeñan en dichas empresas
- Docentes del sector privado
- Trabajadores/as domésticos/as⁶

Están incluidos solo en el seguro de salud:

- Docentes públicos dependientes del Ministerio de Educación y Ciencias
- Funcionariado del Ministerio Público⁷
- Docentes públicos jubilados del Ministerio de Educación y Ciencias
- Pensionados/as y jubilados/as del IPS

De manera voluntaria pueden afiliarse, según las normas existentes los siguientes grupos:

- Las personas que se desempeñan como ejecutantes de instrumentos musicales, individualmente o en conjuntos, siempre en forma no dependien-

5 En 2019 se aprobó la Ley N° 6339/19 “que regula el empleo a tiempo parcial” cuando se haya acordado una prestación subordinada de actividad laboral de una duración de entre 16 (dieciséis) a 32 (treinta y dos) horas semanales.

6 Cabe destacar lo mencionado en el Digesto Normativo del IPS “El personal del Servicio Doméstico fue incorporado al Seguro de Salud por Ley N° 1085/65. Desde entonces y hasta setiembre del año 2009 (durante 42 años) el Seguro de Salud del trabajador doméstico solo regía en Asunción; a partir del 09 de setiembre de 2009, el Consejo de Administración del IPS, por Resolución N° 089-012/09 del 09 de setiembre de 2009, extendió el alcance territorial del Seguro Doméstico a todo el país”.

7 Las prestaciones previstas en la Ley N° 3515/08, autorizan la incorporación al Seguro Social del IPS de los funcionarios y contratados del Ministerio Público (Fiscalía General del Estado) y de los jubilados que hayan prestado servicios en dicha repartición, no comprenden los subsidios en dinero por enfermedad o accidente común o laboral ni maternidad.

tes de empleadores fijos. En todos los casos, la actividad deberá constituir el único medio de subsistencia del asegurado⁸. Incluye prestaciones de enfermedad no profesional, maternidad, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de los funcionarios y contratados dependientes del Ministerio Público. La Ley se encuentra vigente, hasta el momento no es aplicable.

- Los propietarios y/o responsables de Microempresas definidas en el artículo 4.º de la Ley N° 4.457/12 “Para las micro, pequeñas y medianas empresas (MIPYMES)”⁹. Incluye prestaciones+ por los riesgos, accidente y enfermedad común, accidente y enfermedad profesional, maternidad, invalidez, vejez y muerte La Ley se encuentra vigente, hasta el momento no es aplicable.
- La Ley N° 4.933/13 autoriza la incorporación voluntaria de trabajadores independientes, empleadores, amas de casa y trabajadores domésticos al seguro social pero solo en el pilar de ingresos (fondo de jubilaciones y pensiones)
- La Ley N° 431/73, del 26 de diciembre de 1973 incorpora al Régimen del IPS a los Veteranos de la Guerra del Chaco y sus sobrevivientes (pilar no contributivo).

El siguiente resumen presenta las principales características de las normativas citadas, en un intento por recorrer la evolución del alcance del IPS, en cuanto a las personas que podrían acogerse al seguro social.

8 El Decreto N° 9606/12 por el cual se reglamenta la Ley N° 4199, del 13 de diciembre de 2010 “que establece el seguro social para músicos, autores, compositores y cultores del arte en general sin relación de dependencia”, establece que, los beneficiarios titulares del seguro social serán las personas que se desempeñan como ejecutantes de instrumentos musicales, individualmente o en conjuntos, siempre en forma no dependiente de empleadores fijos.

9 Ley núm. 5741/16 que establece un sistema especial de beneficios del Sistema de Seguridad Social (IPS) para los microempresarios.

Decreto - Ley N° 1860/50

- Trabajador asalariado que preste servicios o ejecute una obra en virtud de un contrato de trabajo, escrito o verbal.
- Trabajadores aprendices que no reciben salario.
- El Personal de los entes autárquicos del Estado o Empresas mixtas encargadas de una explotación económica o un servicio público, excepto, cuando disposiciones especiales, legales o administrativas, se opongan a ello.
- Al igual que se establecía en el Decreto - Ley N° 18071/1943 el Instituto de Previsión Social podía aceptar como asegurados voluntarios, de acuerdo con el reglamento respectivo, a los trabajadores no comprendidos en el primer y segundo punto.

Se exceptúan a:

- Los funcionarios y empleados de la administración pública;
- Los trabajadores independientes;
- Los empleados y obreros del Ferrocarril Central del Paraguay, hasta tanto que por Ley se resuelva unificar esta Caja con la del Instituto de Previsión Social.

Ley N° 537/58

- Maestros y catedráticos del Magisterio primario y normal de la República que dependan del Ministerio de Educación y Culto, entrando a regir desde el 1 de enero de 1959.

Ley N° 1085/65

- Maestros y catedráticos de enseñanza privada, entrando a regir desde el 2 de marzo de 1966.
- Personal del servicio doméstico, entrando a regir desde el 2 de enero de 1967.

Ley N° 427/73

- Los trabajadores asalariados que prestan servicios o ejecutan una obra en virtud de un contrato de trabajo, verbal o escrito, cualquiera sea su edad y el monto de la remuneración que perciban.
- Los aprendices.
- El personal de los entes descentralizados del Estado o empresas mixtas.
- Los maestros y catedráticos de enseñanza privada: primaria, normal, media, profesional y de idiomas;
- El personal del Servicio doméstico.
- Maestros y catedráticos de la enseñanza primaria y normal de la República, que dependan del Ministerio de Educación y Culto, de acuerdo con la Ley No. 537 del 20 de septiembre de 1958, y este mismo régimen legal se aplicará a los catedráticos de la educación media, profesional y de idiomas dependientes del Ministerio mencionado.
- Los catedráticos universitarios de instituciones públicas y privadas.
- Se establece el seguro optativo en los riesgos de accidentes, enfermedad y maternidad para el trabajador independiente, definido en la ley.

Se exceptúan a:

- Los funcionarios y empleados de la Administración Central.
- Los empleados de los bancos privados y oficiales de la República.
- Los miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales.
- Los trabajadores del Ferrocarril "Carlos Antonio López" que se hallaren afiliados y su respectiva Caja de Seguro Social, a la fecha de la promulgación de esta Ley.

Ley N° 431/73

- Los Veteranos de la Guerra del Chaco.

Ley N° 1286/87

- Los jubilados, los pensionados y derechohabientes, en virtud de la Ley N° 430/1973 “QUE ESTABLECE EL DERECHO AL BENEFICIO DE JUBILACIONES Y PENSIONES COMPLEMENTARIAS A CARGO DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL”, quedan incorporados al Régimen del Seguro del Instituto de Previsión Social, en los riesgos de enfermedad, maternidad y accidentes.
- Se extiende el seguro social del personal del servicio doméstico a su grupo familiar, en los riesgos de enfermedad maternidad y accidente.

Ley N° 98/92 – modificada por Ley N° 532/94, Ley N° 731/95, Ley N° 2263/03

- Los trabajadores asalariados que prestan servicios o ejecutan una obra en virtud de un contrato de trabajo, verbal o escrito, cualquiera sea su edad y el monto de la remuneración que perciban.
- Los aprendices.
- El personal de los entes descentralizados del Estado o empresas mixtas, quedan incluidos en forma obligatoria en el régimen del Seguro.
- Los maestros y catedráticos de enseñanza privada: primaria, normal, media, profesional y de idiomas.
- El personal del servicio doméstico.
- Los maestros y catedráticos de la enseñanza primaria y normal de la República, que dependan del Ministerio de Educación y Culto, de acuerdo con la Ley N° 537 del 20 de setiembre de 195810.
- Los catedráticos de la educación media, profesional y de idiomas dependientes del Ministerio de Educación y Culto, de acuerdo con la Ley N° 537 del 20 de setiembre de 1958.
- Los catedráticos universitarios de instituciones públicas y privadas, de acuerdo con la Ley N° 537 del 20 de setiembre de 1958.
- Se establece el Seguro General Voluntario para el trabajador independiente.
-

Se exceptúan a:

- Los funcionarios y empleados de la Administración Central.
- Los empleados de los bancos privados y oficiales de la República.
- Los miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales.
- Los trabajadores del Ferrocarril “Carlos Antonio López” que se hallaren afiliados a su respectiva Caja de Seguro Social.

Ley N° 1398/99

- Se incorporan los beneficios de prestación médica para enfermedades y accidentes previstos en el Art. 5° de la Ley N° 98/1992, a los jubilados que hayan aportado en su vida laboral activa al instituto y que sean miembros del magisterio nacional.

Ley N° 3404/07

- Continuidad en el Beneficio. Esta ley permite a personas con aportes insuficientes para el goce de una jubilación, la posibilidad de continuar aportando voluntariamente al Seguro Social.

Ley N° 3515/08

- Se dispone que el Seguro Social cubrirá de acuerdo con los términos de la presente Ley los riesgos de enfermedad no profesional, maternidad, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de los funcionarios y contratados dependientes del Ministerio Público, así como para los ex funcionarios que se encuentren en goce de una jubilación.

10 La Ley N° 537/58 señala que los enfermos y las parturientas no tendrán derecho a percibir subsidio en dinero.

<p>Ley N° 4199/10</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los músicos, autores, compositores, artistas de teatro, animadores, locutores sin relación de dependencia, artesanos y en general, creadores e intérpretes de las diversas especialidades del arte y la cultura, con cobertura de los riesgos de enfermedad, maternidad, accidentes, invalidez, vejez y muerte.
<p>Ley N° 4310/10</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social. Beneficia a la comunidad de trabajadores y trabajadoras de Iberoamérica y sus familias. Permite la acumulación de los períodos cotizados en distintos Estados Parte. Evita la pérdida de derechos en materia de pensiones de vejez, incapacidad, muerte y sobrevivencia.
<p>Ley N° 4290/11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establece el derecho a reconocimiento de servicios anteriores en el IPS, así como la continuidad en el beneficio.
<p>Ley N° 4370/11 - Modificada por la Ley N° 5555/15</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los docentes dependientes de instituciones educativas privadas, de la educación formal y no formal, y de todos los niveles y modalidades, con cobertura de los riesgos de enfermedad no profesional, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, invalidez, vejez y muerte. • Establece una jubilación subsidiada por el Estado para docentes que a la fecha ya contaban con 60 años.
<p>Ley N° 4457/12</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los trabajadores de las Mipymes, conforme al régimen de seguridad social establecido para todas las empresas del país y sus trabajadores dependientes ocupados.
<p>Ley N° 4933/13</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoriza incorporación filiación voluntaria de trabajadores independientes, empleadores, amas de casa y trabajadores del Servicio Doméstico al seguro social.
<p>Ley N° 5407/15</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las personas contratadas para el trabajo doméstico cualquiera sea la modalidad del mismo.
<p>Ley N° 5555/15</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los docentes dependientes de instituciones educativas privadas, reconocidas por el Ministerio de Educación y Cultura, de la educación formal y no formal, y de todos los niveles y modalidades.
<p>Ley N° 5741/16</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establece un sistema especial de beneficios del Sistema de Seguridad Social (IPS) para los microempresarios
<p>Ley N° 6339/19</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regula el empleo a tiempo parcial. El trabajador que se desempeñe bajo la modalidad contractual a tiempo parcial es sujeto del seguro social obligatorio administrado por el Instituto de Previsión Social (IPS), por cada vínculo laboral que desempeñe.

Por Decreto N° 818/18 fue aprobada la Estrategia Integrada de Formalización del Empleo y Seguridad Social (2018-2023), como mecanismo específico para la ampliación de la cobertura de la seguridad social. La Estrategia apunta a reducir la informalidad en el mercado de trabajo y a aumentar progresivamente la cobertura del sistema de protección social para los trabajadores, estableciendo acciones específicas de control, modernización normativa e incorporación de regulaciones sobre nuevas formas de empleo.

Prestaciones ofrecidas por el Instituto de Previsión Social

El Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102) de la OIT constituye un punto de referencia sobre el desarrollo gradual de una cobertura de seguridad social integral a nivel nacional. En él se definen las nueve ramas de la seguridad social (Recuadro 1), estableciendo los parámetros mínimos para cada una de las contingencias, la suficiencia de las prestaciones, y las condiciones y plazos para tener derecho a ellas (OIT, 2018).

El IPS tiene como misión garantizar el acceso oportuno a los beneficios del seguro social, difundiendo y otorgando prestaciones sociales, económicas y de salud en bienestar de sus asegurados¹¹. Tiene beneficios definidos, lo que implica que la prestación y el modo de cálculo está definido por Ley. Así, es el único sistema que provee prestaciones en las dos grandes ramas de la seguridad social mediante programas e infraestructura propia: en el ámbito previsional, beneficios económicos de largo y de corto plazo (jubilaciones y subsidios de reposos respectivamente); y en el ámbito de la protección social, los servicios médicos – hospitalarios.

Como puede observarse en el Recuadro 1, provee cobertura en siete de las nueve ramas de la seguridad social mediante prestaciones en bienes y servicios, médicos para riesgos de accidentes, enfermedad, maternidad, y prestaciones económicas o pecuniarias de corto plazo (subsidios e indemnizaciones) y de largo

11 Se destacan entre los objetivos estratégicos 1) ampliar la población obligada al Seguro Social integral, priorizando la formalización, promoviendo la educación, la inclusión de nuevos colectivos y modalidades de trabajo, 2) estructurar una red integrada e integral de servicios de salud, con enfoques preventivos y asistenciales, contemplando la ampliación de la población objetivo y la demografía y 3) impulsar reformas legales orientadas a mejorar la calidad del gasto, aumentar el rendimiento y seguridad de las inversiones, a fin de garantizar la sostenibilidad del sistema. <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/contenido.php?sm=42>

plazo (jubilaciones y pensiones) en la vejez. Sin embargo, carece de prestaciones familiares y, a pesar de esfuerzos recientes, de un seguro de desempleo¹².

En la mayoría de los regímenes de IPS los beneficios son extensibles a los cónyuges o convivientes, hijos hasta los 18 años o mayores de edad con capacidades diferentes en caso de fallecimiento del padre/madre biológicos, y los padres del asegurado mayores de 60 años en situación de dependencia, según el artículo 33 de la Carta orgánica del seguro social (IPS, 2013).

Recuadro 1.

Ramas de prestaciones en Seguridad Social establecidas por la OIT y otorgadas por el IPS

Piso de Protección Social Básica establecido por la OIT, ramas de prestaciones en Seguridad Social ¹³	Ramas de prestaciones cubiertas por el IPS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Asistencia Médica 2. Prestaciones monetarias por enfermedad 3. Prestaciones de desempleo 4. Prestaciones de vejez 5. Prestaciones por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales 6. Prestaciones a las familias 7. Prestaciones de maternidad 8. Prestaciones de invalidez 9. Prestaciones a sobrevivientes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asistencia Médica: enfermedad y accidente común, prótesis. 2. Prestaciones monetarias por enfermedad: subsidios de reposo, pensiones provisorias de invalidez. 3. Sin cobertura 4. Prestaciones de vejez: jubilaciones ordinarias, proporcionales, por inter cajas, por convenios internacionales. 5. Prestaciones por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales: atención médica, prótesis, subsidios de reposo por accidente o enfermedad laboral. 6. Sin cobertura 7. Prestaciones de maternidad: atención médica, subsidios de reposo por maternidad. 8. Prestaciones de invalidez: jubilaciones por incapacidad laboral. 9. Prestaciones de sobrevivientes: pensiones de viudez, de orfandad, a ascendientes, indemnizaciones, reembolso de gastos fúnebres.

Fuente: Carta Orgánica del Seguro Social (2013)

12 A partir de las consecuencias de la crisis sanitaria, se analizó la incorporación de nuevos instrumentos de protección social para ampliar la cobertura de prestaciones a los trabajadores asalariados formales. El MTESS preparó un proyecto de ley de seguro por desempleo, no aprobado a la fecha de publicación de este documento.

13 El 25 de octubre de 2021 Paraguay ratificó con la OIT el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102).

El Capítulo V “De las Prestaciones” del Decreto – Ley N° 1860/50 define los conceptos de riesgos y prestaciones establecidas en cada caso:

- Riesgos de enfermedad
- Riesgo de maternidad
- Riesgos profesionales (accidente de trabajo y enfermedad profesional)
- Riesgos de invalidez por enfermedad
- Riesgo de vejez
- Prestaciones por muerte

Recuadro 2. Prestaciones según riesgos

Riesgos de enfermedad

En caso de enfermedad no profesional o accidente que no sea del trabajo, el Instituto proporcionará a los asegurados:

- a. Atención médico-quirúrgica y dental, medicamentos y hospitalización, conforme a las normas que dispongan los reglamentos del Instituto.

La atención por una misma enfermedad durará 26 (veinte y seis) semanas; este plazo se prorrogará en los casos que acuerdan los reglamentos dictados por el Consejo de Administración, atendiendo a las posibilidades de recuperación de los enfermos o su estado de invalidez, si es pensionado¹⁴.

- a. Un subsidio en dinero a los asegurados activos sometidos a los tratamientos médicos, con reposo por enfermedad. El subsidio se iniciará a partir del día siguiente al de la incapacidad y durará mientras ésta subsista y el beneficiario continúe sometido a tratamiento por el Instituto¹⁵.
- b. Provisión de aparatos de prótesis y ortopedia de acuerdo al reglamento que dicte el Consejo de Administración.

14 En cuanto a las prestaciones establecidas en el párrafo de referencia, cabe mencionar que, tendrán también derecho a los beneficios mencionados el cónyuge del asegurado o la asegurada o a falta de los mismos, la concubina o el concubino respectivamente, con quien haya vivido en forma pública, estable y singular, durante dos años anteriores a la enfermedad; los hijos solteros del asegurado hasta que cumplan la mayoría de edad, los incapacitados mientras dure la incapacidad, y los padres mayores de sesenta años de edad que vivan bajo protección del asegurado; el cónyuge del jubilado o la jubilada o a la falta de los mismos, la concubina o el concubino respectivamente, con quien haya vivido durante los dos años anteriores a la enfermedad; los hijos hasta que cumplan la mayoría de edad, y los incapacitados mientras dure dicha incapacidad, aplicable según los casos establecidos en las normativas legales.

15 Este subsidio no es una prestación general, se encuentran exceptuados los maestros y catedráticos de la enseñanza primaria y normal de la República, que dependan del Ministerio de Educación y Culto, de acuerdo con la Ley N° 537 del 20 de setiembre de 1958 y los funcionarios y contratados que se encuentran prestando servicios en el Ministerio Público, así como para los ex funcionarios del Ministerio Público que ya se encuentran en goce de una jubilación, igual situación se da con los subsidios en dinero para los Riesgos Profesionales.

Riesgo de maternidad

Las aseguradas titulares y las aseguradas beneficiarias hijas de los asegurados y jubilados titulares, que no hayan alcanzado la mayoría de edad, así como la esposa del asegurado o la concubina¹⁶ tienen derecho a recibir durante el embarazo, parto y puerperio atención médico-quirúrgica y dental, medicamentos y hospitalización, conforme a las normas que dispongan los reglamentos del Instituto.

Durante el Permiso de Maternidad, la trabajadora recibirá un subsidio con cargo al Régimen de Seguridad Social del Instituto de Previsión Social (IPS) equivalente al 100% (cien por ciento) de su remuneración al momento de ocurrido el parto. Toda trabajadora tendrá derecho a acceder en forma plena al Permiso de Maternidad, sea cual fuere el tipo de prestación o contrato por el cual presta un servicio, por un período de 18 (dieciocho) semanas ininterrumpidas, toda vez que presente un certificado médico expedido o visado por el Instituto de Previsión Social o el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través de cualquiera de sus oficinas situadas en el territorio de la República, en el que indique su gravidez y su posible fecha de parto.

Riesgos Profesionales - Accidentes de trabajo

En caso de accidentes del trabajo, tendrá el asegurado derecho a las siguientes prestaciones:

- a. atención médico - quirúrgica, dental, farmacéutica y hospitalización;
- b. provisión de los aparatos de prótesis necesarios que permita la restitución funcional próxima a la actividad física normal;
- c. subsidio en dinero, si se incapacita para trabajar por más de tres días, en cuyo caso el subsidio se iniciará a partir del primer día de incapacidad, durará mientras ésta subsista y hasta por un plazo máximo de cincuenta y dos semanas, pero se le dará término antes de la expiración del plazo a partir de la fecha en que el Instituto declare la incapacidad permanente del asegurado, y pensión de pago mensual vencido en caso de incapacidad permanente total o parcial, o una indemnización si la pensión, en el segundo caso, resultará inferior al treinta por ciento de la que habría correspondido al asegurado en el caso de incapacidad permanente total; la pensión se pagará desde que el Instituto declare la incapacidad permanente y mientras ésta subsista.

Fallecimiento por accidente de trabajo

una cuenta mortuoria equivalente a la cantidad que determinen los reglamentos dictados por el Consejo Superior como necesaria para gastos funerales tipo económico, cantidad que será idéntica para todos los casos que se produzcan en una misma localidad y que se pagará a quien justifique haberse hecho cargo de dichos gastos.

- a. una pensión vitalicia a la viuda o al viudo inválido, o en su caso a la concubina con quien haya vivido durante los dos años anteriores al accidente. La viuda que contrajera nuevas nupcias cesará en el goce de la pensión y recibirá por una sola vez una suma global equivalente a tres anualidades de la misma.
- b. una pensión a cada uno de los hijos menores de diez y seis (16) años del asegurado varón fallecido y a los de la asegurada fallecida si son huérfanos de padre o el padre es inválido o no hayan sido reconocidos por el padre. La Pensión se extinguirá cuando el beneficiario cumpla (16) diez y seis años. También tendrán derecho los hijos mayores de dicha edad que se encuentren totalmente incapacitados para el trabajo y mientras la incapacidad subsista.
- c. una pensión a la madre que hubiere vivido a cargo del causante, o a falta de ella al padre incapacitado para el trabajo que cumpla igual requisito y mientras dure su incapacidad. Las pensiones a los ascendientes sólo se concederán si el fallecido no deja viuda, viudo inválido ni huérfanos con derecho a las pensiones señaladas en los dos incisos anteriores.

16 La esposa del asegurado o, a falta de ésta, la concubina con quien haya vivido durante los dos (2) años anteriores al evento, y las hijas de los asegurados y jubilados titulares, que no hayan alcanzado la mayoría de edad, tendrán derecho a beneficios sólo si viven con el asegurado y dependen económicamente de él.

Riesgos de invalidez por enfermedad

Para el caso de la invalidez por enfermedad, tendrán derecho a una pensión los asegurados que reúnan los siguientes requisitos "a) sean declarados inválidos de acuerdo con la definición del artículo precedente, por una comisión de tres médicos del Instituto, designados especialmente para este efecto; b) tenga por lo menos ciento cincuenta (150) semanas de cuota y menos de cincuenta y cinco años de edad al sobrevenir la invalidez, o de ciento cincuenta (150) a doscientos cincuenta (250) semanas de cuotas y menos de 60 años, o de doscientos cincuenta a cuatrocientas semanas de cuota y menos de sesenta y cinco años".

Riesgo de vejez

Pensión Vitalicia. Tendrá derecho a una pensión vitalicia de vejez el asegurado que haya cumplido sesenta (60) años y tenga como mínimo setecientos ochenta (780) semanas de cuotas.

Prestaciones por muerte

Cuota mortuoria y capital de defunción. En caso de muerte de un asegurado, el Instituto concederá las siguientes prestaciones:

- Una cuota mortuoria igual a la que establece el inciso a) del artículo 44°, que se pagará a quien presente la cuenta de los gastos de funeral.
- Un capital de defunción, a los familiares que señala el artículo 64.

Fuente: Elaboración propia. Decreto - Ley N° 1860/50, Ley N° 1085/65, Ley N° 427/73, Ley N° 98/92, Ley N° 6508/20 y Ley N° 5508/15.

Tabla 2.
Características del subsistema de IPS (ingresos)

Beneficios por vejez	Requisitos		Prestación (% del salario)	Observación
	Edad	Antigüedad (años)		
Pensión por vejez	60	15	42,5	1,5% más por c/ año desde los 16 en adelante.
Jubilación ordinaria Ley N° 430/73	60	20	50,0	Complemento de pensión por vejez.
Jubilación extraordinaria	60	15	37,5	2% más por c/ año desde los 16 en adelante.
Jubilación ordinaria Ley N° 98/92	60	25	100,0	
Jubilación ordinaria Ley N° 98/92	55	30	80,0	4% más por c/ año de edad desde los 56 años hasta el 100% a la fecha de inicio del beneficio.
Jubilación ordinaria régimen especial (ANDE)	60	15	42,5	1,5% más por c/ año desde los 16 en adelante.
Jubilación extraordinaria	60	25	100,0	Para quienes hayan aportado continuidad en el beneficio.
Jubilación proporcional	65	15 años	60,0	4% más por c/ año de aporte desde los 16 años hasta el 100% a la fecha de inicio del beneficio.

Beneficios por vejez	Requisitos		Prestación (% del salario)	Observación
	Edad	Antigüedad (años)		
Jubilación por invalidez (enfermedad común)	hasta 64	3 años al inicio de la discapacidad	50,0	1,5% más por c/ año desde los 4 en adelante.
Jubilación por invalidez (accidente o enfermedad profesional)			desde 22,5% s/ tabla valorativa	Se considera desde 30% de incapacidad en relación a la antigüedad.
Indemnización por accidente de trabajo			hasta 29% s/ 60%	Se considera hasta 29% de incapacidad s/ un total de 60% por 5 anualidades.
Pensión derecho habiente (Jubilado/a)	A partir de 40	Jubilado/a	60	
Pensión derechohabiente (cotizante fallecido/a por enfermedad)	A partir de 40	15 años	60% s/ proforma de jubilación por invalidez por enfermedad	La proforma inicia con 60% más 1,5% por c/ año desde los 15 en adelante.
Pensión derechohabiente (cotizante fallecido/a por accidente de trabajo)	A partir de 40		60% s/ proforma de jubilación por invalidez por accidente	La proforma inicia con 75% más lo que indica la tabla valorativa en relación a la antigüedad.
Indemnización	menor de 40	Jubilado/a o 15 años		3 anualidades de la Pensión Derechohabiente.
Subsidio		hasta 14 años		Hasta 75 jornales mínimos diarios en caso de no existir beneficiarios.
Gastos funerarios		1 mes		Jubilado: Se paga si no tiene beneficiarios con derecho a otro beneficio.
Jubilación extraordinaria	60	25 años	100%	Para quienes hayan aportado Continuidad en el Beneficio.
Indemnización por nuevas nupcias			Por una sola vez una suma global equivalente a dos anualidades de la pensión	La indemnización por nuevas nupcias se abona el equivalente a dos años de la PDH por única vez.

Fuente: Instituto de Previsión Social, Administración de Jubilaciones. <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1507891747.pdf>

Si se compara con los regímenes de las cajas fiscales se pueden encontrar diferencias importantes.

Tabla 3.
Características del subsistema de la Caja fiscal (ingresos)

Regímenes	Aporte (% del salario)	Antigüedad (años)	Edad	Base imponible	Prestación (% del salario)	Cálculo de la base reguladora (meses)
Administración central	16	20	62	Salario nominal	A partir de 47% + 2,7 puntos porcentuales por año adicional hasta un tope de 100%	60
Magistrados Judiciales	16	24	50		94%	60
Magisterio*	16	A partir de 25	No		87% con 28 años de servicio; 83% con 25 años de servicio	60
Docentes universitarios**	16	A partir de 25	No		87% con 28 años de servicio; 83% con 25 años de servicio.	60
Militar	16	A partir de 15	No		A partir de 50% hasta 100%	60
Policial	16	A partir de 10	No		A partir de 30% hasta 100%	60
Bancaria	Empleador: 19 Trabajador/a: 13	30	60		100%;	48
Municipal	Empleador:10 Trabajador/:10	15	55		A partir de 45%	24
Parlamentaria	Parlamentario: 20	15	55		80%	60
Ferroviana	Empleador: 10 Trabajador/a: 10	25	50		100%	24
ANDE	Empleador: 12. Se incrementará en 2 puntos porcentuales anual hasta un máximo de 18% Trabajador/a:7	25	60	2/3 partes	120	

* Ambas tasas de sustitución incluyen un aporte del 5,5% para la cobertura del seguro médico del IPS. A las mujeres se les computara a partir de los 25 años de servicio un año más de servicios por cada hijo nacido durante el ejercicio de la docencia, no debiendo exceder a 3 hijos vivos el número de años computados.

** Ambas tasas de sustitución incluyen, a opción del docente, una deducción del 5,5% para la cobertura del seguro médico del IPS. A las mujeres se les computara a partir de los 25 años de servicio un año más de servicios por cada hijo nacido durante el ejercicio de la docencia, no debiendo exceder a 3 hijos vivos el número de años computados.

Fuente: elaboración propia con base en la normativa vigente

Los docentes del Magisterio Nacional con discapacidad y los que durante los últimos cinco años corridos presten sus servicios en instituciones de educación especial con alumnos discapacitados, podrán acceder a la jubilación ordinaria a partir de los veinte años de servicios, con una Tasa de Sustitución del 87% que incluye un aporte del 5,5% para la cobertura del seguro médico del Instituto de Previsión Social. La remuneración base será calculado sobre el promedio del salario de los dos últimos años de servicio.

Es importante mencionar la Ley N° 3856/09 “Que establece la acumulación del tiempo de servicios en las Cajas del Sistema de Jubilaciones y Pensiones Paraguayo, y deroga el Artículo 107 de la Ley N° 1626/00 “De la Función Pública”, y su Decreto N° 4392 del 19 de mayo de 2010, que establece beneficios a prorrata tempore. El trabajador que con el transcurso del tiempo haya aportado a diferentes Cajas del Sistema de Jubilaciones y Pensiones del Paraguay, sin completar en ninguna de ellas el tiempo de aporte necesario para acceder a los respectivos beneficios, podrá solicitar el reconocimiento del tiempo de servicios cotizados en cada Caja, a efectos de acceder a prorrata tempore a una Jubilación o Pensión de Retiro o a efectos de que sus derechohabientes petitionen la Pensión por Fallecimiento acordada a los beneficiarios. Para acceder al beneficio por acumulación entre dos o más Cajas del Sistema de Jubilaciones y Pensiones o por convenio con otros países, el beneficiario deberá contar con al menos 65 años de edad.

Bajo este instrumento se reconocen y totalizan los distintos períodos de cotización –parciales, sucesivos y no simultáneos– para los efectos previsionales. Se trata de un mecanismo de coordinación de normas previsionales que permite a quien lo invoca, la percepción de un beneficio a prorrata tempore, donde cada caja previsional financiará una parte de la futura jubilación, en función de los períodos de cotización que se hayan reconocido (Casalí y Velázquez, 2016).

Recursos y Financiamiento

El seguro social administra dos regímenes, uno general que incluye prestaciones de largo y corto plazo, y otro especial que cubre solo salud, que gestionan distintas coberturas frente a las contingencias asociadas a la enfermedad, vejez, invalidez, muerte, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Las prestaciones otorgadas por el IPS son financiadas por contribuciones obligatorias que, como porcentaje sobre la remuneración, son pagadas por el traba-

jador asegurado, el empleador y el Estado. El diseño de financiamiento de las prestaciones de vejez adoptado por el seguro social de Paraguay es de reparto. Su principal característica es que la jubilación de cada persona se financia en parte con los aportes que realizan los trabajadores activos, por lo tanto, el dinero aportado va a un fondo común, con el cual se financian las prestaciones. En otras palabras, los activos financian a los pasivos.

El salario mínimo legal (SML)¹⁷ es la base mínima para el cálculo de los aportes y no se puede cotizar sobre montos menores, salvo las excepciones señaladas en la Tabla 4. El caso del peón ganadero es particular, ya que es una de las ocupaciones que presenta una discriminación legal al posibilitar un ingreso mínimo menor al mínimo legal general. Esto hace que también su aporte al régimen general sea el menor de todos, con una brecha importante especialmente en el caso del aporte del empleador. Por ejemplo, un hogar paga como aporte al trabajo doméstico Gs. 377.738 mientras que, por el peón ganadero, el establecimiento que cuenta con más de 4.001 cabezas de ganado aporta al IPS Gs. 221.449, cifra apenas superior al aporte de una trabajadora promedio equivalente a Gs. 206.039.

Tabla 4.
Aportes al IPS. Régimen general (salud y jubilación)

Titular	Base mínima imponible (Gs.)	Días	Jornal	Aporte (Gs. y %)			
				Trabajador 9%	Empleador 16,5%	Total %	Aporte total Gs.
Aprendices	1.373.595	30	52.831	123.624	226.643	25,5	350.267
Menores	1.373.595	30	52.831	123.624	226.643	25,5	350.267
Primer cocinero	2.386.924	30	91.805	214.823	393.842	25,5	608.666
Segundo cocinero	2.324.065	30	89.387	209.166	383.471	25,5	592.637
Ayudante de cocina	2.289.324	30	88.051	206.039	377.738	25,5	583.778

17 La carta orgánica del IPS define salario como la remuneración total que recibe el trabajador de sus empleadores en dinero, especies o regalías, incluyendo lo que correspondiere a trabajos extraordinarios, suplementarios o a destajo, comisiones, sobresueldos, gratificaciones, indemnizaciones por despido, premios, honorarios participaciones y cualesquiera otras remuneraciones accesorias que tengan carácter normal en la empresa o trabajo, exceptuando los aguinaldos.

Titular	Base mínima imponible (Gs.)	Días	Jornal	Aporte (Gs. y %)			
				Trabajador 9%	Empleador 16,5%	Total %	Aporte total Gs.
Cotizante general	2.289.324	30	88.051	206.039	377.738	25,5	583.778
Chofer cobrador	3.005.894	30	115.611	270.530	495.973	25,5	766.503
Cobrador y/o guarda	2.289.324	30	88.051	206.039	377.738	25,5	583.778
Chofer de ómnibus	2.312.225	30	88.932	208.100	381.517	25,5	589.617
Chofer a. Inconstitucionalidad	3.005.894	30	115.611	270.530	495.973	25,5	766.503
Ganadero tipo "A"	976.220	30	37.547	87.860	161.076	25,5	248.936
Ganadero tipo "B"	1.3^2.117	30	51.620	120.791	221.449	25,5	342.2^0
Seguro doméstico	2.289.324	30	88.051	206.039	377.738	25,5	583.778
Jornalero o a destajo	1.384.918	18	88.051	142.643	261.311	25,5	404.154
Cotizante zafrero	1.384.918	18	88.051	142.643	261.311	25,5	404.154
Estibador marítimo	902.590	10	90.259	81.233	148.927	25,5	230.160
Magisterio privado	BASE HORAS CATEDRAS	-	-	-	-	25,5	-

Fuente: IPS. Tabla de bases mínimas imponibles y porcentajes de aportes al IPS. Julio 2021.

Si se tienen en cuenta las líneas de pobreza (familiar) urbana (Gs. 2.707.948) y rural (Gs. 1.974.184), los bajos niveles de ingreso promedio, junto con la persistencia de un cuarto de la población en situación de pobreza (por debajo de la línea de pobreza), se puede asumir que es poco probable que el monto a ser aportado en los regímenes voluntarios cuya base imponible es el salario mínimo pueda ser financiado por una familia promedio sin que ello signifique el riesgo de caer en pobreza si no lo está, y si ya lo está, es más improbable aún.

Tabla 5.
Aportes al IPS. Régimen especial (solo jubilación) (Julio, 2021)

Titular	Base mínima imponible (Gs.)	Aporte (Gs. y %)		Aporte total en Gs.
		Gs.	%	
Amas de casa	2.289.324	297.612	13,0	297.612
Doméstico independiente	2.289.324	297.612	13,0	297.612
Empleadores	2.289.324	297.612	13,0	297.612
Propietarios	2.289.324	297.612	13,0	297.612
Representantes del empleador	2.289.324	297.612	13,0	297.612
Trabajadores independientes	2.289.324	297.612	13,0	297.612
Continuidad en el beneficio*	2.289.324	286.166	13,0	286.166

*Base del promedio de los últimos 36 salarios, no menor a un SML.

Fuente: IPS. Tabla de bases mínimas imponibles y porcentajes de aportes al IPS. Julio 2021.

El régimen especial de aportación para salud proporciona la posibilidad de que los ascendientes de titulares o jubilados de IPS, puedan aportar para el seguro de salud. La base imponible general es la suma de dos salarios mínimos o pensionado de otra caja y en ese caso la base imponible será el monto de su jubilación. La resolución C.A. N° 040-033/2012, de fecha 22 de mayo de 2012, crea un régimen especial contributivo de protección social a ascendientes de la tercera edad.

Tabla 6.
Aportes al IPS. Régimen especial (solo salud)

Titular	Base mínima imponible (Gs.)	Aporte (Gs. y %)	
		Gs.	%
Ascendiente contributivo	4.578.648	480.758	10,5
Ascendiente de jub-titular	Base haber jubilatorio del jubilado de IPS		10,5
Jubilado contributivo	Base haber jubilatorio del ascendiente – no menor a dos SML		10,5

Fuente: IPS, Unidad de promoción y difusión del seguro social, Dirección de Aporte Obrero Patronal.

El monto del haber mínimo jubilatorio (calculado como promedio de los últimos 36 aportes, anteriores al último salario percibido por el trabajador) y pensionados de retiro por vejez y por invalidez, es del 33% del salario mínimo vigente (Ley N° 4426/2011) -superior al monto otorgado por la pensión alimentaria para adultos mayores, Ley N° 3728/2009, en el ámbito no contributivo, que corresponde al 25% del salario mínimo y cuya cobertura se incrementa sostenidamente desde 2010. En tanto, el monto máximo de cualquier jubilación, en el momento de su liquidación inicial, no sobrepasará el equivalente a 300 jornales diarios para actividades diversas no especificadas, lo que equivale a 10 salarios mínimos legales vigentes (Gs. 22.893.240 desde julio de 2021).

Conforme a lo estipulado en las normativas legales, el IPS cuenta con los siguientes recursos:

Tabla 7.
Recursos del Instituto de Previsión Social

Aportes	Tasa (%)
Trabajadores/as (incluido personal del servicio doméstico)	9,0
Empleadores/as ¹⁸	14,0
Estado (sobre el monto de los salarios sobre los cuales imponen los empleadores)	1,5
Trabajadores/as docencia pública (MEC)	5,5
Empleador (MEC)	2,5
Trabajador/a independiente (calculado sobre la base de 25 jornales mínimos para actividades diversas no especificadas en la Capital de la República)	13,0
Titular de Jubilaciones y Pensiones (sobre el monto del beneficio)	6,0
Trabajadores/as de la Administración Nacional de Electricidad	6,0
Empleador (ANDE)	12,0
Trabajadores/as (funcionarios y contratados) del Ministerio Público	3,0
Empleador Ministerio Público	6,5
Titular jubilado/a del Magisterio Nacional (calculado sobre el haber jubilatorio)	5,5
Titular jubilado del Ministerio Público (calculado sobre el haber jubilatorio)	9,5

18 1,5 por ciento destinado al MSPBS: 1 por ciento para Campañas de Medicina Preventiva, y 0.50 por ciento para Erradicación del Paludismo y/o Enfermedades de Transmisión por Vectores. Otro 1 por ciento destinado al MTESS para programas formativos laborales (70 por ciento al SNPP y 30 por ciento a SINAFOCAL) (IPS, 2013).

Aportes	Tasa (%)
Ejecutantes de instrumentos musicales (calculado sobre una Tabla de Bases Imponibles establecida y actualizada anualmente, conjuntamente por el Ministerio de Hacienda y el Instituto de Previsión Social)	10,5
Trabajadores/as docentes privados	9
Empleadores de docentes privados	14
Propietarios y/o responsables de Microempresas (calculado sobre mayor salario mensual declarado y abonado a sus trabajadores)	23
Asegurados que hayan obtenido su continuidad en el seguro	12,5
Renta de las inversiones del Instituto Recargos y multas aplicadas Atenciones y servicios urgentes en hospitales del Instituto a personas no aseguradas conforme a tarifas establecidas por el Consejo de Administración del Instituto Legados y donaciones que se hicieren al Instituto	

Observación: en los casos en que no se aclara, la base imponible es el salario del trabajador/a, que a su vez no deberá ser menor al salario mínimo legal vigente. En casos específicos como los de aprendices, trabajo adolescente o peón ganadero, el salario mínimo legal vigente es menor que el general.

Fuente: elaboración propia con base en la normativa vigente.

Como se ha podido observar, se verifican importantes desigualdades en las tasas aportadas. Estas se derivan de la aprobación de múltiples normativas a lo largo del tiempo, en las que intervinieron variables de economía política como el poder de los gremios empresariales y de los/as trabajadores/as, así como variables demográficas, entre las que se encuentra la esperanza de vida y la forma que tomaba la pirámide poblacional en los inicios de la implementación de los principales regímenes. Como ejemplo, en 1960, la esperanza de vida era de 63,9 años mientras que en 2019 se había elevado a 74,3 años. Este indicador es clave para comprender las restricciones y potencialidades del sistema de seguridad social contributiva.

A continuación, se presenta un breve esquema sobre la evolución de las cuotas o aportes al IPS.

Decreto - Ley N° 18071/1943

- Trabajador/a: hasta 3%¹⁹.
- Empleador/a: hasta 6%.
- Estado: hasta el 1,5% del sueldo o salario semanal de cada uno de los asegurados.
- Independientes: pagando en el mismo plazo de los anteriores hasta un 7%.

Decreto - Ley N° 1860/1950

- Trabajador/a: 5%
- Empleador/a: 10%
- Las cuotas de los beneficiarios de pensiones otorgadas por el Instituto, 5% de los montos de las respectivas pensiones.
- El Estado: 1,5% de los salarios sobre los cuales impongan los patrones.

Decreto - Ley N° 103/1956

- Empleador/a: 11%

Ley N° 537/1958

- Maestros/as y catedráticos/as del magisterio primario y normal de la República que dependan del Ministerio de Educación y Culto: 5,5% de los sueldos que perciban en el Magisterio Nacional o en sus diversas cátedras.

Ley N° 792/1962

- Trabajador/a: 6%
- Empleador/a: 13%

Ley N° 1085/1965

- Se deroga el articulado con las cuotas establecidas en la Ley N° 792 del 5 de junio de 1962

Ley N° 427/1973

- Trabajador/a: 6%
- Empleador/a: 14,5%
- 12% al IPS, 1,5% Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y 1% Ministerio de Justicia y Trabajo
- Estado: hasta el 1,5% calculado sobre el monto de los salarios sobre los cuales imponen las firmas patronales.
- Maestros/as y catedráticos/as de la enseñanza primaria, media, profesional y de idiomas y de los catedráticos universitarios de las instituciones públicas y privadas que será el 5% de sus remuneraciones.
- Trabajador/a doméstico/a: 75 guaraníes.
- Empleador/a del personal del servicio doméstico: 150 guaraníes.
- Empleador de instituciones privadas de enseñanza: 2,5% de las remuneraciones sobre las cuales imponen sus empleados.
- Trabajador/a independiente: 8%, calculado sobre la base de veinticinco días de salarios mínimo legal establecido para el trabajador no especificado de la Capital de la República.
- Titular de jubilación otorgada por el Instituto: 5% del monto de las respectivas pensiones.

19 En el caso de que los asegurados tuviesen la intención de extender los beneficios de la asistencia médica y farmacéutica a sus familiares, abonarían semanalmente a la Caja respectiva hasta un 7% de la renta, sueldo o salario semanal, según sea el número de la familia.

Ley N° 432/1973

- Se establece un aporte adicional 0,50%, a calcularse sobre la cuota patronal aportada al Instituto de Previsión Social, a partir del 1 de abril de 1974, elevándose así el aporte patronal al 15%. El porcentaje sería destinado al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, exclusivamente para sufragar gastos que demande la Campaña de Erradicación del Paludismo. El aporte adicional del 0,50% establecido tendrá una vigencia de (5) cinco años contados desde el 1 de abril de 1974 hasta el 31 de marzo de 1979.

Ley N° 1286/1987

- Titular de jubilación otorgada por el Instituto: 7% del monto de las respectivas pensiones.
- Si el Asegurado goza conjuntamente de la pensión establecida por la Ley N° 375/1956 y sus modificaciones, y de la jubilación acordada por la Ley N° 430/1973, el aporte del 7% será sobre el monto total de ambos beneficios.
- Trabajador/a doméstico/a: 2,5%
- Empleador/a del personal del servicio doméstico: 5,5%, ambos porcentajes calculados sobre el salario mínimo del trabajador de la categoría "A" de los establecimientos ganaderos, hasta que se establezca salario mínimo para el personal del servicio doméstico. Si el salario del personal doméstico fuese de mayor monto, este salario será la base de los mencionados aportes.

Ley N° 98/1992

- Trabajador/a: 9% de sus salarios.
- Empleador/a: 14% sobre el salario de los trabajadores. Estado: hasta el 1,5% calculado sobre el monto de los salarios sobre los cuales imponen los empleadores.
- Maestros/as y catedráticos/as de la enseñanza primaria, media, profesional y de idiomas y de los Catedráticos Universitarios de las Instituciones públicas o privadas, 5,5% de sus remuneraciones.
- Trabajador/a doméstico/a: 2,5%
- Empleador/a del personal del servicio doméstico: 5,5%, ambos porcentajes calculados sobre el salario mínimo del trabajador de la categoría "A" de los establecimientos ganaderos, hasta que se establezca salario mínimo para el personal del servicio doméstico. Si el salario del personal doméstico fuese de mayor monto, este salario será la base de los mencionados aportes.
- Empleador/a de instituciones privadas de enseñanza: 2,5% de las remuneraciones que perciben los docentes.
- Titular de jubilación otorgada por el Instituto: 6% del monto de sus respectivos beneficios.
- Trabajador/a de la Administración Nacional de Electricidad, 6% sobre sus salarios.
- Empleador (Administración Nacional de Electricidad): 12% calculado sobre los salarios de sus trabajadores.
- Empleador (Ministerio de Educación y Culto): 2,5% de las remuneraciones sobre las cuales aportan maestros y catedráticos de la Enseñanza primaria, media, profesional y de idiomas, y de los catedráticos de las instituciones públicas.

Ley N° 1398/1999

- Se adiciona a las cuotas establecidas en la Ley N° 98/1992, la cuota de los jubilados que hayan aportado en su vida laboral activa al Instituto y que sean miembros del Magisterio Nacional, que aportarán el 5,5% del haber jubilatorio neto que perciban luego de efectuados los descuentos previstos por la Ley²⁰.

Ley N° 1652/2000

- Se adiciona al Aporte patronal un 1% sobre las remuneraciones pagadas a los trabajadores de las empresas privadas, para el financiamiento del Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral. El aporte del empleador llega al 16,5% sobre las remuneraciones pagadas a los trabajadores de las empresas privadas.

Ley N° 2311/2003

- Se prórroga hasta el año 2008, la vigencia de la Ley N° 432/73, que establece el aporte adicional de 0,50% sobre la cuota patronal aportada al Instituto de Previsión Social (IPS), destinado a sufragar gastos de los programas desarrollados por el Servicio Nacional de Erradicación de Enfermedades transmitidas por Vectores (SENEPA), y otros programas epidemiológicos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Ley N° 3515/2008

- Funcionarios/as y contratados/as en el Ministerio Público: 3% de la remuneración definida en esta Ley^{21 22}.
- Empleador (Ministerio Público): 6,5% calculado sobre la remuneración de los funcionarios o contratados definida en esta Ley, que incluye la suma de dinero establecida a favor del funcionariado público en la Ley del Presupuesto General de la Nación, en concepto de Subsidio para la Salud, o de aporte para el Seguro Social.
- Ex funcionarios/as del Ministerio Público que ya se encuentran en goce de una jubilación, 9,5% del haber jubilatorio percibido.

- 20 Conforme al Decreto N° 6010/2016 “Queda suspendida la obligación de cotizar, conforme a lo previsto en la Ley N° 1398/99, que establece un aporte obligatorio del cinco y medio por ciento (5,5%) para el seguro social de salud a cargo de los docentes jubilados por el Ministerio de Hacienda y que continúen en actividad como docentes privados, en razón de que los mismos están obligados a cotizar, conforme lo dispone la Ley N° 4370/11 y su modificatoria la Ley N° 5555/15, el nueve por ciento (9%) sobre sus remuneraciones”.
- 21 A los efectos de la Ley N° 3515/2008, se entenderá como “remuneración” del funcionario o contratado aquella que recibe del Ministerio Público en dinero, especies o regalías, incluyendo lo que correspondiere a trabajos extraordinarios, suplementarios o a destajo, comisiones, sobresueldos, gratificaciones, indemnizaciones por despido, premios, honorarios, participaciones y cualesquiera otras remuneraciones accesorias que tengan carácter normal en la Institución, exceptuando los aguinaldos.
- 22 Cuando la sumatoria de los Rubros Presupuestarios Sueldos, Gastos de representación y Remuneraciones del Personal Contratado del Presupuesto Anual aprobado del Ministerio Público y de la ejecución presupuestaria, sea superior al setenta y cinco por ciento (75%) del total presupuestado o del total ejecutado, según el caso como Rubro 100 “Servicios Personales”, la base de cálculo de la cotización prevista en el Artículo 3°, incisos a) y b) de esta Ley se reducirá transitoriamente a los rubros Sueldos, Gastos de representación y Remuneraciones del Personal Contratado.

Ley N° 4199/2010

- Músicos/as, autores/as, compositores/as, artistas de teatro, animadores/as, locutores/as sin relación de dependencia, artesanos/as y en general, creadores/as e intérpretes de las diversas especialidades del arte y la cultura: cuota que no será superior al 5,5% del salario mínimo fijado para las actividades diversas no especificadas en todo el territorio de la República.

Ley N° 4370/2011

- Docentes dependientes de instituciones educativas privadas, de la educación formal y no formal, y de todos los niveles y modalidades: 9% calculado sobre el total del salario o remuneraciones percibidas.
- Empleador de instituciones educativas privadas, de la educación formal y no formal, y de todos los niveles y modalidades: 14 % calculado sobre el total del salario o remuneraciones percibidas por el personal docente.

Ley N° 5407/2015

- Trabajador/a doméstico/a cualquiera sea la modalidad: 9% calculado sobre el total del salario o remuneración percibidos.
- Empleador/a de trabajadores domésticos: 14% calculado sobre el total del salario o remuneración percibida por el trabajador doméstico.

Ley N° 5555/2015

- Docentes dependientes de instituciones educativas privadas, reconocidas por el Ministerio de Educación y Cultura, de la educación formal y no formal, y de todos los niveles y modalidades: 9% calculado sobre el total del salario o remuneraciones percibidas.
- Empleadores/as de los docentes dependientes de instituciones educativas privadas: 14% calculado sobre el total del salario o remuneraciones percibidas por el personal docente.
- Docentes dependientes de instituciones educativas privadas de todos los niveles y modalidades, subsidiados por el Estado conforme al Art. 6 de la Ley N° 4370/2011 "que establece el seguro social para docentes dependientes de instituciones educativas privadas": 6% calculado sobre la sumatoria de la jubilación del Instituto de Previsión Social, y del Componente No Contributivo a cargo del Ministerio de Hacienda.

Ley N° 5741/2016

- Propietarios/as y/o responsables de Microempresas como asegurados: 23% del mayor salario mensual declarado y abonado a sus trabajadores, que en ningún caso podrá ser menor al salario mínimo legal para actividades diversas no especificadas.

● Exclusiones del Régimen del Seguro Social

Las normativas vigentes crearon el marco formal para incorporar a la mayor parte de la población adulta en el IPS, lo que habilitaría a gozar de los beneficios del seguro social. La situación legal contrasta con la realidad caracterizada por una baja cobertura.

Las razones de exclusión son múltiples y de diferente índole: institucionales, económicas, demográficas, socioculturales. En este trabajo se exponen algunas,

especialmente institucionales y económicas buscando establecer hipótesis para futuras investigaciones que profundicen los determinantes de manera interrelacionada.

Excluidos por la normativa

Entre los segmentos de la población que quedan fuera del Seguro Social provisto por el IPS, conforme a las normativas legales (Ley N° 98/92), se encuentran los siguientes:

- Funcionarios/as y empleados/as de la Administración Central: mientras se encuentran en servicio activo, aportan para la jubilación a la Caja Fiscal y si su entidad cuenta con crédito presupuestario, contratan servicios de seguros privados de salud; por lo que al momento de jubilarse quedan sin acceso a estos seguros, debiendo recurrir a los servicios que presta el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social o a gastos de bolsillo para acceder de manera particular a servicios o la contratación de seguros médicos privados. Los funcionarios vinculados por contratos temporales, a diferencia de los funcionarios permanentes, quedan excluidos de la cotización a la Caja Fiscal. El porcentaje de funcionarios y empleados contratados dentro de la Administración Central y Descentralizada representa el 22% del total de los funcionarios (SFP, 2021).
- Empleados de los bancos privados y oficiales de la República: trabajadores/as del Banco Nacional de Fomento y el Banco Central del Paraguay cuentan con seguros médicos privados financiados con fondos públicos.
- Fuerzas Armadas y Policiales: los miembros de las Fuerzas Armadas cuentan con su propio servicio de salud. Estos reciben asistencia sanitaria a través de los servicios que presta el Hospital Militar Central del Paraguay. En tanto, para las Fuerzas Policiales, la Ley N° 5062/13 crea el servicio de atención a la salud del personal de la Policía Nacional, y en su Art. 1° establece que el servicio de salud será brindado a través del Hospital Central de Policía “Rigoberto Caballero” y demás hospitales y centros de atención habilitados por la Institución.
- Trabajadores del Ferrocarril “Carlos Antonio López”: tienen su propia Caja de Seguro Social creada por Ley N° 98/92 y cuentan con seguro de salud privado financiado con fondos públicos.

Si bien todos estos grupos no están en el IPS, cuentan con recursos públicos que subsidian su cobertura de seguro médico en el sector privado.

- Otros familiares del titular: en la mayoría de los regímenes de IPS los beneficios son extensibles a los cónyuges o convivientes, hijos hasta los 18 años o mayores de edad con capacidades diferentes en caso de fallecimiento del padre/madre biológicos, y los padres del asegurado mayores de 60 años en situación de dependencia, de acuerdo al artículo 33 de la Carta orgánica del seguro social (IPS, 2013). Por tanto, quedan sin amparo de seguro médico los hijos de titulares (denominados beneficiarios del titular) al cumplir la mayoría de edad, salvo que los mismos se incorporen a la fuerza de trabajo ocupada y formalizada y pasen a ser titulares. Respecto a los hijos del titular, menores de edad, cabe señalar que, si estos tienen un hijo, este no puede ser asegurado por ser nieto/a del titular.

Conforme al Art. 34° del Decreto Ley N° 1860/50, las personas que integran el grupo familiar del titular tendrán derecho a beneficios sólo si viven con el asegurado y dependen económicamente de él. Es decir, el/la cónyuge y/o concubina/o que no cumpla con la condición de desempleo y dependencia económica queda sin acceso a las prestaciones médicas del seguro, esto último de conformidad a lo establecido en el Decreto N° 8841/12, que reglamenta la inscripción de los cónyuges, la cobertura de los ascendientes dependientes del titular y la extensión de prestaciones para el trabajador cesante.

Con acceso parcial según la normativa

La Ley N° 4933/13 autoriza la incorporación voluntaria de trabajadores independientes, empleadores, amas de casa y trabajadores domésticos al seguro social (fondo de jubilaciones y pensiones), pero sin prestaciones médicas.

La encuesta longitudinal de protección social ha mostrado que un incentivo importante de afiliación por parte del sector de trabajadores es el seguro médico. Del total de la población de 15 años y más de edad que se encuentra afiliada a IPS o alguna Caja para jubilación, el 48,9% lo hace porque recibe atención médica y medicamentos tanto para el titular como para sus familiares dependientes; el 25,1% para recibir una pensión por jubilación; el 10,1% por otras razones como encontrarse obligado por el empleador, recibir una pensión

para su cónyuge o hijos cuando fallezca y el 8% por recibir su salario mientras está enfermo (STP, 2016).

Los reclamos sobre la prestación de servicios de salud del IPS podrían resultar un punto crítico para que la formalización tenga un mayor atractivo. Entre las personas de 15 años y más de edad que no se encuentran afiliadas al IPS o a alguna caja para la jubilación, el 73,7% estaría incentivada a afiliarse si existieran mejores servicios de salud, un 55,7% lo haría si las pensiones por jubilación fueren mayores y 16,8% si disminuyeran las tasas de aporte (STP, 2016).

Esta norma posibilita el ingreso de personas que quizás nunca hayan pasado por el mercado laboral como las denominadas “amas de casa”, de modo tal que visibiliza y reconoce el trabajo del hogar, aunque este no se produzca en la esfera mercantil. A pesar de ello, los requerimientos de aportes podrían representar un motivo de exclusión dado que la cotización (13%) tiene como base mínima imponible el salario mínimo. El acceso a los servicios médicos se concreta recién desde el momento en que se accede a la jubilación efectiva, es decir, desde el momento en que se cumplen los 55 años y 30 años de aportes o 60 años de edad y 25 años de aporte en el caso de la jubilación ordinaria.

Otro acceso parcial en razón de la normativa se da con contingentes que aportan solamente para acceder a los servicios médicos y no así al fondo de jubilaciones, como cierto grupo de funcionarios públicos, maestros, docentes universitarios, magistrados judiciales, que con sus luchas han conseguido acceder a la cobertura de salud del IPS, además de aportar al programa de jubilaciones del Ministerio de Hacienda (Caja Fiscal).

Exclusiones en la práctica

A pesar de que la normativa permite la inclusión de ciertos sectores de trabajadores al seguro social del IPS, el deficiente funcionamiento del mercado de trabajo y el bajo nivel de ingresos de los trabajadores y trabajadoras, repercute negativamente en las posibilidades de acceso a coberturas de salud y jubilación.

La inserción en ciertos sectores de la economía como la construcción y la agricultura se asocia con menores probabilidades de aporte a la seguridad social; algo similar ocurre con el trabajador a tiempo parcial, el servicio doméstico, trabajadores de micro y pequeñas empresas.

Pero también existe evidencia acerca de varias formas de evasión. En primer lugar, la evasión legal al contratar con emisión de factura, siendo un trabajador/a en relación de dependencia o subordinación, dado que existe un salario, un horario, un sitio de trabajo y días de descanso (IPS 2013, p. 51).

Las llamadas “nuevas formas de empleo” o el trabajo en “plataformas” dificultan la identificación de relaciones de dependencia laboral y las estrategias de fiscalización para el cumplimiento de los derechos laborales, lo que exige nuevas regulaciones y políticas para la protección laboral de estos trabajadores/as. Una segunda forma de evasión es la declaración de salarios más bajos que los efectivamente pagados.

Otra forma de exclusión es el de personas de nulo o bajos ingresos: en general, la normativa establece que la base del cálculo del aporte es el salario mínimo y si se considera el alto porcentaje de trabajadores que no consiguen llegar a dicho nivel de ingresos, hay una alta probabilidad de exclusión de las mujeres que están fuera de la fuerza de trabajo, de trabajadores familiares no remunerados, pueblos indígenas, trabajadores/as domésticos/as, rurales, de la construcción, de las micro empresas y trabajadores jóvenes en general.

Navarro y Ortiz (2014, p.57) acotan que:

El sistema [...] no fue diseñado ni implementado en el Paraguay con el objetivo de proteger al trabajador rural, al empleado doméstico ni al trabajador por cuenta propia, ni a los trabajadores informales, que constituyen la mayoría en el espectro del mercado laboral del Paraguay.

Los Pueblos Indígenas

Los/as trabajadores/as del sector privado en general están legalmente incluidos en la normativa correspondiente al régimen general del Instituto de Previsión Social. A pesar de ello, en el año 2013 se aprobó la Ley N° 3050 que crea el sistema de ayuda mutual hospitalaria “AMH”, dirigida a la población ocupada indígena del Chaco. La vigencia de esta ley exonera a los empleadores del Chaco a incorporar a indígenas asalariados al IPS, reduciendo los aportes de los empleadores, la protección financiera a la salud y las prestaciones sanitarias a los trabajadores asalariados indígenas y a sus familias y eliminando la posibilidad de jubilación a los trabajadores indígenas.

Esta ley solo cuenta con prestaciones de salud y con protección financiera limitada a consultas y parte de otros servicios a diferencia del régimen general de IPS que incluye también el aporte para jubilaciones o pensiones y cobertura total en salud. Al respecto, el Artículo 6°.- De los servicios y beneficios de las Cajas señala que “Las Cajas prestarán los siguientes servicios y beneficios a sus asegurados: a) atención médica integral, prevención, capacitación y especialización para los indígenas y sus familias, de acuerdo con lo establecido en la reglamentación de esta Ley; b) cubrir parte de los gastos resultantes de tratamientos e intervenciones médicas; c) mediar para la obtención de los medios necesarios de derivación a centros médicos estatales y privados con mejor infraestructura o especializados de la región, de acuerdo con la gravedad de los casos médicos; d) en caso de enfermedad o accidente, el asegurado presentará su libreta o el certificado en un puesto de salud y pagará una tasa para la Caja, como contribución propia para el tratamiento. Los demás costos de la consulta y el tratamiento serán pagados por la Caja”.

Esta ley, además de limitar el derecho a la seguridad social de los Pueblos Indígenas frente al resto de los trabajadores, también reduce el aporte de los empleadores al fijar una base imponible menor al salario mínimo. El Artículo 11 señala que “Los aportes a las Cajas se realizarán con los siguientes porcentajes y condiciones: a) el empleador como el empleado y sus familiares aportarán para la Caja. El empleador aportará el 10% (diez por ciento) del sueldo bruto abonado a su empleado. El empleado aportará a la Caja el 5% (cinco por ciento) del sueldo bruto recibido; b) el agricultor indígena no empleado aportará el 5% (cinco por ciento) de sus ingresos brutos provenientes de la agricultura y la ganadería. Las comunidades indígenas aportarán el 5% (cinco por ciento) de sus ingresos brutos generados por la producción en las chacras y estancias comunitarias para la Caja; c) los productores y compradores de las manualidades y artesanías indígenas pagarán el 15% (quince por ciento) de los ingresos percibidos. El Productor pagará sus 5% (cinco por ciento) a la entrega de la mercancía y el restante 10% (diez por ciento) lo pagará el comprador con la liquidación a través de la orden de pago”.

Como se puede ver, el empleador paga el 10% sobre la remuneración, el 5% por el trabajador y otra parte con una figura jurídica similar a un impuesto. Esta ley permite que queden fuera de la seguridad social los trabajadores indígenas y reduce el aporte del empleador generando una importante desigualdad, tanto entre trabajadores indígenas y no indígenas y entre empleadores de indígenas y o

indígenas. El Artículo 15 da cuenta de esta situación “Los empleadores y empleados que aporten a la Caja estarán exonerados de aportar al Instituto de Previsión Social por seguro social de sus empleados indígenas.

En 2017 se levantó la encuesta de hogares indígenas en la cual se encontró que el promedio de ingresos es de alrededor de Gs. 1.000.000. Si se considera este nivel salarial, resulta que el empleador de un trabajador indígena termina aportando Gs. 100.000, una cifra mucho más baja que el realizado por cualquier otro empleador.

Además de la exclusión del sistema de seguridad social de los Pueblos Indígenas, la evidencia indica la existencia de trabajo forzoso y servidumbre por deuda tanto en establecimientos rurales ganaderos como en emprendimientos urbanos que incluyen a las cooperativas menonitas (Bhoola, 2017; Bedoya y Bedoya, 2005; Kaye, 2006).

● La debilidad de la fiscalización

La baja cobertura de la seguridad social tiene como uno de sus determinantes los altos niveles de evasión, lo que exige mayor eficiencia a las instituciones competentes con miras a otorgar protección a todos los segmentos, lograr equidad contributiva y paliar el problema de la sostenibilidad del sistema solidario. La fiscalización e inspección del cumplimiento de las normativas vigentes sobre los derechos del trabajador y la seguridad social recaen fundamentalmente en dos instituciones: IPS y el MTESS.

El aumento de jerarquía de la institucionalidad laboral de viceministerio a Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social otorgó un renovado organigrama (Resolución N° 53/2015). Dentro de la estructura del MTESS está la Dirección General de Inspección y Fiscalización Laboral, dependiente del Viceministerio del Trabajo, el órgano al que le compete la:

“(…) inspección, vigilancia y fiscalización de los establecimientos industriales, comerciales, mineros, obrajeros, agrícolas y ganaderos, así como las oficinas prestadoras de servicios, a fin de velar por el cumplimiento de la legislación laboral y de seguridad social en todo el territorio nacional, relativas a las condiciones de trabajo, la salud y seguridad ocupacional, a la protección de los trabajadores en el ejercicio de su profesión y a la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, incluidas las normas laborales que protegen especialmente a

mujeres, niños, niñas y adolescentes, en coordinación con los otros órganos del Ministerio (Art. 16, Ley N° 5.115/13)”.

La normativa establece que esta dirección del MTESS tiene por objeto:

“(…) ejercer potestades de policía administrativa del Ministerio, y en tal carácter le corresponde no solo el fin jurídico político-laboral, sino también política-social de promover la colaboración de empleadores y trabajadores en el cumplimiento de los contratos colectivos, las leyes y los reglamentos del trabajo (Art.17, Ley N° 5.115/13)”.

Dicha Dirección está conformada por el Departamento de Fiscalización Laboral y el Departamento de Fiscalización en Seguridad Ocupacional, además de oficinas regionales de inspección y fiscalización. El MTESS tiene competencia para imponer sanciones económicas por violaciones de la legislación laboral (Arts. 391, 398 y 407 a 411 del Código del Trabajo; Art.1 de la Ley N° 1.235/67).

Según se ha podido recoger en los informes de gestión del MTESS, en promedio se realizan unas 300 fiscalizaciones anuales a empresas por incumplimiento de normas laborales y seguridad ocupacional.

Tabla 8.
Cantidad de fiscalizaciones a empresas por incumplimiento de normas laborales y seguridad ocupacional

Ramas	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Total</i>	312	324	241	234	338
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca		2	3		
Industrias manufactureras		46	20		
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado			1		
Suministro de agua; evacuación de aguas residuales, gestión de desechos y descontaminación			1		
Construcción		17	17		
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas		62	81		
Transporte y almacenamiento		77	61		

Ramas	2015	2016	2017	2018	2019
Actividades de alojamiento y de servicio de comidas			12		
Información y comunicaciones		4	4		
Actividades financieras y de seguros		11	7		
Actividades inmobiliarias		52	2		
Actividades de servicios administrativos y de apoyo			15		
Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria		14	1		
Enseñanza		16	3		
Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social		4	8		
Otras actividades de servicios		12	1		
Actividad no especificada		7	4		

Fuente: MTESS - Informe de gestión 2018/2019. Informe de gestión 2020. Compendio estadístico 2015, 2016 y 2017. Dirección General de Inspección y Fiscalización de Trabajo (DGIF).

La documentación que debe tener de manera obligatoria el empleador al momento del procedimiento de inspección es sumamente extensa, por lo que una de las razones de las empresas para permanecer en la informalidad es mantenerse fuera de los registros en las instituciones que tienen competencia fiscalizadora. El artículo 385 del Código del Trabajo define las multas por incumplimiento: 10 jornales mínimos en caso de ser la primera infracción; 20 jornales mínimos en caso de reincidencia; 30 jornales mínimos en caso de la tercera infracción en adelante.

Recuadro 3. Documentos exigidos en la fiscalización

Documentos laborales

- Inscripción Patronal MTESS
- Último recibo de la planilla anual MTESS
- Constancia de comunicación de vacaciones (Art. 222 Ley N° 213/93)
- Recibos de pago de vacaciones (Art. 220 Ley N° 213/93)
- Recibo de pago de horas extraordinarias (Art. 234 Ley N° 213/93)
- Cumplimiento de asignación familiar (Art. 261 Ley N° 213/93)
- Recibos de pago de salario (Art. 235 Ley N° 213/93)
- Recibos de pago de aguinaldo (Art. 243 Ley 213/93)
- Contrato individual de Trabajo (Art. 43 al 46 Ley N° 213/93)
- Contrato colectivo de condiciones de Trabajo (Art. 326 Ley N° 213/93)
- Reglamento Interno de Trabajo Homologado por el MTESS (Art. 350 Ley N° 213/93)
- Resolución de Trabajo Nocturno (Art. 208 y 209 Ley N° 213/93)
- Constancia Registro Trabajador Adolescente CODENI (Art. 55 60 Ley N° 1680/01)
- Número de Inscripción de IPS (Art. 382 Ley N° 213/93)
- Última Planilla de Pago al IPS (Art. 382 y 383 Ley N° 213/93)
- Cumplimiento de la jornada de trabajo efectivo (Art. 194 Ley N° 213/93)
- Descanso semanal (Art. 213 Ley N° 213/93)
- Salas de Lactancia (Art. 17 Ley N° 5508/15)

Libros laborales

- Libro de empleados y obreros
- Libro de sueldos y jornales
- Libro de vacaciones

Documentos en materia de salud y seguridad ocupacional

- Constancia de Exámenes Médicos Obligatorio de Admisión y Periódicos (Art. 275 Inc. "a" del Código del Trabajo y Arts. 259 al 263 Decreto N° 14390/92)
- Constancia de entrega y/o provisión de ropas de trabajo y equipos de protección personal (Art.272 del Código del Trabajo y Art. 256 Decreto N° 14390/92)
- Constancia de Realización de cursos de capacitación (Art.15 Decreto 14390/92)
- Constancia de mantenimiento de sistemas y dispositivos de seguridad instalación eléctrica (Art.78 Decreto N° 14390/92)
- Constitución de la Comisión Interna de Prevención de Accidentes (CIPA) (Art. 274 del Código del Trabajo y Art.284 Decreto 14390/92)
- Constancia de mantenimiento de aparatos de izar maquinas (Arts. 110 128 131 Decreto N° 14390/92)
- Constancia de Inscripción de profesionales en Salud y Seguridad Ocupacional (Art.276 Decreto 14.390/92)
- Constitución de la Organización de la Salud Ocupacional en los lugares de trabajo (Art. 274 del Código del Trabajo y Art. 271 Decreto N° 14390/92)
- Evaluación de Riesgos Política de Prevención (Art. 273 del Código del Trabajo)
- Planos de prevención de Incendios aprobados por la municipalidad y
- Otros documentos que requiera el Inspector de acuerdo a las circunstancias.

El IPS también tiene funciones fiscalizadoras que se refieren principalmente a la verificación de cotización de los trabajadores al seguro social y a la reducción de la evasión por parte del empleador.

El artículo 69 del Decreto Ley N° 1860/50 actualizado por las Leyes N° 1085/65 y 427/73 establece que las empresas están obligadas a facilitar la inspección, y exhibir los Balances visados por la Sub-Secretaría de Estado de Tributación y los Libros exigidos y visados por la Dirección del Trabajo dependiente del MTESS. En caso de que la empresa se negase, el IPS se reserva el derecho de recurrir a la justicia, la cual deberá expedirse en un plazo no mayor a 48 horas.

Dentro del IPS es el Departamento de Control del Aportante de la Dirección de Aporte Obrero Patronal la dependencia que cuenta con la autorización para el cobro de multas por incumplimiento. Además, los Inspectores de Seguridad Social tienen la facultad de inscribir de oficio a los trabajadores que al momento de la fiscalización in situ no se encuentren registrados.

En este proceso de fiscalización llaman la atención dos aspectos; por un lado, la posibilidad que se le brinda al empleador de no proveer la información requerida cuando se realiza la verificación in situ, y por el otro, el reducido monto establecido como multa en estos casos. La Resolución C.A. N° 068-040/14, de fecha 12 de agosto de 2014, establece que la multa por omisión de informar los datos requeridos por el inspector es de 15.000 guaraníes por cada día de atraso en proveer la información. Cabe destacar que, a diferencia del IPS, el MTESS no tiene este tipo de restricciones al momento de realizar una fiscalización. A pesar de ello, aún presenta un alto nivel de insuficiencia en materia de fiscalización estatal.

A todas luces la cantidad de inspectores del mencionado departamento es insuficiente para la labor que deben acometer²³. El IPS dispone de 10 inspectores y de 5 funcionarios en la Unidad de promoción y difusión del seguro social²⁴ para un total estimado de 870 mil empresas en el país, de las cuales se estima que el 70% es informal (correspondiente a microempresas sin RUC), esto es, 608 mil empresas²⁵, con lo cual también es muy probable que sus empleados sean informales.

23 <https://www.abc.com.py/nacionales/2021/06/06/ips-se-reconoce-incapaz-de-fiscalizar-en-investigacion-por-presunto-fraude/>

24 <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1631547333.pdf>

25 Estimación realizada por MIC - Viceministerio de MIPYMES en base a información proveída por la DGEEC, con fuente en la Encuesta Permanente de Hogares y el Directorio General de Empresas y Establecimientos.

Durante la pandemia las instituciones de fiscalización e inspección en el cumplimiento de la normativa de salud y seguridad ocupacional fortalecieron sus mecanismos y se intensificaron los trabajos a través de los directores regionales y fiscalizadores del MTESS. A diferencia de lo que ha ocurrido en otros países, donde la labor de inspección disminuyó, en el caso paraguayo se ha observado un incremento en el número de fiscalizaciones. Este crecimiento en las instituciones de supervisión y control puede reorientarse al cumplimiento de la norma de la seguridad social (Reinecke et al., 2020).

Las principales falencias en la fiscalización:

1. La fiscalización se realiza de manera independiente entre los dos organismos y con base en denuncias, sin mecanismos de coordinación. De esta manera, la tarea de fiscalización independiente que realiza cada una de las instituciones, termina siendo incompleta dado que considera sólo lo vinculado al cumplimiento de normativas laborales (MTESS) o sólo el cumplimiento de normativas de seguro social (IPS).
2. El IPS tiene competencias limitadas para la verificación in situ, pues los empleadores no tienen la obligación de facilitar la fiscalización. Si bien la normativa establece multas para estos casos, la multa es baja.
3. Ausencia de registros administrativos unificados entre la Secretaría de Estado de Tributación del MH (SET), el IPS y el MTESS.

● Riesgos no cubiertos

Seguro de desempleo

A raíz del cierre temporal o definitivo de muchas empresas como consecuencia de las restricciones sanitarias tomadas durante la pandemia, el Gobierno Nacional debió apelar a estrategias de emergencia para tratar de paliar en algo la situación de cientos de miles de trabajadores/as formales afectados/as y de sus familias. Una de ellas fue implementar, a través del Instituto de Previsión Social (IPS), “el subsidio por cesantía laboral para los trabajadores formales (Decreto 3.456/20) con el pago de 50% (G. 1.096.000) del salario mínimo vigente prorrateados por los días cesados, previa aprobación del Ministerio del Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS)” (Imas, 2021).

El desamparo en el que han quedado los trabajadores/as en situaciones de crisis económicas y catástrofes sanitarias, exige respuestas efectivas de parte del Estado para evitar consecuencias mayores como la caída de la economía, del PIB, explosiones sociales, aumento de los índices de pobreza y pobreza extrema. En Paraguay tales planes no existían en 2020, por lo que el gobierno reaccionó con programas de asistencia y subsidios para paliar parcialmente el impacto económico de la emergencia sanitaria en el país, con dinero de préstamos internacionales, lo que implica endeudamiento público.

La existencia de un seguro de desempleo permitiría proteger y garantizar un ingreso mínimo para los trabajadores ante despidos injustificados, suspensiones de contrato, reducciones de la jornada laboral u otros motivos ajenos a su voluntad. Este mecanismo generalmente otorga un ingreso durante un tiempo aproximadamente de seis meses y se percibe de manera regresiva durante ese periodo, es decir, partiendo de un monto máximo se reduce con el paso de los meses en paro. Para poder acceder y mantener el beneficio durante ese tiempo, las normativas generalmente se vinculan a la justificación de búsqueda activa de empleo por parte de los trabajadores. La existencia de un seguro de desempleo puede servir también como un incentivo para favorecer la formalización de los trabajadores y lograr un mayor acceso a la seguridad social.

En 2021 se identificaron tres iniciativas legales en construcción que buscan la implementación de un seguro de desempleo en el país. Dos de ellas presentadas por congresistas, de las cuales una continúa en trámite (con dictamen favorable de aprobación con modificaciones) por parte de la Comisión de Cuentas y Control de la Administración Financiera del Estado²⁶ del Senado; y otra que fue rechazada por el pleno de la Cámara de Diputados (por recomendación de la Comisión de Asuntos Económicos y Financieros)²⁷. La tercera y más reciente propuesta es una iniciativa del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS) que, con apoyo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Instituto de Previsión Social (IPS) en construcción tripartita, se encuentra en etapa de socialización y de generación de consenso entre las partes involucradas.

26 Proyecto de Ley presentado por los Senadores Juan Bartolomé Ramírez, Abel González y Víctor Ríos: <http://silpy.congreso.gov.py/expediente/120347>

27 Proyecto de Ley presentado por el Diputado Carlos Enrique Silva: <http://silpy.congreso.gov.py/expediente/118160>

En marzo de 2020, el MTESS, con el apoyo de la OIT e IPS, inició el diseño de una propuesta técnica de seguro de desempleo, cuyo objetivo es “proteger al trabajador ante los hechos de pérdida del empleo de forma involuntaria o despidos no justificados, a causa de suspensiones de trabajo y reducción de jornadas laborales” (MTESS, 2020). Además, de abordar los costos que supondría una nueva prestación a los trabajadores, especialmente en épocas de crisis económica. En general, se trata de proteger los ingresos de los trabajadores, evitar que su situación de fuerza mayor los lleve a dar pasos hacia la pobreza y la informalidad, además de promover la reinserción productiva de esos mismos trabajadores de acuerdo a sus capacidades profesionales. La expectativa de este proyecto de seguro de desempleo es, además, que contribuya a la formalización del empleo y se convierta en una herramienta anticíclica en situaciones extremas como las crisis económicas y situaciones excepcionales como la pandemia de Covid-19, que ha provocado la quiebra de empresas, pérdida masiva de empleos y de condiciones de trabajo (precarización), reducción de salarios y un aumento desmesurado de la informalidad.

La consolidación e implementación efectiva de un seguro de desempleo se verá en primera instancia limitada en cuanto a cobertura, debido al alto grado de informalidad laboral, pero definitivamente servirá de estímulo para la generación de empleo formal y permitirá la protección de los ingresos de los trabajadores ante eventos fortuitos. Además, Paraguay se uniría a la lista de países de la región que ya cuentan con este tipo de normativas de protección para los trabajadores: Argentina, México, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Uruguay.

El seguro de desempleo apunta a cubrir parte de la pérdida de ingreso que sufre un trabajador cuando queda sin trabajo o, en algunos casos, cuando se reduce su jornada laboral. Aparecen así asociados a brindar alivio durante un período concebido como de transición, permitiendo cumplir con tres objetivos básicos: a) el seguro permite que el desocupado realice una búsqueda de trabajo más selectiva, disminuyendo la probabilidad de que se inserte en un puesto poco acorde con sus calificaciones; b) el seguro es un instrumento estabilizador de los ingresos y del consumo, ya que permitiría amortiguar la caída del gasto agregado en las recesiones; c) reduce la resistencia de los trabajadores a las reestructuras productivas²⁸.

28 Exposición de motivos del proyecto de seguro de desempleo. MTESS https://www.mtess.gov.py/application/files/2116/2204/2021/Borrador_Proyecto_Desempleo_Consejo_Consumitivo_v30_18_09.pdf

El segundo objetivo de este instrumento es disminuir el impacto de la pérdida del empleo en la calidad de vida de los trabajadores y sus familias porque sustituye la pérdida de ingresos durante el periodo cesante, permitiéndoles sostener un cierto nivel de vida durante la contingencia.

Finalmente, se espera que la existencia de un seguro de desempleo contribuya a la formalización. “El Seguro de Desempleo protege a los trabajadores formales en relación de dependencia que rigen sus relaciones contractuales por el Código del Trabajo y leyes laborales especiales, en las condiciones previstas en la presente Ley” (Art. 2 Proyecto de Ley MTESS).

Entre los principales desafíos para su implementación en Paraguay están la informalidad y el financiamiento. La propuesta de la ley establece que los recursos deberían provenir de: a) los aportes de los trabajadores; b) los aportes de los empleadores; c) las multas por mora; d) los recargos adicionales; e) retenciones que otras instituciones realicen a cuenta del seguro de desempleo en concepto de aporte obrero patronal; f) legados o donaciones; g) asignaciones excepcionales del Estado; h) devoluciones por cobros indebidos; i) ingreso de rentas de las inversiones; j) otras asignaciones redestinadas a formar parte del fondo con partidas presupuestarias establecidas en el Presupuesto General de la Nación u otras leyes especiales.

La administración de estos recursos estaría a cargo del Instituto de Previsión Social (IPS).

Fondo de Contingencia Agroclimática para la Agricultura Familiar (FOCAAF)

La información disponible sobre Agricultura Familiar (AF), con base en el procesamiento de los datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de 2018, arroja que ese año eran 1.148.829 trabajadores los ocupados en el área rural; de los cuales estaban ocupados en la agricultura, ganadería, caza y pesca 550.821 trabajadores (47,9%). En la agricultura familiar el número de personas trabajando llegaba a 467.704 (40,7%), casi la mitad en situación de pobreza (47,2%) (Imas, 2021).

Dentro de la estructura productiva del país, la agricultura familiar tiene una importancia relevante para la canasta familiar, sobre todo en las áreas rurales. La

Agricultura Familiar (AF), también llamada agricultura campesina o indígena, abarca la producción de todos los alimentos: ya sea de origen vegetal y animal (incluidos derivados) producidos en tierras agrícolas, bosques, montañas, áreas periurbanas o en piscifactorías, que son gestionados y explotados por una familia, y que dependen básicamente de la mano de obra familiar, tanto de mujeres como de hombres (Imas, 2020).

El 91,1% de los trabajadores de la agricultura familiar residen en las áreas rurales del país. Del total de trabajadores, el 74,7% son hombres y sólo el 25,3% son mujeres. La población empleada en esta ocupación tiene menores oportunidades de aportes jubilatorios que aquellas que residen en las áreas urbanas del país. Del total de trabajadores de la agricultura familiar, el 99,9% de ellos no aporta a una caja de jubilación. Además, sólo el 7,7% tiene un seguro médico, y de ellos el 6,6% corresponde al seguro médico de IPS.

Tabla 9.
Población ocupada en agricultura familiar de 15 años y más por sexo y área de residencia. En porcentaje. Año 2019

Sexo	
Total	100,0
Hombres	74,7
Mujeres	25,3
Área de residencia	
Total	100,0
Urbana	8,9
Rural	91,1

Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta permanente de hogares continua (EPHC, 2019) del INE.

El ingreso laboral medio nacional de la AF, Gs. 1.084.492, se encuentra por debajo del 50% del salario mínimo vigente, por lo tanto, los bajos niveles de ingreso laboral dificultan realizar el aporte a la seguridad social dado que disminuiría el ingreso laboral neto de los trabajadores. Asimismo, el ingreso laboral medio urbano es menor al ingreso laboral rural, y al desagregarlo por sexo, nuevamente las mujeres ganan menos que los hombres.

Tabla 10.
Ingreso laboral promedio de la población ocupada en agricultura familiar de 15 años y más por área de residencia y sexo. En guaraníes. Año 2019

Agricultura Familiar	
Ingreso laboral medio	1.084.492
Sexo	
Hombres	1.185.611
Mujeres	496.476
Área de residencia	
Urbana	660.374
Rural	1.045.476

Fuente: elaboración propia con datos de la encuesta permanente de hogares continua (EPHC, 2019) del INE.

La situación de pobreza de los trabajadores del campo y en especial de quienes se dedican a la agricultura familiar, se puede ver aún más agravada por las amenazas de fenómenos naturales y crisis económicas, que tienen repercusiones directas sobre la producción de alimentos. La variabilidad y el cambio climático constituyen amenazas para la seguridad alimentaria y nutricional (SAN), lo que evidencia fragilidad en los sistemas de producción actuales y su vulnerabilidad ante los desastres. Afectan el acceso a los mercados, el comercio y el suministro de alimentos a las ciudades. Reducen los ingresos, acaban con los ahorros y erosionan los medios de vida de las familias campesinas. De allí que sea necesario cambiar las respuestas reactivas a las emergencias y desastres, por un enfoque más proactivo de gestión y reducción de riesgos.

La propuesta de un Fondo de Contingencia Agroclimática para la Agricultura Familiar (FOCAAF), surge a partir de la necesidad de proteger a la producción agrícola campesina de los fenómenos climáticos y económicos que pueden afectar a los agricultores, exponiéndolos a la pérdida de sus cosechas e inversión, al nivel incluso de perder sus propiedades. Además de proteger la seguridad alimentaria del país de los imprevistos que puedan afectarla: fenómenos climáticos y sus consecuencias (sequías, heladas, escasez de agua, que provocan “pérdida de la producción, pérdida de ingresos y de activos de la finca, el aumento de la

pobreza y el desabastecimiento de alimentos”), muy frecuentes en los últimos años. La existencia de un Fondo de contingencia “garantiza la continuidad de la producción de alimentos, reduce la incertidumbre que generan los riesgos y la inestabilidad del ingreso, evita el endeudamiento, es un estabilizador automático, y posee un efecto redistributivo” (Ímas, 2021, p.1).

El FOCAAF no es ni un seguro ni un subsidio, sino “un fondo de contingencia cuyo funcionamiento no está normado en el ámbito de la Ley No. 827/96 de Seguros, por lo que será necesaria una nueva normativa” (Imas, 2021, p.177). El fondo establece la corresponsabilidad entre el productor y el Estado para atender contingencias agroclimáticas de la agricultura familiar campesina, que tienen dificultades de acceder a los seguros privados, debido a la escala económica de los cultivos y las mínimas capacidades naturales, físicas, financieras y humanas en la que se desarrolla; y que generan poco interés en las aseguradoras privadas debido al bajo retorno que en general suelen representar (Imas, 2021; Imas, 2020).

En cuanto a Políticas Públicas de Gestión de Seguro Agrícola, Paraguay no cuenta con estrategias especializadas para fortalecer el seguro agrícola. No obstante, en el ámbito del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) - Programa Nacional de Apoyo a la Agricultura Familiar (PRONAF), se intentó un plan piloto pre seguro de cosecha que constituiría una herramienta financiera de contingencia de mitigación parcial de daños para productores de la agricultura familiar, cuyas parcelas hubieran sido siniestradas por factores climáticos (sequía – exceso de lluvia – helada – vientos fuertes - granizo) no manejables. Esta experiencia lastimosamente fracasó, debido al mal enfoque del citado plan (CAS, 2016, p.136).

Entre 2018 y 2020 estuvieron en estudio en el Congreso Nacional, dos Proyectos de Ley sobre seguros agrícolas para la Agricultura Familiar Campesina. Los dos fueron retirados, uno de ellos después del rechazo de las comisiones de Hacienda y Presupuesto, y Desarrollo social del Senado²⁹ y otro después de ser postergado *sine die*³⁰.

29 Proyecto de Ley presentado por los senadores/as Esperanza Martínez, Carlos Filizzola, Sixto Pereira, Hugo Richer, Fernando Lugo. <http://silpy.congreso.gov.py/expediente/112755>

30 Proyecto de Ley presentado por los senadores/as Lilian Samaniego, Juan Afara y Blanca Ovelar <http://silpy.congreso.gov.py/expediente/117045>

Experiencias de esquemas de seguros en países de la región

Existen diferentes experiencias de esquemas de seguros (fondos, seguros y subsidios, entre otros) que se implementan en el mundo y en países de la región, de acuerdo a las características de cada uno.

En México, la estrategia del Gobierno Federal de ese país ha sido impulsar dos mecanismos para la gestión del riesgo en la actividad agropecuaria: a) promoción de la cobertura de *seguros individuales* a través de la aplicación de recursos fiscales tendientes a apoyar a los productores que adquieren un seguro para sus cultivos o sus animales. b) generación de mecanismos para atender las necesidades de los productores agropecuarios afectados por desastres naturales, mediante el Componente para la Atención a Desastres Naturales en el Sector Agropecuario y Pesquero (CADENA). Tiene dos objetivos definidos: i) otorgar apoyos económicos directos a los productores agropecuarios de bajos recursos, afectados por desastres naturales y sin condiciones para acceder a seguros formales, a fin de resarcir sus pérdidas y reactivar sus ciclos productivos; ii) impulsar la transferencia del riesgo catastrófico agropecuario al mercado asegurador especializado, nacional e internacional, a través de la adquisición de seguros, con el fin de reducir el impacto en las finanzas públicas de los desastres naturales en el ámbito agropecuario (Salcedo y Guzmán, 2014; FAO, 2018).

En Brasil, el Gobierno Federal creó el Seguro Climático para la Agricultura Familiar (SEAF) en respuesta a una demanda histórica de los agricultores familiares, para que los productores cuenten con seguros agrarios que garanticen sus ingresos y den cierta certidumbre a sus actividades productivas. El SEAF es un seguro multi - riesgo con amplia cobertura ante el exceso de lluvias, heladas, granizo, sequía, variaciones extremas de temperatura, vientos fuertes, vientos fríos, enfermedades fúngicas y plagas sin métodos de control técnico o tratamientos que no son financieramente viables. En 2003 inició con ocho cultivos cubiertos por el programa de seguros, y en 2014 había un total de 60 (PROAGRO y PROAGRO+). El SEAF abarca todos los aspectos de la agricultura familiar, incluidas las actividades agrícolas mixtas, cultivos tradicionales, locales o nativos e insumos de producción. Para ser elegibles por la cobertura del SEAF, los agricultores deben estar registrados en el Programa Nacional de Fortalecimiento de la Agricultura Familiar (PRONAF) (Salcedo y Guzmán, 2014).

Uruguay tiene una larga tradición en materia de seguros agrícolas. Emitió la primera póliza para dar cobertura a daños provocados por el granizo en 1914. Esto ha forjado una alta cultura aseguradora entre los agricultores y agricultoras del Uruguay. En 1993 por la ley N° 16.426 se deroga el monopolio de la aseguradora estatal Banco de Seguros del Estado (BSE), creada en 1912, se da apertura al sector privado y se crea la Superintendencia de Seguros y Reaseguros en el Banco Central. En el año 2001, con el ingreso de MAPFRE, luego SURCO en 2003 y por último SANCOR en 2006, se inicia la participación del sector privado principalmente en la agricultura “comercial” de cereales y oleaginosos, especialmente en los cultivos de exportación. (Salcedo y Guzmán, 2014; CAS, 2016).

En Colombia, desde su creación en 1993³¹, el seguro agropecuario ha tenido un gran crecimiento en los últimos años. La Ley 101 de 1993, Artículo 84 estableció el incentivo estatal al pago de las primas y señaló que “(...) el Estado concurrirá al pago de las primas que los productores agropecuarios deban sufragar para tomar el seguro a que se refiere el artículo 1° de la Ley 69 de 1993”. En 2010 el área asegurada no superaba las 35 mil hectáreas y en 2018 pasó a 152 mil hectáreas. El máximo nivel de aseguramiento alcanzado se dio en el año 2015 con 196 mil hectáreas. Los principales cultivos asegurados en 2018 fueron: caña de azúcar, banano, plantaciones forestales, arroz y maíz. No obstante, también se aseguraron cultivos como tabaco, caucho, cacao, aguacate, marañón, soya, naranja, lima Tahití y plátano.

En todos estos casos, la participación del Estado ha sido necesaria por la existencia de importantes fallas de mercado, que inciden en la cobertura del sector privado como las asimetrías de información, la pequeña escala de la agricultura familiar y la externalidad positiva de la producción de alimentos de la canasta familiar.

31 El Artículo 1 de la Ley 69/93 establece el seguro agropecuario “(...) como un instrumento para incentivar y proteger la producción de alimentos, buscar el mejoramiento económico del sector rural, promoviendo el ordenamiento económico del sector agropecuario y como estrategia para coadyuvar el desarrollo global del país (...).

● Algunos sectores particulares a tener en cuenta

Trabajo doméstico

El trabajo doméstico es otro de los sectores de baja cobertura. La seguridad social en este ámbito ha experimentado grandes cambios durante los últimos años. El Código de Trabajo desde el año 1993 establecía como salario el 40% del salario mínimo legal vigente. El primer cambio importante se produce en 2015 con la implementación de la Ley de Trabajo Doméstico que equipara al régimen general prácticamente todos los aspectos con excepción del salario que se establece en 60% del salario mínimo legal vigente.

En el año 2019 se realizan dos cambios relevantes. En primer lugar, una nueva ley³² garantiza el pago del 100% a trabajadores/as domésticos/as. En segundo lugar, el mismo año, se sanciona la Ley N° 6339/19 “Que Regula el Empleo a Tiempo Parcial”. Esta última ley permite la inclusión de trabajadores y trabajadoras dedicadas a tareas domésticas bajo esta modalidad, siempre que realicen como mínimo 16 horas de trabajo semanal y como máximo 32 horas. La norma busca atenuar la posible salida de trabajadores y trabajadoras dedicadas al empleo doméstico bajo el régimen general de la ley de empleo doméstico, como respuesta al incremento del salario al 100% del mínimo legal vigente.

De esta manera, actualmente el registro del personal doméstico puede darse bajo la modalidad general que establece la ley de empleo doméstico o bajo la modalidad parcial regulada por la ley de empleo parcial. Estos cambios han permitido aumentar la cobertura de IPS en el trabajo doméstico, aunque su cobertura permanece muy baja.

Lexartza et al., (2016) destacan tres factores determinantes de la baja cobertura. El primero se relaciona con la capacidad contributiva de los empleadores/as y trabajadoras, basados en la definición de una forma de trabajo atípica, donde en otra instancia son las personas que en su papel de empleados y en ocasiones con niveles de ingresos bajos, y a su vez sin aportar para la seguridad social, deben contribuir como empleadores/as con las mismas tasas de contribución que cualquier otro empleo. Al respecto, con la ley del empleo parcial el/la empleador/a está obligado a cubrir el porcentaje que la trabajadora o trabajador no puede

32 Ley N° 6338/19 “Que modifica el artículo 10 de la ley N° 5407/15 “Del Trabajo Doméstico”.

asumir debido a la modalidad de cobro, para cubrir los gastos de salud. Este tipo de hechos genera desincentivos para el/la empleador/a quién se le asigna gran parte de la carga.

El segundo factor para mejorar la cobertura efectiva se relaciona con el alcance del marco jurídico e institucional. Si bien en cierta medida se refleja una plena cobertura legal en favor del trabajador/a, quedan pendientes las estrategias para la fiscalización, que son un factor crucial para reducir las brechas de cobertura.

En tercer lugar, se destaca la importancia de la organización de los/as trabajadores/as domésticos/as al momento de ejercer demandas y hacer cumplir sus derechos. Sobre este punto es importante mencionar que la sindicalización de este grupo de trabajadores en el país se encuentra en estado incipiente. No obstante, su lucha ha permitido equiparar su salario al mínimo, a diferencia del peón de establecimientos ganaderos cuyo nivel salarial mínimo obligatorio se encuentra muy por debajo del salario mínimo general.

En la práctica también se debe considerar la implementación reciente de estas normativas y sus implicancias para los titulares potenciales. En primer lugar, se debe tener en cuenta en qué medida quienes comienzan a aportar tendrán realmente acceso a la jubilación, teniendo en cuenta por un lado la edad de jubilación, y por el otro, la cantidad de años de aporte a la que pueden llegar quienes comienzan a cotizar con edad avanzada. En segundo lugar, no se debe perder de vista que la modalidad de contratación como empleo parcial, limitará la jubilación efectiva de acuerdo a los aportes parciales realizados en este marco normativo.

Trabajo en plataformas

Las formas atípicas³³ de empleo son aquellas que, a diferencia de las formas

33 Las cuatro modalidades del empleo atípico son:

- 1) Empleo temporal: los contratos son de duración determinada, como los contratos basados en proyectos o tareas; trabajo estacional; trabajo ocasional, incluido en trabajo por días.
- 2) Trabajo a tiempo parcial y a pedido: horas de trabajo normalmente más reducidas que las equivalentes a tiempo completo; empleo a tiempo parcial marginal; trabajo a pedido, incluidos los contratos de cero horas.
- 3) Relación de trabajo multipartito: también conocida como cesión temporal, intermediación y alquiler de mano de obra. Trabajo temporal por medio de agencia y prestación de servicios en régimen de subcontratación.
- 4) Empleo encubierto o por cuenta propia económicamente dependiente, empleo por cuenta propia falso o clasificado erróneamente.

típicas definidas como trabajos a tiempo completo y con contratos indefinidos temporalmente, se caracterizan por ser temporales, a través de agencias u otras modalidades contractuales que vinculan varias partes, con relaciones de trabajo ambiguas y trabajos a tiempo parcial (OIT, 2015).

Entre los desafíos que supone el desarrollo cada vez mayor de estas formas atípicas de empleo se encuentran las características heterogéneas entre países, que resultan determinantes para pensar en estrategias de inclusión a los regímenes de protección social de quienes se desempeñan en estos sectores. La seguridad social en América Latina se sustenta en un modelo pensado en mercados de trabajo formales, donde el acceso se garantiza desde el registro formal de las personas ocupadas. Sin embargo, los mercados de trabajo en la región se caracterizan por su elevado nivel de informalidad, con economías donde la representación de pequeñas unidades económicas es mayoritaria y de baja productividad, y donde es frecuente que queden encubiertas las relaciones laborales (Beccaria y Maurizio, 2014).

El alto nivel de informalidad que se registra en Paraguay se potencia aún más cuando se trata de formas atípicas de empleo, donde las responsabilidades patronales no son visibilizadas claramente, lo que genera mayor precariedad e inequidades sociales (Adams y Deakin, 2014). Recientemente, el COVID-19 y las medidas de confinamiento reforzaron y aceleraron el auge de modalidades atípicas de trabajo en el Paraguay, caracterizadas por la intermediación de aplicaciones tecnológicas como el servicio de entrega domiciliaria de productos, la utilización de plataformas digitales y el teletrabajo.

Las plataformas digitales de empleo predominantes en el Paraguay están relacionadas con los rubros de *reparto a domicilio; transporte de pasajeros, hospedajes, servicios de limpieza; servicios de salud, servicios profesionales varios, y comercio*, entre otros. Se pueden encontrar empresas de plataforma nacionales, así como internacionales. Los rubros de mayor crecimiento en los últimos años, especialmente durante la pandemia de Covid-19, han sido el de reparto a domicilio y transporte de pasajeros. La empresa de plataforma Monchis, con 5 años en el mercado, había tenido un crecimiento de 800%, hasta 2019, con 70 mil usuarios activos y más de 650 negocios adheridos en todo el país³⁴. En el caso de Pedidos

34 <https://infonegocios.com.py/infotecnologia/con-mas-de-70-000-usuarios-activos-monchis-es-la-aplicacion-de-delivery-numero-1-en-paraguay>

Ya, en 2020, en plena cuarentena, tuvo un crecimiento interanual de 11%, con más de 1500 locales adheridos en Asunción y el departamento Central³⁵.

En cuanto a las plataformas de transporte, las tres más conocidas y de mayor presencia en el país son: MUV, de origen nacional y primera en el mercado paraguayo desde 2018; Uber, empresa de plataforma estadounidense y presente en varios países del mundo, que opera en Paraguay desde 2019; y Bolt, empresa de plataforma estonia que en los últimos años se ha instalado en varios países como competencia de Uber, y que llegó al Paraguay en 2020.

El objetivo principal de una plataforma es permitir que productores y consumidores se encuentren, participen en el intercambio de bienes y servicios a cambio de dinero y, en algunos casos, construyan relaciones (Parker, Van Alstyne y Choudary, 2016, citado en Choudary, 2018).

Los trabajadores/as y consumidores/as son indispensables para que las plataformas laborales funcionen. Sin trabajadores/as, los consumidores/as no encontrarían valor en el uso de la plataforma, y sin la participación del consumidor, los trabajadores no podrían utilizar la plataforma.

Esta relación no se ve muy clara y en principio hasta puede resultar poco atractiva. Para superar este obstáculo, las plataformas pueden y suelen subsidiar la participación inicial. Un ejemplo de esta situación se dio en Paraguay, en diciembre de 2019, con el incremento de los precios de Uber,³⁶ después de haberlos mantenido relativamente bajos para los usuarios los primeros meses.

Las plataformas laborales pueden promover el trabajo decente y empoderar a los trabajadores/as proporcionándoles acceso a nuevas oportunidades de generación de ingresos y eliminando barreras de acceso al mercado. Asimismo, pueden permitir un uso más eficiente de los recursos, aumentando la productividad como en el caso de MUV, Uber, Bolt, que utilizan tecnologías como GPS y optimización de rutas.

35 Pedidos Ya Paraguay: “En el segundo trimestre del año registramos un crecimiento interanual de 111% a nivel regional” <https://infonegocios.com.py/nota-principal/pedidosya-paraguay-en-el-segundo-trimestre-del-ano-registramos-un-crecimiento-interanual-de-111-a-nivel-regional%C2%A0>

36 Uber dispara sus precios y viola ordenanza municipal: https://www.lanacion.com.py/pais_edicion_impresa/2019/12/17/uber-dispara-sus-precios-y-viola-ordenanza-municipal/

Las plataformas laborales también pueden brindar oportunidades para los trabajadores que no pueden participar en el trabajo regular remunerado, como madres o estudiantes, otorgando horarios flexibles y oportunidades laborales a tiempo parcial (Everett, 2015).

La tensión entre el propósito de aumentar la participación de mercado de la plataforma y el empoderamiento de los trabajadores, explica la mayoría de los escenarios que conducen a condiciones laborales desfavorables. Esto puede hacer que las plataformas laborales creen políticas que requieran que los trabajadores se comprometan con condiciones de trabajo y comportamientos menos convenientes para el trabajador/a individual (por ejemplo, tiempos de búsqueda y distancias de desplazamiento más largos, esperas más extensas, con perjuicio para el trabajador/a en términos de rentabilidad). Choudary (2018) plantea cinco características del diseño de las plataformas digitales de empleo, que permiten conocer su propensión o no a la explotación de los trabajadores.

Las características más destacadas son las siguientes:

- Eliminación de la agencia libre: la agencia libre o autonomía del trabajador es fundamental para el empoderamiento y el espíritu empresarial. Al eliminar la autonomía, las plataformas le quitan poder a los trabajadores, haciendo que se ignoren sus intereses en favor de la eficiencia de la plataforma.
- Reducción del poder y derechos de negociación: si el diseño y las políticas de una plataforma lleva el poder de negociación y derechos lejos del trabajador, es más probable que el trabajador sea explotado.
- Dominación: si las políticas de una plataforma subordinan a los trabajadores a la plataforma, esta puede utilizar su posición superior para explotar a los trabajadores.
- Dependencia: si las decisiones en el diseño de una plataforma hacen que los trabajadores dependan de la plataforma, encerrándolos y haciéndoles difícil cambiar a otras plataformas: los trabajadores son más susceptibles de ser explotados por la plataforma.
- Equidad: una plataforma que no establece riesgos y recompensas de manera justa en el ecosistema puede explotar a los trabajadores que se ven obligados a asumir mayores riesgos o no son recompensados suficientemente.

La asimetría en el manejo de información por el uso de algoritmos - cálculo de remuneraciones, los criterios para obtener calificaciones en el servicio prestado y los motivos de despido- empodera aún más a la plataforma y no a los trabajadores restándoles gran capacidad de decisión (Biddle, 2014, citado en Choudary, 2018).

Una de las dificultades más comunes en los últimos años es poder establecer si un/a trabajador/a de plataformas es o no trabajador/a de acuerdo al código de trabajo y si está amparado por la protección social. En Paraguay se han identificado pocos antecedentes de controversias y jurisprudencias al respecto. El más conocido es el amparo que interpuso la Defensoría del Pueblo y al que hizo lugar el Juzgado Penal de Garantías 7 de Asunción, el 19 de julio de 2019, para que se respetara a los conductores/as de Uber y MUV su derecho al trabajo, sin ningún tipo de coacción por parte de terceros (en este caso el gremio de taxistas que se oponía a su funcionamiento)³⁷.

De contramano a la evolución que ha tenido la modalidad en los años recientes, en el Senado ha sido presentado un proyecto de ley³⁸ que establece, entre otros aspectos, la no relación de dependencia laboral entre la empresa de plataforma y el trabajador/a.

En el Reino Unido, recientemente la Corte Suprema emitió un fallo a favor de 25 ex conductores de la aplicación Uber que buscaban el reconocimiento de sus derechos laborales. Con esta decisión, la Corte reconoce el vínculo laboral y obliga a Uber a garantizar el pago de un salario mínimo, vacaciones anuales pagadas y otros beneficios para los demandantes.

La sentencia enfatiza cinco aspectos de las conclusiones hechas por el tribunal laboral que justificaron su decisión: a) Uber establece la tarifa y determina cuánto se paga a conductores; b) Uber impone las condiciones contractuales con las que los conductores realizan sus servicios y los conductores no tienen voz en ellos; c) Uber monitorea la tasa de aceptación (y cancelación) de las solicitudes por parte del conductor e impone penalizaciones si se rechazan o cancelan demasiadas solicitudes de viaje; d) Uber ejerce control sobre la forma en que los conductores prestan sus servicios, con métodos como el sistema de calificación mediante el

37 <https://www.ultimahora.com/conceden-amparo-favor-muv-y-uber-n2832831.html>

38 Proyecto de Ley presentado por los senadores Gilberto Apuril y Patrick Kemper <http://silpy.congreso.gov.py/expediente/117239>

cual los pasajeros califican al conductor después de cada viaje. Si el conductor no mantiene la calificación promedio requerida por Uber, recibirá advertencias y, si su calificación promedio no mejora, eventualmente terminará su relación con Uber; e) Uber restringe las comunicaciones entre el pasajero y el conductor al mínimo necesario, evitando que los conductores establezcan cualquier relación con un pasajero más allá del servicio³⁹.

En España se ha dado uno de los casos más emblemáticos en este nuevo escenario legal laboral con la aprobación del Decreto Ley 9/2021, del 11 de mayo, por el que se modifica el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2015, del 23 de octubre, para garantizar los derechos laborales de las personas dedicadas al reparto en el ámbito de plataformas digitales. El Decreto Ley entró en vigor el 12 agosto de 2021⁴⁰.

Entre los aspectos más destacados del decreto está el derecho a la transparencia del algoritmo (es un derecho a la información colectiva, se informa al sindicato, a diferencia de Chile donde la propuesta es que sea individual) y la presunción de laboralidad.

Por aplicación de lo establecido en el artículo 8.1, se presume incluida en el ámbito de esta ley la actividad de las personas que presten servicios retribuidos consistentes en el reparto o distribución de cualquier producto de consumo o mercancía, por parte de empleadoras que ejercen las facultades empresariales de organización, dirección y control de forma directa, indirecta o implícita, mediante la gestión algorítmica del servicio o de las condiciones de trabajo, a través de una plataforma digital. (BOE, Real Decreto-ley 9/2021).

En Chile hay sentencias emblemáticas, como la Sentencia RIT M-724 -2020 JLT, del 5 de octubre de 2020, en la que un juez de la ciudad de Concepción reconoce el vínculo laboral entre un repartidor y la empresa de servicios de delivery, Pedidos Ya. El repartidor demandó a Pedidos Ya por despido injustificado y

39 *The Supreme Court. Press Summary.* <https://www.supremecourt.uk/press-summary/uksc-2019-0029.html>

40 Real Decreto-ley 9/2021, de 11 de mayo, por el que se modifica el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, para garantizar los derechos laborales de las personas dedicadas al reparto en el ámbito de plataformas digitales. <https://www.boe.es/boe/dias/2021/05/12/pdfs/BOE-A-2021-7840.pdf>

solicitó el pago de beneficios laborales por su tiempo de servicios⁴¹. La sentencia reconoce la existencia de relación laboral entre la empresa y el repartidor⁴², al considerar que esta sometió al extrabajador a un proceso de selección, al uso de uniformes y a un control de horas de trabajo. Todos ellos serían indicios de la existencia de un vínculo laboral, por lo que la empresa deberá pagar las penalidades correspondientes por haber incurrido en despido injustificado.

El fallo del Juzgado de Letras de Trabajo fue ratificado tres meses después, por la Corte de Apelaciones de Concepción, en fecha 15 de enero de 2021, al rechazar un recurso de nulidad solicitado por la empresa Pedidos Ya. Así se confirma la sentencia que declara la existencia de vínculo laboral entre la empresa de plataforma y el ex repartidor.⁴³

No obstante, también en Chile, el 17 de mayo de 2021 el Juzgado de Letras del Trabajo de Santiago emitió un fallo desfavorable a un grupo de repartidores que también demandó a la plataforma digital Pedidos Ya⁴⁴.

En cuanto a proyectos de ley, hay tres proyectos de ley en discusión en el congreso chileno: uno de un grupo político opositor, para “laboralizar” a los trabajadores de plataformas e incluyéndolos en el código laboral, denominado *Mi jefe es una App*⁴⁵; hoy está en el Senado. Otro del gobierno, que los “deslaboriza” e incluso desconoce los indicios de laboralización; está estancado en el Congreso. Un tercer proyecto de ley une a grupos de diversas tendencias políticas en una suerte de propuesta de mediación entre la laboralización y la autonomía.⁴⁶

En Uruguay también se han dado sentencias judiciales que han resuelto controversias laborales entre plataformas y trabajadores/as. El 11 de noviembre de

41 Revista de periodismo jurídico de Chile, 8 de febrero de 2021. <https://laley.pe/art/10616/un-juzgado-de-chile-reconoce-relacion-laboral-con-un-rider>

42 <https://es.scribd.com/document/493793754/Sentencia-ICA-Concepcion-n-Rol-IC-395-220-PEDIDOS-YA>

43 Texto íntegro de la sentencia. <https://www.diarioconstitucional.cl/wp-content/uploads/2021/01/6.1.-ICA-DE-CONCEPCION-ROL-N%C2%B0395-2020.pdf>

44 Diario El Periodista de Chile, el 22 de mayo de 2021. <https://www.elperiodista.cl/2021/05/in-cierto-escenario-juridico-para-los-repartidores-de-plataformas-digitales/>

45 Proyecto de ley *Mi jefe es una App* <https://www.diarioconcepcion.cl/economia/2021/04/14/aprueban-proyecto-mi-jefe-es-una-app.html>

46 Exposición del Dr. Rodrigo Palomo, decano de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Talca, 30 de junio de 2021, en evento virtual organizado por la Universidad Católica del Uruguay.

2019, el Juzgado 6° de Trabajo de Montevideo falló a favor de un conductor de Uber, haciendo lugar a que el demandante era un trabajador dependiente. Con base en el contenido y alcance del principio de primacía de la realidad, el juez entendió que Uber es una empresa cuya actividad principal es brindar servicios de transporte. La sentencia considera que la plataforma o la aplicación tecnológica proporcionada por la empresa constituye la herramienta de ejecución del trabajo del conductor.

La decisión del Juzgado 6° de Trabajo de Montevideo fue confirmada en segunda instancia por el Primer Juzgado de Apelación Laboral, el 3 de junio de 2020. El Tribunal decidió considerar a Uber como una empresa de transporte, en el mismo sentido que la sentencia de primera instancia. La decisión subraya que el conductor no organiza ninguna etapa del proceso de producción de Uber (la del transporte), y concluye que el conductor “constituye un eslabón en el proceso de producción organizado y controlado por Uber”.

De esta manera, se pueden observar avances en las regulaciones a nivel mundial que deberían ser consideradas en Paraguay en el debate sobre la necesaria protección a trabajadores de plataformas.

Trabajo en MIPYMES

En Paraguay existen más de 870 mil MIPYMES, que constituyen el 97% de las empresas del país. Con un promedio de 144 mil unidades económicas con al menos un trabajador durante los últimos 15 años, el 94% corresponde a microempresas de 2 a 10 ocupados (82% de 2 a 5 ocupados y 12% de 6 a 10 ocupados), 5% a empresas pequeñas y medianas de 11 a 50 ocupados y el 1% a empresas con más de 50 ocupados (Casalí, Vezza y otros, 2018, p.29).

Pese a la elevada participación de las pequeñas empresas en la generación de empleo, cabe destacar la elevada participación de empleo no remunerado (75%), y la muy baja tasa de asalarización (20%), ya que son unidades en las que trabajan fundamentalmente los propios dueños y/o sus familiares. En las empresas medianas estos porcentajes se invierten, pasando al 69% de su fuerza laboral remunerada, aunque aún existe un 21% de trabajadores no remunerados. En las empresas grandes el 93% de los ocupados son remunerados. (BID, 2017, p.7)

En cuanto a las condiciones contractuales, se aprecia una importante heterogeneidad. El 45,4% de los asalariados mantiene una relación laboral basada

en un contrato verbal. En las empresas con más de 50 empleados, el porcentaje desciende a 14,5%, mientras que en las empresas con 2 a 5 empleados se eleva a 79,2%. Como contracara, la proporción de asalariados con mayor estabilidad laboral (contrato indefinido) es de 52,7% en las empresas con más de 50 empleados y desciende al 10,4% en las empresas con 2 a 5 trabajadores. (BID, 2017, p.10).

Una empresa informal es aquella que aún no reúne los requisitos formales básicos que exigen las leyes del país como el Registro Único de Contribuyentes (RUC) ante la Subsecretaría de Estado de Tributación SET, del Ministerio de Hacienda; el registro ante el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social MTESS para las inspecciones de las condiciones laborales; y unido a este, el registro en el Instituto de Previsión Social IPS, para la cobertura de la seguridad social de los empleados.

Para que una empresa funcione de manera formal debe cumplir además con otros requisitos legales, algunos de los cuales son comunes para todas las empresas y otros específicos a su condición. La revisión realizada por Santander (2017) revela la existencia de una gran cantidad de leyes que suponen la realización de múltiples procedimientos administrativos que dificultan el cumplimiento de las mismas. En el estudio realizado por (BID, 2017) se pueden destacar las siguientes:

- Pocos incentivos: la formalización encarece costos operativos (impositivos) y hace que sufran “competencia desleal” por parte de las otras empresas informales. Lo anterior va acompañado de los bajos niveles de fiscalización de las instituciones estatales, que los microempresarios asocian a mayor presión sobre las empresas ya formalizadas: controles que consideran “excesivos” e implican, además del costo impositivo diferencial, el pago de multas. En síntesis, los beneficios e incentivos de la formalización son percibidos como escasos en relación a sus costos. Falta información y difusión acerca de los mismos y los beneficios asociados.
- Costos de registro y carga burocrática: mucha burocracia estatal para registrarse y cuando se trata de emprendimientos en el sector de alimentos, el costo aumenta significativamente.

Además de los requerimientos del gobierno central, están los de las municipalidades. La propuesta es la simplificación de trámites: que el registro del RUC y la cédula Mipymes pueda ser realizada en un mismo momento, de modo unificado,

además de revisar los tiempos para la apertura de empresas. (BID, 2017). La excesiva centralización de los trámites en Asunción implica costos económicos y de tiempo.

El estudio también señala la relevancia de considerar alternativas tecnológicas de pago (*posnet*) como instrumento de formalización. El dominio “casi monopolístico” de algunas empresas en el mercado, conlleva elevados costos de utilización de *posnet*, lo que promueve el cobro en efectivo limitando la formalización de las ventas (BID, 2017, p.41).

- Ausencia de una figura simple para constituirse formalmente: no existe una figura legal adecuada para constituirse de manera formal que no impacte negativamente en la etapa de gestación y desarrollo, donde el grado de maduración es insuficiente para ser rentable. Emprendedores e informantes clave propusieron la figura de la Sociedad por Acciones Simplificada (SAS), alternativa exitosa en países como Colombia y Chile.

La preocupación de las instituciones del Estado paraguayo por la formalización de las MIPYMES no es nueva, dado que se reconoce plenamente el valor de su aporte a la economía nacional. No obstante, las políticas específicas dirigidas a las MIPYMES, asociadas con la protección social, son recientes, así como el marco normativo que las regula. El esfuerzo legal por ocuparse de las dificultades de funcionamiento y promover su formalización de manera más ágil se puede observar en algunas leyes específicas en los últimos años. A pesar de los avances, no todas han sido reglamentadas y la indispensable articulación institucional que se promueve en ellas, aún no es una completa realidad.

- Ley 2.051/03 de contrataciones públicas (Art.7).
- Ley 4.457/12 para las micro, pequeñas y medianas empresas (MIPYMES).
- Ley 4.933/13 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.
- Ley 5.628/16 que crea el Fondo de garantía para las micro, pequeñas y medianas empresas.
- Ley 5.741/16 que establece un sistema especial de beneficios del sistema de seguridad social (Instituto de Previsión Social, IPS) a los microempresarios.
- Ley 5.656/16 de Fomento de la Cultura Emprendedora

Con base en el estudio realizado por Santander (2017), se pueden destacar algunos aportes importantes de al proceso de formalización de las MIPYMES.

La Ley 2.051/03 de Contrataciones Públicas establece en su artículo 7 que, en los procedimientos de contratación pública regidos por esta ley, los organismos, las entidades y las municipalidades deberán promover la participación de las empresas nacionales, especialmente de las micro, pequeñas y medianas. Este artículo fue reglamentado por el Decreto 1.434/2009, el que establece beneficios para las MIPYMES en los procedimientos de subasta a la baja electrónica (SBE) en caso que se presenten empates técnicos.

La Ley 4.457/12 para las Micro, Pequeñas y Medianas Empresas, establece un marco regulatorio para promover y fomentar la creación, desarrollo y competitividad de las mismas, incorporarlas a la estructura formal productora de bienes y servicios y darles identidad jurídica. En el marco de esta ley se crea el viceministerio de MIPYMES como dependencia del Ministerio de Industria y Comercio y nace el Sistema Nacional de MIPYMES.

La Ley N° 4.933/13 es particularmente importante para la seguridad social de los trabajadores/as, porque autoriza la incorporación voluntaria de trabajadores independientes, empleadores, amas de casa y trabajadores domésticos al fondo de Jubilaciones y Pensiones de Instituto de Previsión Social.

La Ley N° 5.628/16 que crea el Fondo de garantía para las micro, pequeñas y medianas empresas, tiene por objeto otorgar garantías y refinanciar créditos, operaciones de leasing (arrendamiento) y otros mecanismos de financiamiento. Se establece como órgano administrador del Fondo a la Agencia Financiera de Desarrollo.

La Ley N° 5.656/16 de Fomento de la Cultura Emprendedora busca fomentar el espíritu y la cultura en todos los estamentos educativos del país y establecer los instrumentos para llevar a cabo la investigación, desarrollo y sustentabilidad de proyectos emprendedores, creando medidas de apoyo, económicas y financieras. El fomento de la cultura emprendedora y la innovación tecnológica es llevado adelante por el Ministerio de Industria y Comercio (MIC), por medio del viceministerio de las MIPYMES de forma conjunta con el Ministerio de Educación y Cultura (MEC). Para este fin se crean en el ámbito del viceministerio de las MIPYMES, la Dirección Nacional de Emprendedurismo (DINAEM), el Registro Nacional de Emprendedores, el Consejo Consultivo y un Observatorio de Mercado.

La Ley N° 5.741/16 establece un sistema especial de beneficios del sistema de seguridad social (IPS) a los microempresarios. Esta ley regula la incorporación al seguro social del Instituto de Previsión Social de los propietarios y/o responsables de las Microempresas definidas en el artículo 4.º de la Ley N° 4.457/12 «para las micro, pequeñas y medianas empresas (MIPYMES)», en forma obligatoria que a la fecha de vigencia no se hallan inscriptos en el Instituto de Previsión Social.

El Ministerio de Industria y Comercio es la autoridad encargada de la aplicación de la ley en coordinación con el IPS y el MTESS en la reglamentación, mecanismos de promoción e incorporación gradual de las MIPYMES al seguro social. Las funciones son: a) identificar a las microempresas que se encuentran inscriptas en el Seguro Social del Instituto de Previsión Social y a las que aún no se hallan inscriptas; b) establecer un programa conjunto de formalización y regularización de la situación de las microempresas no inscriptas; c) establecer el procedimiento de inscripción de los propietarios y de las microempresas como sujetos del Seguro Social, conforme a criterios de incorporación gradual y planificada de asegurados a ser establecidos por el Instituto de Previsión Social en coordinación con el Ministerio de Industria y Comercio; d) establecer una Base de Datos a través de la Secretaría Nacional de Tecnologías de la información y Comunicación (SENATICS), a efectos de implementar las fases de inscripción, aportación y control de cumplimiento de las disposiciones de esta ley.

En 2019 se promulgó la Ley N° 6.380/19 “De Modernización y Simplificación del Sistema Tributario”, que entró en vigor en enero de 2020. El propósito de esta Ley es hacer más sencillo el cumplimiento de las obligaciones para las pequeñas y medianas empresas. En ese sentido, se establece como Regímenes Simplificados de liquidación, dentro del Impuesto a la Renta Empresarial (IRE) el Régimen Simplificado para Medianas Empresas (SIMPLE) y el Régimen Simplificado para Pequeñas Empresas (RESIMPLE), que ampliarán a su vez las bases tributarias apuntando a la mayor formalización y el cumplimiento voluntario por parte de los microempresarios (MTESS/PNUD,2019, p.6).

También es importante destacar la promulgación de la Ley N° 6.480/20 “que crea la Empresa por acciones simplificadas”, con la cual las personas podrán constituir una empresa en aproximadamente en 72 horas, con costo cero de apertura. Esta legislación se propone facilitar la apertura de emprendimientos y formalizar

las empresas existentes en el mercado, además de incrementar la productividad y crear un mayor número de empleo con seguridad social⁴⁷.

Pese a los avances legales, queda aún pendiente el esfuerzo de poder bajar a niveles de micro planificación por la ausencia de datos e instituciones dedicadas con exclusividad a estudiar el sector y enfrentar sus problemáticas específicas a nivel nacional y local (Santander, 2017).

Trabajo rural

La mayor parte de los trabajadores rurales trabajan por cuenta propia, con una mayor participación masculina. El 82% de los cuentapropistas son informales y 8 de cada 10 cuentapropistas ganan menos del salario mínimo. Se concentran en tres ramas de la actividad económica: agricultura, ganadería, caza y pesca (39,6%), comercio, restaurantes y hoteles (32,2%) y servicios comunales, sociales y personales (10,4%). Las demás ocupaciones concentran al 17,8% (Casali et al., 2018, p. 31-32).

El trabajo como empleados u obreros privados alcanza a poco más de un cuarto de los trabajadores rurales (26,4%) especialmente a los hombres (34,3%) y muy poco a las mujeres (12,4%). La asalarización de los trabajadores y el empleo rurales no agropecuario ha ido creciendo con el tiempo, desde los empleos tradicionales en la ganadería, establecimientos forestales hasta la recientemente agricultura mecanizada (que absorbe poca de mano de obra). El empleo también ha crecido en el comercio y los servicios. La categoría de trabajadores familiares no remunerados es muy alta en el área rural (15,2%) frente al área urbana (3,3%), afectando principalmente a las mujeres rurales (21,1%). Las categorías del cuentapropismo y del trabajador no remunerado están directamente relacionados con los trabajadores en el ámbito de la agricultura familiar campesina y la incidencia es mucho mayor entre los trabajadores en situación de pobreza. (Imas, 2020, p. 49-50).

El sector agropecuario es un componente importante de la economía paraguaya, porque genera casi la mitad del empleo rural y el 11,4% del PIB, especialmente en agricultura 8,4% y ganadería 2,1% (BCP, 2019). El trabajo en este sector se caracteriza por presentar poblaciones dispersas, mercados laborales precarios,

47 <https://eas.mic.gov.py/>

estructura del empleo de pequeños campesinos con un alto componente de subempleo y de informalidad, alta vulnerabilidad ambiental y deterioro del capital humano y social (Serafini, 2018).

En este contexto, los trabajadores/as del sector primario de la economía (agricultura, ganadería, caza y pesca) se caracterizan por un elevado nivel de informalidad laboral. El alto grado de exclusión dentro del seguro social no ha registrado mejoras significativas en los últimos veinte años. El fenómeno de la pobreza rural ligada al trabajo en las actividades agropecuarias obedece principalmente a los bajos ingresos de ese sector (Imas, 2020).

En ese grupo se encuentra particularmente afectado el trabajo como peón ganadero, cuyo salario mínimo legal presenta una importante discriminación con respecto a las demás ocupaciones y con problemas de acceso a la seguridad social a pesar de estar amparado normativamente y con un mínimo aporte del empleador (Gs. 161.076 para establecimientos tipo A y Gs. 221.449 para establecimientos tipo B), inclusive menor al establecido como aporte patronal para el trabajo doméstico (Gs. 377.738).

Las normativas de protección social contributiva y las políticas públicas orientadas a la formalización del empleo se orientan más a trabajadores asalariados urbanos y excluyen a los trabajadores de áreas rurales y más aún a trabajadores agropecuarios. La persistencia de esta condición laboral al margen de la legislación ha consolidado las consecuencias en los trabajadores y sus familias, en el corto y largo plazo: bajos ingresos, déficit de acceso a servicios de salud y previsión para la vejez y la falta de acumulación de activos retroalimentan y extienden en el tiempo las desventajas que sufren grandes segmentos de la población en situación o riesgo permanente de pobreza. (Casalí et al., 2018).

La inclusión de los trabajadores de actividades primarias dentro del seguro social del IPS requiere de medidas y normativas acordes a las características de este sector. La fluctuación en los ingresos debido a la estacionalidad propia de la actividad económica debe ser tenida en cuenta en el diseño del esquema de aportes y contribuciones al seguro social. Existen a nivel regional experiencias positivas que han considerado estas características del empleo rural para garantizar el acceso a los sistemas de protección social contributivos (CIF-OIT, 2015).

Los mayores desafíos para la formalización se hacen presentes en quienes están en los márgenes que separan a la economía informal de la formal. El empleo

informal se presenta tanto en empresas formales como informales, e incluso dentro de los mismos hogares. Aquí se encuentran los trabajadores en el ámbito rural, quienes trabajan en pequeñas empresas y/o inclusive en empresas de mayor tamaño que son formales, prestan el servicio doméstico en hogares, o se desempeñan como trabajadores por cuenta propia.

Estos segmentos de informalidad resultan difíciles para las iniciativas de formalización actuales por distintas razones. En algunos casos la dificultad está en la invisibilidad de la actividad o en los precarios ingresos asociados a actividades de baja productividad, que resultan insuficientes para cubrir los costos de la formalización (la precariedad de las condiciones laborales y los ingresos generalmente bajos, terminan incidiendo en la poca importancia que los trabajadores rurales le dan a la protección social y a la salud, igual que lo que sucede con otros sectores productivos en similares condiciones). En otros casos, se puede asociar con la inexistencia de una política pública, con las debilidades en el diseño e implementación que terminan condicionando su eficacia.

A la precariedad laboral del sector rural se agrega la vulnerabilidad económica derivada de las inclemencias climáticas. Estos efectos profundizados por el cambio climático generan un contexto adverso para la producción y la generación de ingresos estables. También el funcionamiento inadecuado de los mercados en los que los campesinos y campesinas son tomadores de precios, porque no cuentan con suficientes activos e infraestructura para mejorar sus condiciones de acceso, pone al sector de la agricultura familiar en niveles extremos de vulnerabilidad. (Serafini, 2018).

Trabajadores en la construcción

El sector de las construcciones en Paraguay, tanto de obras públicas como privadas, representa el 6,6% del Producto Interno Bruto (PIB), donde la inversión llega al 19% sobre el total del país. En los últimos 10 años creció en promedio al 5,2%, según la Cámara Vial del Paraguay⁴⁸.

Los datos recabados del sector de la construcción en Asunción y el departamento Central, revelan una mayor cantidad de trabajadores dentro del rango 26 a 45

48 Las construcciones en Paraguay representan 6,6% de la economía, 2020 https://www.lanacion.com.py/negocios_edicion_impresa/2020/10/11/las-construcciones-en-paraguay-representan-66-de-la-economia/

años, seguido por aquellos con más de 45 años. La franja de trabajadores entre los 15 y 25 años también es considerable, y llega al 26,5%. Asimismo, los trabajadores/as informales de la construcción en Asunción y Central son del sexo masculino en un 98,4%. Aunque se pueden apreciar pequeñas diferencias, esta distribución no varió significativamente en los últimos 5 años. (MTESS/PNUD, 2021).

La industria de la construcción en Paraguay ha sido uno de los motores que ha amortiguado el frenazo económico producido por la pandemia de Covid-19. Según datos del Banco Central del Paraguay (BCP), a pesar de la caída del PIB a -1%, este sector, creció por encima del 10 % durante 2020 y presentó un crecimiento interanual de 14,2% en el primer trimestre de 2021 (BCP, 2021)⁴⁹.

La industria de la construcción ha establecido un sistema de contrataciones y subcontrataciones en un escenario de tercerización laboral, que repercute directamente en las condiciones laborales de quienes se dedican a esta actividad. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de 2020, el total de trabajadores de este rubro era de 300.477, de los cuales un 87,3% (262.269 trabajadores/as) no estaba inscrito en el Instituto de Previsión Social (IPS) (INE, 2020, p.17).

Hay empresas que se deslindan del trabajo de obra, para encargarse exclusivamente de actividades de administración y gestión de proyectos, por lo que requieren personal más especializado. Dentro de este espectro figuran consultores/as, diseñadores, arquitectos, ingenieros, contratistas por cuenta propia. Este primer eslabón incrementa la cadena de valor y puede llegar a ofrecer mejores condiciones de estabilidad laboral, mayor remuneración, pero no necesariamente una mejoría en condiciones de protección social. “La mayoría de los especialistas cuentan con RUC, pero no todos están afiliados al IPS como derechohabientes profesionales independientes” (MTESS/PNUD, 2021, p. 32).

La etapa de producción/construcción/ejecución es la que más mano de obra no calificada demanda (proveedores de servicios, proveedores de insumos, subcontratistas de obras, maestros de obra, obreros/as) mientras las de diseño, gestión y contratación de servicios exigen mano de obra más calificada. Esta etapa es probablemente la que menos estabilidad laboral ofrece, en consecuencia, la de menores condiciones de protección social. Paradójicamente es la etapa cuyas actividades de riesgo hace que los trabajadores/as estén más expuestos a accidentes

49 <https://www.bcp.gov.py/informe-de-politica-monetaria-junio-2021-i1182>

laborales. Estos trabajadores/as no tienen más respaldo que el vínculo pasajero con empresas tercerizadas que prestan servicios en las obras de construcción y a las que es difícil monitorearlas de acuerdo a los estándares de seguridad laboral y protección social.

El estudio realizado por (Setrini et al., 2021) destaca como los principales actores del sector de la construcción a los desarrolladores inmobiliarios y a las empresas constructoras. Las inmobiliarias están involucradas en los proyectos de principio a fin, desde el diseño a la comercialización de viviendas y oficinas. No obstante, no se hacen responsables de la protección social de los trabajadores de una obra, salvo del grupo que trabaja directamente para la empresa inmobiliaria que no suele ser muy numeroso. Respecto a los contratos, gestión de personal y protección social de los trabajadores/as de las obras, apelan a la subcontratación de otras inmobiliarias más pequeñas y empresas de construcción a las que traspasan y atribuyen la responsabilidad de gestionar esa cadena de valor.

Las empresas constructoras, por su parte, reciben de las inmobiliarias la responsabilidad de gestionar los proyectos de construcción y sus relaciones laborales, pese a que, incluso las constructoras más grandes, no llegan a tener el tamaño de las inmobiliarias. “Dependiendo de la dimensión y la duración de cualquier proyecto, estas grandes empresas constructoras suelen activar una amplia red de subcontratistas medianos, pequeños y autónomos para llevar a cabo las diversas actividades asociadas a un proyecto determinado” (Setrini et al., 2021)

El Código Laboral estipula que las empresas cuyos subcontratistas no proporcionan seguro social a sus empleados deben proporcionar esta cobertura como una responsabilidad “solidaria”. Pero al no estar reglamentado aún el artículo 25 de la ley⁵⁰ es muy difícil llevarlo a la práctica.

50 Art. 25. Serán considerados como representantes del empleador y, en tal concepto, obligan a éste en sus relaciones con los demás trabajadores:

- a) los directores, gerentes, administradores, capitanes de barco y, en general, las personas que ejerzan funciones de dirección o administración, con el asentimiento del empleador; y
- b) los intermediarios.

Se entiende por intermediarios las personas que contratan los servicios de otra u otras para ejecutar trabajos en beneficio de un empleador, aun cuando aparezcan como empresarios independientes organizando los servicios de determinados trabajadores para realizar trabajos en los cuales utilicen locales, equipos, materiales u otros elementos de un empleador para beneficio de éste y en actividades ordinarias inherentes o conexas del mismo. Todo intermediario debe declarar su calidad y el nombre del empleador por cuenta de quien actúa, al celebrar contratos de trabajo. En caso contrario, responde solidariamente con el empleador de las obligaciones legales y contractuales pertinentes.

Otro aspecto que destaca el estudio mencionado, como dificultad para la aplicación de las normas, es la inscripción de los trabajadores en el IPS. No se trata de una operación única. Cada nuevo empleador debe inscribir a sus trabajadores cuando comienzan a trabajar y debe actualizar el estado según estén activos o inactivos. Cuando se trata de periodos cortos de trabajo, y de pequeñas y medianas empresas subcontratadas, no les suelen resultar rentables estos procedimientos porque aumentan los costos relativos de la inscripción en el IPS, tanto para los empleadores como para los trabajadores. Por consiguiente, cuando se trata de competir por ofertas de subcontratación con las grandes empresas de construcción, “las empresas más pequeñas admiten que omitir los costos de la seguridad social les da ventaja en los márgenes de costo y ganancia, situando la responsabilidad de cobertura de seguridad social como una opción dentro de la oferta” (Setrini et al., 2021).

Los datos existentes sobre la estabilidad laboral en el sector informal nos dicen que el 81% de los trabajadores informales no permanece en el mismo establecimiento por más de 10 años. El sector de la construcción es uno de los sectores con menor cantidad de trabajadores en el rango de permanencia entre 1 a 10 años, llega solo al 45,7 %. Al contrario, es una de las ramas productivas más inestables, con mayor cantidad de trabajadores contratados por poco tiempo, y que no alcanzan a cumplir ni un año de permanencia con una empresa, 32,28% (MTESS/PNUD, 2021, p. 18).

Las estadísticas también sugieren que la mayoría de los trabajadores llegó a un acuerdo laboral a través de contratos verbales, y que no tenían garantizado un fondo de jubilación, ni contaron con seguro médico, y en general, no tuvieron vacaciones ((MTESS/PNUD, 2021, p.19).

La construcción se ha convertido en uno de los principales rubros que alberga a los jóvenes en sus primeras experiencias de trabajo⁵¹, quienes en buena parte han venido a las ciudades desde el sector rural, abandonado sus estudios o aspirando a tenerlos, y han irrumpido en el campo laboral para ayudar económicamente a sus familias. Pero ocurre también un fenómeno contrario: los jóvenes que toman empleos en el sector de la construcción generalmente soportan

51 La construcción ofrece oportunidades para el primer empleo. <https://www.abc.com.py/edicion-impresa/economia/en-paraguay-la-construccion-ofrece-oportunidad-para-el-primer-empleo-1704565.html>

agotadoras jornadas de esfuerzo físico a pleno sol, por lo que continuar con sus estudios simultáneamente con el trabajo, suele convertirse en una dificultad muy grande de sortear.

La gran cantidad de jóvenes y adultos jóvenes que demanda este sector posiblemente va asociado a una de las mayores dificultades con las que cuenta la formalización laboral: que los derechos que garantiza la formalidad laboral no son demandados por quienes hoy están al margen de ellos. A menudo la sienten como un gasto o una carga innecesaria en su esfuerzo diario de supervivencia. La salud, la protección social, la seguridad laboral (accidentes de trabajo) no están en el imaginario de los trabajadores/as (mayoritariamente jóvenes), si esto supone descontar dinero de sus jornales diarios, obtenidos en trabajos temporales, contratados verbalmente, para invertirlo en una jubilación a futuro, o al pago de un seguro médico. Cuanto más joven es la población laboral en el sector de la construcción, menos piensa en estos aspectos o los considera importantes. Lo anterior convierte a la promoción, difusión y socialización de los derechos a la seguridad social y a la salud, en una estrategia apremiante para las instituciones del Estado, de tal manera a que los mismos trabajadores/as de la construcción los conozcan y los demanden.

4

FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La inversión en protección social, sea a través de contribuciones a la seguridad social o el cobro de impuestos tiene impactos positivos en la productividad, en el crecimiento económico, en las recaudaciones tributarias, en la pobreza –monetaria o multidimensional–, la salud, la educación y la autonomía económica de las personas. Los recursos invertidos en esta política, por lo tanto, no deben considerarse como un gasto, dados sus retornos económicos en el corto y largo plazo.

Las políticas de protección social en general, y las transferencias de ingresos desde el Estado en particular hacia las familias, tienen efectos que van más allá de la reducción o mitigación de la pobreza y vulnerabilidad. La evidencia indica que también mejoran la participación en el mercado laboral y en la medida en que protegen el consumo, contribuyen a la inversión y la diversificación de los medios de vida y el empleo.

En el largo plazo, mejoran la nutrición, el acceso a la salud y a la educación, determinantes fundamentales del capital humano. Frente a los riesgos como las catástrofes naturales, los cambios bruscos en los ciclos económicos, el aumento de los precios de los alimentos y del combustible, la mala salud o la salud o la pérdida de empleo, la protección social desempeña un papel importante a la hora de limitar la necesidad de estrategias negativas que pueden reducir la capacidad productiva de la familia a corto y largo plazo, como la venta de activos productivos y sacar a los niños de la escuela.

Al contrario de lo que muchos suponen, las transferencias bien diseñadas en las poblaciones jóvenes o en edad de trabajar no tienen efectos negativos en la participación de la fuerza de trabajo o el esfuerzo laboral y no conducen a la dependencia (Cid Pedraza, et al, 2019, Development Pathways, 2021; Commonwealth of Australia 2014; Neri, Vaz y Ferreira, 2013).

Este capítulo presenta una descripción sobre las principales fuentes de financiamiento público de los pilares de ingresos y salud de la seguridad social contributiva e incorpora un apartado sobre el gasto de bolsillo privado en salud. En el pilar de Ingresos, el análisis se centra en las dos principales instituciones: Caja Fiscal e Instituto de Previsión Social (IPS); en el caso del pilar de Salud se abordan el Ministerio de Salud y Bienestar Social (MSPBS) y el IPS, dado que estas dos instituciones ejecutan más del 90% de los recursos destinados a esta función.

● El contexto general

Las políticas públicas relativas a la protección social tienen básicamente dos formas principales de financiamiento: los impuestos y las contribuciones sociales. La seguridad social contributiva en modelos como el paraguayo se diseña para que se sostenga fundamentalmente con las contribuciones de trabajadores/as y empleadores/as, pero como se verá en este apartado, el pilar contributivo cuenta con un fuerte aporte de impuestos.

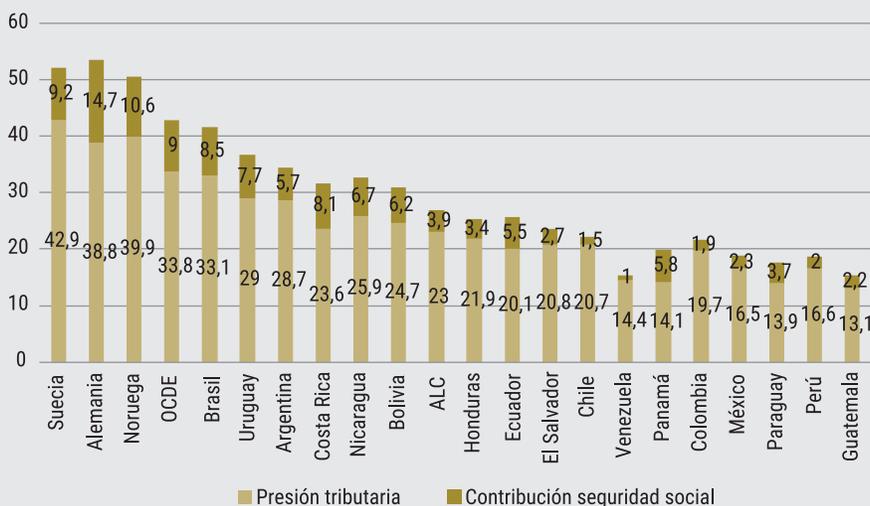
El Estado, como garante del derecho a la seguridad social, tiene un rol relevante que más allá de la regulación y fiscalización del sistema contributivo. El enfoque de derechos humanos obliga al Estado a garantizar el presupuesto necesario a partir del principio de máxima disponibilidad de recursos para la cobertura y la progresividad de los avances en convergencia con los lineamientos de eficiencia y eficacia definidos para presupuestos por resultados. El principio de no discriminación e igualdad obliga adicionalmente a garantizar presupuestos que incorporen la equidad como otro principio fundamental en la asignación de recursos públicos.

El financiamiento de las políticas públicas tiene como principal obstáculo en Paraguay a la limitada capacidad recaudatoria del Estado. Los impuestos son

la fuente genuina de recursos para cualquier país. Paraguay presenta una de las presiones tributarias más bajas de la región.

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

Gráfico 1.
Presión tributaria y contribución a la seguridad social (% PIB) en países seleccionados, 2019



Fuente: OCDE (<https://www.oecd.org/tax/tax-policy/base-de-datos-global-de-estadisticas-tributarias.htm>). Recuperado en agosto 2021.

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

Estos problemas se traducen en baja cobertura, tal como ya se observó en apartados anteriores y en desequilibrios financieros en los diversos fondos que

componen el subsistema previsional. Estos desequilibrios no han logrado subsanarse con transferencias de recursos públicos provenientes de impuestos, por lo cual fue necesario recientemente financiarlos con deuda externa.

En 2020 el déficit de la Caja fiscal fue financiado, en parte, con la deuda contraída para hacer frente a los costos de la pandemia, mientras que en 2021 se requirió el uso de parte de los recursos provenientes de los Derechos Especiales de Giro del Fondo Monetario Internacional.

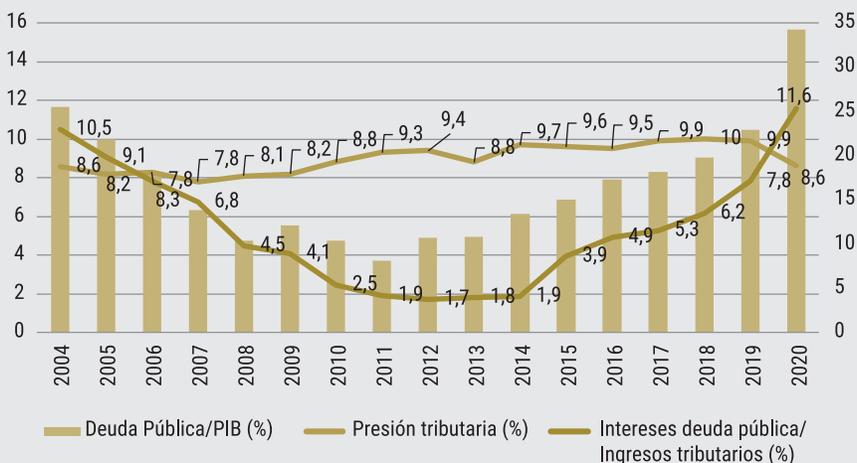
El aumento de la deuda pondrá en riesgo el necesario aumento de la inversión social e impulsará su reducción bajo el argumento de la necesidad de “austeridad”. De hecho, a pesar de la baja inversión social en sectores clave como la salud, la educación, la niñez trabajadora y las mujeres, el proyecto de presupuesto 2021 ya incluyó reducciones en estas áreas.

La llegada de la pandemia y la baja capacidad estatal para contrarrestar sus efectos, es una muestra clara del limitado espacio fiscal. El endeudamiento tenderá a empeorar la situación teniendo en cuenta que se requerirán recursos para pagar no solo los intereses y comisiones sino también empezar a amortizar el capital. De hecho, dada la incapacidad del Estado de pagar los compromisos asumidos con las recaudaciones tributarias, las últimas gestiones de gobierno han debido contratar deuda para pagar deudas anteriores. Esta proporción ha ido aumentando paulatinamente, hasta llegar a más del 65% según el proyecto de presupuesto 2022.

Los niveles de inversión social en Paraguay son bajos, ubicando a nuestro país entre los de menor prioridad fiscal en la región, lejos de las recomendaciones internacionales y de los promedios verificados por los países que se encuentran con un mejor posicionamiento en el desarrollo. En el caso de la salud, Paraguay destinó en 2020 apenas el 2,6% del PIB, considerando la Administración Central y si se incluye el IPS (1,5%) se llega al 4,1% del PIB, lo que resulta claramente insuficiente teniendo en cuenta que la recomendación internacional es de al menos 6% del PIB.

Gráfico 2.

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



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

Tabla 1.

Evolución de la prioridad fiscal de la inversión social por funciones de la Administración Central (% del PIB)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	5,4	5,3	5,7	6,4	6,3	5,8	7,0	6,4	7,3	8,6	8,4	8,6	9,1	8,9	9,0	9,3	10,3	11,8
Salud	0,7	0,7	1,0	1,1	1,2	1,0	1,5	1,4	1,6	2,0	1,7	1,9	2,0	2,0	1,9	1,9	2,1	2,6
Promoción y acción social	2,0	1,7	0,1	0,6	0,7	0,6	1,1	0,9	1,3	1,5	1,7	1,6	1,8	1,8	2,2	2,2	2,2	3,5
Seguridad social	-	-	1,7	1,6	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2	1,5	1,6	1,7	1,9	1,8	1,5	1,6	2,0	1,8
Educación y cultura	2,4	2,7	2,7	2,8	2,7	2,7	3,0	2,8	3,0	3,4	3,2	3,1	3,3	3,0	3,0	3,2	3,4	3,6
Ciencia, tecnología y difusión	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Relaciones laborales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Vivienda, urbanismo y servicios comunitarios	-	-	-	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	-	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Otros servicios sociales	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

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

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7	1,6	1,8	2,2	2,2	2,2	2,4	2,6	2,4	2,4	2,7	3,1
Salud	0,7	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,8	0,8	0,9	1,1	1,0	1,2	1,2	1,3	1,3	1,2	1,4	1,5
Ingresos (jubilaciones y pensiones)	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,3

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

La evolución ha sido lenta estimando que durante el periodo considerado Paraguay verificó un fuerte crecimiento del producto, duplicándose el mismo, lo que significó pasar a constituirse en un país de ingreso medio-alto. A pesar de esto, su impacto en las finanzas públicas –recaudación de impuestos– y en el empleo formal –contribuciones a la seguridad social– no han logrado que el país se ubique al menos en el porcentaje mínimo de inversión en salud.

● **Financiamiento de jubilaciones**

Los siguientes apartados se destinan a analizar y presentar los principales desafíos relacionados con el sistema jubilatorio, con un énfasis en el Instituto de Previsión Social y en la Caja Fiscal, dado que estos dos regímenes son los principales, tanto en términos de cobertura (activos y pasivos) como de su peso en el presupuesto público. Los datos que se presentan provienen de fuentes oficiales y de estudios e informes, especialmente lo referido a los cálculos actuariales.

Conceptos e introducción

El análisis de un sistema de jubilaciones se basa en tres aspectos mínimos: que sea sostenible en el tiempo –financiera y actuarialmente–, que los ingresos que entregue a los titulares sean suficientes y que sea equitativo, es decir, que haya correspondencia entre la contribución y el ingreso percibido. La información sobre los subsistemas existentes en Paraguay, da cuenta sobre los problemas que enfrenta el país en la construcción de un sistema jubilatorio que garantice dichas condiciones.

La sostenibilidad financiera o de caja surge al comparar los ingresos (I) y gastos (G) de caja del sistema a lo largo de un determinado horizonte temporal. Mide la capacidad del Estado de generar la cantidad suficiente de recursos para solventar las erogaciones comprometidas. Cuando las contribuciones no son suficientes, los Estados financian la diferencia con otros tipos de recursos como los tributarios.

En principio debería cumplirse anualmente; sin embargo, la existencia de ciertos eventos puede generar volatilidad, por lo que se puede admitir que el equilibrio presupuestario se consiga a lo largo de un número de años determinado.

La incorporación de más trabajadores/as al sistema y los incrementos de productividad benefician a la sostenibilidad financiera, al aumentar los ingresos. Dadas las bajas coberturas actuales, el país tiene un amplio espacio para aumentar los ingresos y, por lo tanto, mejorar este indicador.

La sostenibilidad actuarial mide el costo de entregar una unidad de jubilación, cuantificando la capacidad de sostener un flujo de recursos contributivos suficientes para financiar el flujo de erogaciones esperado, en un período de tiempo

razonablemente prolongado. Su cálculo requiere tener en cuenta el ciclo vital de los titulares, puesto que este estudio analiza si los egresos son consistentes con los aportes realizados.

Un tercer tipo de sostenibilidad es la económica, referida a la capacidad de la sociedad para destinar un porcentaje determinado de su riqueza, en transferencias a la población adulta mayor, independientemente de la fuente de financiamiento.

La suficiencia se refiere al monto de las jubilaciones y de su capacidad para hacer frente a las necesidades de los/as titulares. Debido a la dificultad de establecer parámetros sobre qué se considera adecuado, ya que ello depende de la edad y los riesgos que enfrentan las personas luego del retiro, se utiliza el indicador denominado “tasa de reemplazo” como medida de suficiencia.

El concepto “tasa de reemplazo” hace referencia a la relación entre el nivel de la jubilación y el nivel de ingresos con que se realizaron las aportaciones, a lo largo del ciclo laboral del individuo.

La equidad “actuarial” busca que exista una equivalencia entre el esfuerzo realizado por los/as trabajadores/as, en cuanto al aporte realizado y el nivel de ingresos en el retiro. El indicador permite analizar la equidad entre diferentes grupos de titulares y su trato en el sistema jubilatorio.

Los modelos de sistemas de pensiones pueden ser clasificados en función de 5 características principales:

- Participación del afiliado en el financiamiento:
 - Contributivo: el afiliado debe aportar regularmente al sistema.
 - No contributivo: el sistema se financia mediante otras fuentes, generalmente impuestos.
 - Combinación de las dos anteriores.
- Gestión financiera de los recursos: los recursos que acumula el sistema y con los que se pagan las pensiones, pueden gestionarse de dos maneras opuestas:
 - Reparto: un contrato entre generaciones en que los económicamente activos aportan sus cotizaciones al sistema, para el pago de pensiones de quienes ya están retirados y para la acumulación de un fondo de reserva intertemporal. Equivale a un fondo colectivo que se acumula

- con una prima media general o escalonada y se asigna con una regla de beneficio definida de antemano.
- Capitalización individual: se establece una cuenta de ahorro para cada trabajador activo afiliado, en la que se depositan y capitalizan sus cotizaciones para su uso personal en el momento de pensionarse. La pensión se define según el monto acumulado (de capital e intereses) y otros parámetros. Para conseguirla, requiere complementarse con otros mecanismos.
 - Regla para otorgar beneficios:
 - Beneficios Definidos: establece una regla para determinar la prestación sobre la base de normas claras relacionadas con la historia laboral, mediante una fórmula que incorpora el salario del trabajador, los años de servicio, la edad de jubilación y otros factores. Las contribuciones se hacen a una cuenta que crece mediante su inversión en instrumentos financieros autorizados.
 - Contribuciones Definidas: La contribución al sistema de pensiones está definida, pero el monto del beneficio (tasa de reemplazo) es desconocido hasta que se calcula al momento de jubilar, en función del fondo acumulado que depende del balance de la cuenta, al momento en el que los beneficiarios quieran utilizar sus fondos.
 - Administración pública o privada: si bien un sistema de pensiones público es responsabilidad del Estado, su gestión puede estar a cargo de terceros, ya sean cajas gremiales, administradoras privadas u otras entidades.
 - Administración estatal, cuando el mismo Estado o alguna institución de su dependencia gestiona la marcha del sistema.
 - Administración privada, cuando un tercer agente privado administra el sistema, lo que requiere un alto grado de regulación y supervisión estatal. La capitalización es plena, pero individual. Se utiliza como sistema de ahorro obligatorio para el retiro, pero no para cubrir contingencias. La persona debe disponer de un seguro complementario para invalidez y muerte y al final del período de ahorro, el monto ahorrado se utiliza para comprar una prestación vitalicia o temporal.

- Mecanismos de distribución: cuando un/a trabajador/a llega a una situación de invalidez, muerte (con sobrevivencia de algún dependiente) o de vejez, es posible que aún no haya cumplido los requisitos para recibir pensiones, o que se encuentre en situación de pobreza. En estos casos existen dos opciones.
 - Distributivo, cuando el sistema tiene un componente de subsidios cruzados o desde otras fuentes, para el alivio de la pobreza en situaciones de invalidez, sobrevivencia y vejez.
 - No distributivo, cuando el sistema no dispone de un componente de alivio de la pobreza y las personas deben recurrir a políticas asistenciales.

El sistema jubilatorio paraguayo tiene un diseño contributivo, obligatorio, de reparto, definido, de administración estatal y distributivo. No obstante, es necesario señalar que, en el caso de la Caja fiscal que cuenta con un importante déficit, este déficit está siendo cubierto por recursos del Tesoro, lo cual relativiza su carácter contributivo.

El sistema previsional de ingresos está compuesto por 8 regímenes públicos con diferentes condiciones de entrada, cobertura de riesgos y prestaciones. A estos se agregan algunos regímenes privados. Los últimos datos disponibles señalan que existen alrededor unas 889.000 personas que cotizan (activos) y alrededor de 134.000 personas que cobran jubilaciones (pasivos). Como se puede ver en la Tabla 3, más del 90% de las personas activas pertenecen a solo dos regímenes –IPS y Caja fiscal–. IPS se destaca por tener una relación activa/pasivo de 10,2, mientras que la Caja fiscal de 3,8.

Este indicador es fundamental en los sistemas de reparto definido porque muestra cuántas personas están aportando por cada titular que cobra una jubilación. Si el aporte es del 20%, se requieren unas 4 personas que financien una jubilación equivalente al 80% del ingreso laboral.

Tabla 3.
Cotizantes y pensionados del sistema de jubilaciones y pensiones

	Activos	Pasivos	Relación
<i>Total</i>	919.285	137.007	6,7
Sistema público	889.810	134.357	6,6
IPS (2019)	620.124	60.640	10,2
Caja Fiscal (2019)	240.989	64.142	3,8
Caja ANDE (2019)	4.878	2.126	2,3
Caja Bancaria (2019)	12.728	2.835	4,5
Caja Ferroviaria (2019)	3	411	0,0
Cajubi (2019)	1.582	1.994	0,8
Caja Municipal (Activos 2019, Pasivos abril/2020)	9.381	2.013	4,7
Caja Parlamentaria (estimado 2013)	125	196	0,6
Sistema privado	29.475	2.650	11,1
Caja Mutual de Cooperativistas (2013)	25.387	2575	9,9
Caja Médica (2013)	3.088	75	41,2
Caja de docentes de la UCA (2011)	1.000	nd	nd

Fuentes: elaboración propia con datos del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2021); Caja de jubilaciones y pensiones del personal municipal; Ministerio de Hacienda y Navarro y Ortiz (2014).

El pilar de ingresos presenta varios problemas en cuanto al financiamiento. Cada caja se rige por sus propias normas por lo que el marco regulador es complejo y disperso. El segundo problema es la ausencia de un ente supervisor y regulador. El Ministerio de Trabajo (MTESS) tiene como función promover la inclusión de sectores no cubiertos y fiscalizar el cumplimiento de las normas previsionales por parte de las empresas y los trabajadores. La Superintendencia de Bancos y de Seguros tiene la atribución de fiscalizar a la Caja Bancaria. La Contraloría General de la República (CGR) realiza controles contables/presupuestarios sobre todas las cajas públicas.

El vacío regulatorio y de supervisión se traslada también a los fondos de inversiones, facilitando el tráfico de influencias y otros mecanismos de uso del poder en el manejo de los recursos (Ministerio de Hacienda, 2008).

En el siguiente apartado se analiza la situación presupuestaria de los dos principales subsistemas jubilatorios: Caja Fiscal e Instituto de Previsión Social. De manera a exponer los principales desafíos presentes y futuros, y los retos que enfrenta la sociedad en el objetivo de acordar una reforma que garantice una cobertura universal a partir de un sistema solidario que cumpla con las características señaladas en los párrafos anteriores: sostenibilidad, suficiencia y equidad.

SEGURIDAD SOCIAL

Gastos destinados a la cobertura financiera de las necesidades originadas en la población que han dejado de contribuir al proceso productivo, tales como: pagos en concepto de pensiones, retiros y jubilaciones. Pago de prestaciones relacionadas con la pérdida de ingresos a causa de enfermedad, maternidad o incapacidad temporal. También la administración de programas de prestaciones de invalidez y vejez. Incluye la Administración de los Servicios de Seguridad Social. En la sub función 3.39 Seguridad Social Sin Discriminar, se agrupan los gastos que no se incluyen en las funciones descritas precedentemente.

Clasificador presupuestario 2020

En el presupuesto del Ministerio de Hacienda están asignados los recursos para el financiamiento de las jubilaciones y pensiones de los regímenes de la Caja Fiscal y las pensiones no contributivas. Entre los entes descentralizados se encuentran 6 instituciones: IPS, y las cajas de empleados y obreros ferroviarios, personal de la ANDE, empleados de bancos y afines y del personal municipal.

Administración Central	Entes descentralizados
<ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Hacienda-Tesoro - Presidencia de la República - Ministerio de Defensa Nacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituto de Previsión Social (IPS) - Caja de seguridad social de empleados y obreros ferroviarios - Caja de jubilaciones y pensiones del personal de la ANDE - Caja de jubilaciones y pensiones de empleados de bancos y afines - Caja de jubilaciones y pensiones del personal municipal

La Administración Central – Caja Fiscal

Dentro de la función Seguridad Social, el Ministerio de Hacienda es la institución que concentra la totalidad de los recursos. Como se verá, uno de los principales problemas que enfrenta la investigación y la auditoría ciudadana es la falta de trazabilidad del presupuesto público, los programas y recursos cambian constantemente, lo cual impide el seguimiento a los mismos.

El mayor peso de la función Seguridad social por el lado del gasto, se encuentra en el pago de las jubilaciones que tienen un componente contributivo. Durante varios años en esta función se incluyó a las pensiones no contributivas, por lo que alrededor del 20% de los recursos se destinaba a estos programas, mientras que el 80% al pilar contributivo que, a pesar de tener esta característica, cuenta con una importante transferencia financiada con impuestos.

El programa no contributivo más importante es el de la pensión alimentaria para personas adultas mayores en situación de pobreza. Este programa se incluyó en la función Seguridad social y posteriormente pasó a ser parte de la función Promoción y Acción Social.

La mayor parte de los recursos utilizados en la función Seguridad Social función se destina a transferencias –jubilaciones y pensiones– y otra parte a inversión financiera entre 2013 y 2014. Llama la atención la desaparición de los rubros Servicios personales desde 2012, lo que no permite analizar el peso de los costos administrativos.

El objeto Inversión financiera cuenta con recursos ejecutados desde 2013 en adelante, correspondiente a la compra de bonos con garantía estatal de la Agencia Financiera de Desarrollo (AFD). La Ley 4.252/10 establece que la Caja Fiscal puede realizar inversiones en condiciones de seguridad, rentabilidad y liquidez, similares a las de las reservas monetarias internacionales. La Caja Fiscal no está autorizada a realizar inversiones en el exterior, por lo tanto, esas mismas condiciones debe encontrarlas en el mercado nacional. Las sucesivas leyes de presupuesto incorporan la autorización y los montos de inversiones.

Tabla 4.
Ejecución presupuestaria en Seguridad social de la Administración central por año, según programas.
Participación relativa (%)

Programas	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Emergencia sanitaria ante pandemia COVID -19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,5
Programa central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,0
Partidas no asignables a programas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88,5
Serv. de gestión y pago del sist. de jubilación y pensión	66,6	70,6	74	76,3	80,1	81,6	80	77,5	76,6	74,8	-	-	-	-	-	-
Dirección de pensiones no contributivas	-	-	25,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Empleo y protección social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72,5	-	-	-	-	-
Empleo y seguridad social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73,9	93,2	94,2	95,6	-
Fortalecimiento de planificación y desarrollo	-	-	-	-	-	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pensiones del sector no contributivo	33,4	29,3	-	23,6	19,8	17,4	19,9	22,5	23,4	25,2	-	-	-	-	-	-
00 - *	33,4	29,3	-	23,6	19,8	17,4	19,9	22,5	9,84	-	-	-	-	-	-	-
Pensión a adultos mayores ley N° 3728/2009	-	-	-	-	-	-	-	-	13,5	17,3	-	-	-	-	-	-
Pensiones del sector no contributivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,88	-	-	-	-	-	-
Gestión económica de pensiones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01	-	-	-	-	-	-
Desarrollo social equitativo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27,5	26,1	6,8	5,8	4,4	-
Pensión a adultos mayores ley N° 3728/2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20,6	19,8	-	-	-	-
Formación de profesionales agropecuarios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,7	-	-
Pensiones varias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,0	6,0	6,75	0,0	4,0	-
De músicos de bandas militares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,1	-	-
Gestión económica de pensiones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,3	0,07	-	0,4	-
Asistencia a veteranos de la guerra del chaco	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

Tabla 5. Ejecución presupuestaria en Seguridad social de la Administración Central por año, según objeto del gasto. Participación relativa (%)

Objeto del gasto	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Servicios personales	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Servicios no personales	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,5	0,2	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bienes de consumo e insumos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Inversión física	-	-	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	-	-	-	-	-	0,0	0,0	-	-
Inversión financiera	-	-	-	-	-	-	-	-	7,5	9,8	8,6	9,4	12,1	10,9	25,0	10,2
Transferencias	99,7	99,7	99,7	99,7	99,6	98,9	99,6	99,7	92,3	90,2	91,4	90,6	87,9	89,1	75,0	89,8

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

Las siguientes tablas dan cuenta del tamaño de cada uno de los regímenes y de la grave situación por la que atraviesa la Caja Fiscal. Entre 2019 y 2020, los dos regímenes más importantes en términos de aportes fueron los de funcionarios/as públicos/as y del magisterio nacional, con alrededor del 60%. Poco más de 10% son los aportes de docentes universitarios, policías y militares y magistrados judiciales. Los aportes restantes provienen del Tesoro para cubrir el déficit del régimen policial y militar. En 2020, parte del déficit se cubrió con los fondos de endeudamiento del COVID-19. Según el reporte del Ministerio de Hacienda, se destinaron alrededor de US\$ 50.000.000.

Tabla 6.
Ejecución presupuestaria en Seguridad social de la Administración Central por año, según fuente de financiamiento y origen del financiamiento.
Participación relativa (%)

Fuente de financiamiento/ origen del financiamiento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Recursos del Tesoro	60,2	62,0	61,1	55,7	59,2	44,6	36,3	47,5	49,1	46,2	49,1	49,7	37,5	34,2	27,0	24,5
Genuino	60,2	62,0	56,9	31,9	49,4	44,6	32,9	47,5	49,1	46,2	49,1	49,7	37,5	34,2	27,0	24,5
Yacyreta	0,0	0,0	4,2	23,8	9,9	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Recursos de crédito público	0,0	7,5														
Fondo de emergencia sanitaria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,5
Recursos institucionales	39,8	38,0	38,9	44,3	40,8	55,4	63,7	52,5	50,9	53,8	50,9	50,3	62,5	65,8	73,0	68,0
Aporte de funcionarios y empleados públicos	11,8	12,6	12,9	13,3	14,7	15,2	14,9	12,5	17,9	20,6	19,6	21,5	27,9	27,5	43,3	35,8
Aporte de magistrados judiciales	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	0,9	0,9	0,8	0,7	1,4	1,7	2,5	3,3	3,1	1,7	1,6
Aporte del magisterio nacional	18,7	16,5	16,6	20,9	16,0	27,1	29,5	25,9	22,4	19,3	17,7	15,3	18,4	19,8	16,5	18,9
Aporte de docentes universitarios	1,7	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	1,7	1,5	2,1	2,4	3,5	5,3	5,3	2,9	3,1
Aporte de las fuerzas armadas	2,5	2,2	2,3	2,8	2,6	3,6	8,0	4,2	2,7	4,8	4,6	2,4	2,5	3,7	3,4	3,0
Aporte de las fuerzas policiales	3,9	3,7	4,0	4,4	4,4	5,6	8,3	7,5	5,6	5,7	5,0	5,1	5,0	6,3	5,2	5,7
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

Del total ejecutado en esta función, el 27% está financiado por recursos del Tesoro, es decir, por impuestos. En algunos años se observa la participación de recursos provenientes de Yacyretá. La proporción restante proviene de los aportes jubilatorios.

El déficit de los fondos “civiles” generado por el magisterio nacional, se financia con subsidios cruzados. Es decir, los demás fondos cubren el desequilibrio verificado en este régimen. Mientras que el déficit de policías y militares se cubre con el Tesoro.

Tabla 7.
Fuente de financiamiento de las transferencias a jubilados y pensionados de la Administración Central. Participación relativa (%)

Fuente de financiamiento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Recursos del Tesoro	60,1	61,9	60,9	55,5	59,1	44,9	34,9	46,6	52,6	50,8	53,4	54,5	42,4	38,1	35,6	27,2
Recursos del crédito público	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,4
Recursos Institucionales	39,9	38,1	39,1	44,5	40,9	55,1	65,1	53,4	47,4	49,2	46,6	45,5	57,6	61,9	64,4	64,4
821 - Jubilaciones y pensiones funcionarios y empleados del sector público y privado																
Recursos Institucionales	29,7	33,1	33,2	30	36,1	27,9	23,4	23,8	24,1	23	23,5	24,8	25,8	24,7	23,9	22,3
822 - Pensiones y jubilaciones magistrados judiciales																
Recursos Institucionales	2,9	3,1	3,1	2,5	2,8	1,7	1,5	1,5	1,7	1,4	1,5	1,5	1,5	1,8	2,0	2,0
823 - Jubilaciones y pensiones magisterio nacional																
Recursos del Tesoro	5,7	13	16,2	12	22	5,5	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Recursos institucionales	46,9	43,5	42,8	47	39,2	49,8	46,4	49,2	51,7	48,3	49,0	51,7	53,4	51,0	52,1	56,7
824 - Jubilaciones y pensiones docentes universitarios																
Recursos del Tesoro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Recursos institucionales	4,3	4,7	4,8	4,2	4,7	3,7	3,1	3,2	3,4	3,3	3,3	3,8	4,4	4,1	4,1	4,1
825 - Jubilaciones y pensiones Fuerzas Armadas																
Recursos del Tesoro	22,8	22,7	23,2	25,4	24,3	30,0	23,5	27,8	26,7	20,7	19,3	23,2	38,3	37,9	37,2	34,5
Recursos del crédito público	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49,7
Recursos institucionales	6,3	5,8	5,9	6,3	6,3	6,6	12,6	8	6,3	10,9	10,9	5,8	4,9	6,8	7,1	5,1

Fuente de financiamiento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
826 - Jubilaciones y pensiones Fuerzas Policiales																
Recursos del Tesoro	9	9,6	9,9	10,8	11,1	13	8,1	13,3	15,8	14,5	15,1	14,9	27,9	27,3	29,0	23,9
Recursos del crédito público	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50,3
Recursos institucionales	9,9	9,6	10,2	10,0	10,9	10,2	13,1	14,2	12,8	13	11,8	12,5	10,0	11,6	10,8	9,8
827 - Pensiones graciables																
Recursos del Tesoro	0,4	0,4	0,5	0,6	0,5	0,8	0,9	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6
828 - Pensiones varias																
Recursos del Tesoro	54,1	46,2	41,3	41,4	32,6	37,8	44,9	26,3	18,2	15,4	12,7	11,0	16,6	15,7	14,2	15,5
829 - Otras transferencias a jubilados y pensionados (incluye pensión alimentaria am 2010-2016)																
Recursos del Tesoro	8	8,1	8,9	9,9	9,5	13,0	22,6	31,9	38,7	48,9	52,4	50,4	16,6	18,6	19,1	25,5

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

La estructura presupuestaria no permite realizar análisis sobre los costos administrativos de cada uno de los fondos, pero es de suponer que la existencia de múltiples cajas sea una fuente de ineficiencia.

Tabla 8.
Cantidad de titulares (pasivos) por programa en la Administración Central

Programas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Fondos contributivos	40.994	42.628	44.354	45.543	46.800	48.719	50.890	52.832	55.455	59.904	64.142
Administración pública	11.049	11.796	12.268	12.481	12.565	13.088	13.731	14.142	14.728	16.014	16.721
Magistrados judiciales	422	412	410	404	399	395	397	397	413	468	497
Magisterio nacional	16.671	17.177	18.112	18.718	19.291	20.153	21.192	22.151	23.725	26.352	29.366
Docentes universitarios	738	762	792	809	840	889	924	1.047	1.117	1.200	1.291
Fuerzas Armadas	7.148	7.203	7.263	7.295	7.501	7.649	7.817	7.939	8.042	8.136	8.050
Policía nacional	4.966	5.278	5.509	5.836	6.204	6.545	6.829	7.156	7.430	7.734	8.217
Fondos no contributivos*	16.401	15.902	n/d	62.075	243.186	n/d	n/d	172.117	193.439	200.994	210.297

*Fondos no contributivos: Incluye adultos mayores, hijos discapacitados, pensiones graciables, viudas de veteranos, herederos de veteranos, veteranos y lisiados.

Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección General de Jubilaciones y Pensiones y la Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Hacienda.

Tabla 9.
Gasto por jubilaciones y pensiones en la Caja Fiscal (Millones de Gs.)

Sector	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	1.103.650	1.155.806	1.273.437	1.528.583	1.770.666	1.842.746	2.071.892	2.218.377	2.469.359	2.823.443	3.140.720
Administración Pública	217.627	231.196	254.815	267.744	280.166	310.374	349.071	377.159	428.184	498.116	549.247
Magistrados Judiciales	16.851	14.299	15.843	16.494	19.457	19.240	22.509	22.166	25.545	36.107	46.412
Magisterio Nacional	428.358	449.649	505.043	553.423	600.485	652.908	727.710	787.892	886.801	1.027.018	1.198.139
Docentes Universitarios	28.486	30.844	33.399	36.495	39.554	44.820	49.378	57.922	72.444	83.509	94.002
Fuerzas Armadas	249.933	257.401	274.230	363.833	418.033	436.150	490.619	510.850	550.049	607.036	636.130
Fuerza Policial	162.394	172.416	190.106	290.594	352.970	379.254	432.605	462.387	506.337	571.657	616.791

Fuente: Ministerio de Hacienda. Dirección de Jubilaciones y Pensiones.

Tabla 10.
Cantidad de activos Caja Fiscal

Sector	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Total</i>	232.631	232.631	238.531	237.574	237.228	242.719	240.989
Administración Pública	88.150	88.150	97.679	96.822	95.866	100.780	99.652
Administración de la Justicia	8.836	8.836	10.815	10.996	11.483	11.525	10.901
Magisterio Nacional	91.933	91.933	81.749	81.602	80.321	79.792	79.183
Docentes Universitarios	11.454	11.454	12.585	12.121	13.208	12.932	12.853
Fuerzas Policiales	10.056	10.056	12.546	12.829	13.413	13.871	14.336
Fuerzas Armadas de la Nación	22.202	22.202	23.157	23.204	22.937	23.819	24.064

Fuente: Ministerio de Hacienda. Dirección de Jubilaciones y Pensiones.

Tabla 11.
Resultado (déficit o superávit) de la Caja Fiscal, gasto social y monto de pensión alimentaria (Millones de Gs.)

Sector	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Total</i>	-103.148	-83.550	8.653	258.835	195.413	185.570	-70.161	-429.060	-541.859	-644.927	-785.992
Administración Pública	187.290	188.606	303.213	566.146	595.090	671.420	578.275	429.294	415.732	448.505	453.842
Magistrados Judiciales	27.725	35.571	46.256	51.869	54.852	63.065	52.404	24.221	22.095	12.489	6.081
Magisterio Nacional	-77.297	-62.387	-80.659	-36.258	-59.774	-96.273	-132.059	-236.403	-276.048	-292.841	-383.720
Docentes Universitarios	22.241	17.110	23.164	40.440	46.563	46.180	42.132	36.931	23.731	17.122	20.675
Fuerzas Armadas	-190.102	-181.033	-198.526	-257.970	-277.247	-313.670	-376.517	-405.928	-431.361	-480.088	-501.920
Fuerza Policial	-73.006	-81.417	-84.796	-105.392	-164.070	-185.152	-234.395	-277.176	-296.008	-350.115	-380.950
Gasto social de la AC (en millones)	7.787.839	8.275.150	10.369.226	12.727.168	13.998.881	15.439.091	17.187.189	18.164.513	19.682.272	21.497.550	24.329.313

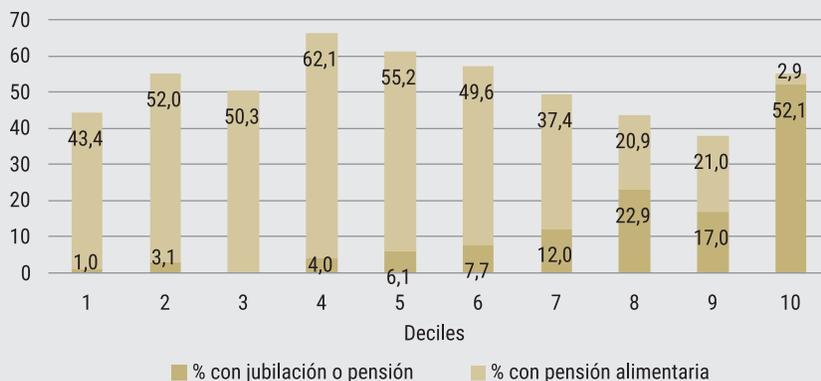
Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Jubilaciones y Pensiones y la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

Cabe señalar que los funcionarios públicos que pueden acogerse al beneficio de la afiliación a algunos de estos regímenes, son aquellos que cuentan con un nombramiento. Estos tienen carácter definitivo salvo que incurran en algún tipo de delito. Los funcionarios contratados, es decir, aquellos que tienen contratos temporales no tienen derecho a cotizar, por lo que están excluidos del sistema jubilatorio. El portal de la Secretaría de la Función Pública señalaba en agosto de 2021, que el 18,7% de los funcionarios se encuentra en esta situación, cifra que en valores absolutos llega a más de 70.000 personas.

El Gráfico 3 da cuenta de las coberturas por deciles de los tres programas más importantes en la población de 65 años o más: pensión alimentaria, IPS, Caja Fiscal. Como se puede ver, en los deciles de menores ingresos está presente la pensión alimentaria, mientras que, en los deciles de mayores ingresos, las jubilaciones.

El Gráfico 3 muestra un grave problema de equidad que se agrega al déficit de la Caja Fiscal. El sistema previsional es una fuente de desigualdad, porque una parte se financia con impuestos provenientes de un sistema tributario inequitativo, por el mayor peso que tienen los impuestos indirectos. La evolución del déficit da cuenta además del rápido empeoramiento.

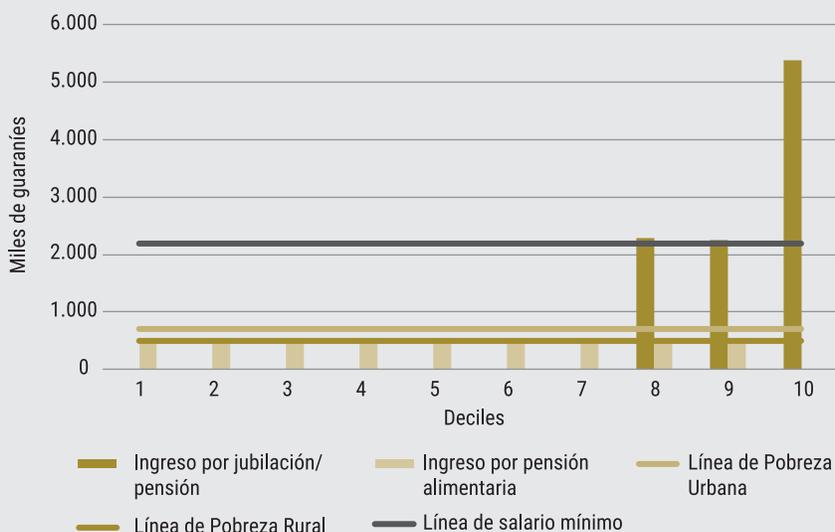
Gráfico 3.
Población de 60 años y más de edad con cobertura de jubilación, pensión o pensión alimentaria para adultos mayores en situación de pobreza.
Año 2019



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares Continua (EPHC 2019) del INE.

El Gráfico 4 muestra que el ingreso por la pensión alimentaria para personas mayores (25% del salario mínimo) no cubre la línea de pobreza urbana, apenas llega a cubrir la línea de pobreza rural y es 4 veces menos que el salario mínimo. En contraste, las jubilaciones o pensiones más bajas están en promedio alrededor del salario mínimo en los deciles 8 y 9, y superan los dos salarios mínimos en el decil 10.

Gráfico 4.
Ingreso de la población de 60 años o más con jubilación, pensión o pensión alimentaria para adultos mayores, 2019



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares Continua (EPHC 2019) del INE.

Las Tablas 12 y 13 muestran el gasto por persona que asume el Tesoro nacional (impuestos) en los dos programas más importantes de transferencias de ingresos. En 2019, el gasto anual por persona en el caso de policías y militares fue de Gs. 54 millones, frente Gs. 6 millones para la pensión alimentaria. Esta situación pone en perspectiva el carácter “contributivo” del régimen policial y militar teniendo en cuenta el importante esfuerzo fiscal realizado.

Tabla 12.
Gasto anual por persona. Déficit (Sector No Civil). Periodo 2009-2019

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Gasto por persona	21.719.333	21.027.963	22.183.057	27.672.074	32.201.167	35.143.159	41.711.867	45.253.660	47.011.957	52.312.728	54.273.683
Déficit Policías y Militares	263.108	262.450	283.322	363.362	441.317	498.822	610.912	683.104	727.369	830.203	882.870
Cantidad de Jubilados/ Pensionados P y M	12.114	12.481	12.772	13.131	13.705	14.194	14.646	15.095	15.472	15.870	16.267

Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Jubilaciones y Pensiones del Ministerio de Hacienda.

Tabla 13.
Gasto anual por persona. Pensión alimentaria para personas mayores. Periodo 2009-2019

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Gasto anual por persona	0	1.396.984	1.653.650	3.845.667	4.095.767	4.199.971	5.409.870	5.326.038	5.027.648	6.044.622	6.090.496
Gasto Pensión Adultos Mayores (en millones)	0	1.215	41.121	187.215	362.148	530.624	722.055	737.070	941.070	1.160.537	1.232.400
Titulares	0	870	24.867	48.682	88.420	126.340	133.470	138.390	187.179	191.995	202.348
Monto mensual Pensión Alimentaria para Adultos Mayores en situación de pobreza	352.216	376.871	376.871	414.558	414.558	449.104	456.014	491.127	510.281	528.141	548.210

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST y los Informes financieros de la Dirección de Contabilidad del Ministerio de Hacienda.

Tabla 14.
Déficit o superávit de la caja fiscal en relación a la cantidad de jubilados/pensionados del sector contributivo
(en millones de guaraníes). Período 2009-2019

Sector	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total	-2,5	-2,0	0,2	5,7	4,2	3,8	-1,4	-8,1	-9,8	-10,8	-12,3
Administración Pública	17,0	16,0	24,7	45,4	47,4	51,3	42,1	30,4	28,2	28,0	27,1
Magistrados Judiciales	65,7	86,3	112,8	128,4	137,5	159,7	132,0	61,0	59,5	26,7	12,2
Magisterio Nacional	-4,6	-3,6	-4,5	-1,9	-3,1	-4,8	-6,2	-10,7	-11,6	-11,1	-13,1
Docentes Universitarios	30,1	22,5	29,2	50,0	55,4	51,9	45,6	35,3	21,2	14,3	16,0
Fuerzas Armadas	-38,3	-34,3	-36,0	-44,2	-44,7	-47,9	-55,1	-56,7	-58,1	-62,1	-61,1
Fuerza Policial	-10,2	-11,3	-11,7	-14,4	-21,9	-24,2	-30,0	-34,9	-36,8	-43,0	-47,3

Fuente: Ministerio de Hacienda. Dirección General de Jubilaciones y Pensiones.

Tabla 15.
Cifras anuales de la Caja Fiscal por sectores contributivos, en millones de guaraníes. Periodo 2009-2020

Sector	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ingresos												
Total	1.000.502	1.072.255	1.282.090	1.787.418	1.906.079	2.028.323	2.001.731	1.789.316	1.927.499	2.178.517	2.354.724	2.407.885
Empleados Públicos	404.918	419.802	558.028	833.889	875.256	981.794	927.346	806.454	843.915	946.621	1.003.088	1.021.055
Magistrados Judiciales	44.576	49.871	62.100	68.363	74.309	82.306	74.913	46.387	47.639	48.596	52.492	67.204
Magisterio Nacional	351.062	387.262	424.384	517.165	540.711	556.635	595.651	551.489	610.754	734.177	814.419	798.002
Docentes Universitarios	50.727	47.953	56.563	76.935	86.116	91.000	91.510	94.854	96.174	100.632	114.674	123.651
Fuerzas Armadas	59.832	76.369	75.704	105.863	140.786	122.487	114.102	104.922	118.688	126.948	134.210	144.559
Fuerzas Policiales	89.388	90.998	105.310	185.203	188.900	194.102	198.209	185.211	210.329	221.542	235.841	253.414
Gastos												
Total	1.103.650	1.155.805	1.273.437	1.528.583	1.710.666	1.842.753	2.071.892	2.218.377	2.469.359	2.823.443	3.140.716	3.425.533
Empleados Públicos	217.627	231.196	254.815	267.744	280.166	310.374	349.071	377.159	428.184	498.116	549.247	554.717
Magistrados Judiciales	16.851	14.299	15.843	16.494	19.457	19.240	22.509	22.166	25.545	36.107	46.412	48.704
Magisterio Nacional	428.358	449.649	505.043	553.423	600.485	652.908	727.710	787.892	886.801	1.027.018	1.198.139	1.410.033
Docentes Universitarios	28.486	30.844	33.399	36.495	39.554	44.820	49.378	57.922	72.444	83.509	93.998	101.044
Fuerzas Armadas	249.933	257.401	274.230	363.833	418.033	436.157	490.619	510.850	550.049	607.036	636.130	652.164
Fuerzas Policiales	162.394	172.416	190.106	290.594	352.970	379.254	432.605	462.387	506.337	571.657	616.791	658.870

Sector	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	Déficit o superávit											
Total	-103.148	-83.550	8.653	258.835	195.413	185.570	-70.161	-429.060	-541.859	-644.927	-785.992	-1.017.648
Empleados Públicos	187.290	188.606	303.213	566.146	595.090	671.420	578.275	429.294	415.732	448.505	453.842	466.338
Magistrados Judiciales	27.725	35.571	46.256	51.869	54.852	63.065	52.404	24.221	22.095	12.489	6.081	18.500
Magisterio Nacional	-77.297	-62.387	-80.659	-36.258	-59.774	-96.273	-132.059	-236.403	-276.048	-292.841	-383.720	-612.031
Docentes Universitarios	22.241	17.110	23.164	40.440	46.563	46.180	42.132	36.931	23.731	17.122	20.675	22.607
Fuerzas Armadas	-190.102	-181.033	-198.526	-257.970	-277.247	-313.670	-376.517	-405.928	-431.361	-480.088	-501.920	-507.605
Fuerzas Policiales	-73.006	-81.417	-84.796	-105.392	-164.070	-185.152	-234.395	-277.176	-296.008	-350.115	-380.950	-405.456

Fuente: Ministerio de Hacienda. Dirección general de Jubilaciones y Pensiones.

Si se utiliza como punto de comparación el año 2003, en el que ya se registró una situación crítica en la Caja Fiscal, lo que motivó una reforma parcial, se pueden observar los riesgos que enfrenta nuevamente esta Caja.

Tabla 16.
Situación de la Caja Fiscal. Sectores contributivos. Año 2003

Año 2003	Ingresos			Gastos			Balance operacional		
	Activos	Millones de Gs.	% del PIB	Jubilados/pensionados	Millones de Gs.	% del PIB	Tasa de dependencia	Millones de Gs.	% del PIB
<i>Total</i>	144.537	352.782	0,9	32.132	659.977	1,8	0,22	-307.195	-0,8
Empleados Públicos	32.502	68.498	0,2	7.785	113.750	0,3	0,24	-45.252	-0,1
Magistrados Judiciales	8.546	30.122	0,1	441	11.256	0,0	0,05	18.866	0,1
Magisterio Nacional	63.262	169.723	0,5	13.015	242.749	0,7	0,21	-73.025	-0,2
Docentes Universitarios	10.965	18.156	0,1	522	14.095	0,0	0,05	4.061	0,0
Fuerzas Armadas	13.738	30.565	0,1	6.813	181.259	0,5	0,50	-150.694	-0,4
Fuerzas Policiales	15.524	35.718	0,1	3.556	96.868	0,3	0,23	-61.151	-0,2

Fuente: Franks, J., et al., 2005.

En 2003, la tasa de dependencia (relación entre pasivos y activos) era de 0,22, lo que significa que existían 4,5 trabajadores activos por cada beneficiario de una jubilación o pensión. En 2019, esta cifra es 0,27, reduciéndose la cantidad de activos con relación a pasivos a 3,8. Habría que suponer que esta relación empeorará en 2020 teniendo en cuenta el progresivo aumento de docentes jubilados/as.

Igual que en el año 2003, en 2019 se observan importantes diferencias entre los regímenes. Si bien existen algunos como el de magistrados/as judiciales o docentes universitarios con bajas tasas de dependencia y un alto número de aportantes con respecto a las personas con jubilaciones o pensiones, estos son regímenes pequeños que no afectan sustancialmente a los resultados fiscales en el corto plazo. El Magisterio nacional tiene la tasa de dependencia más alta y ya se encuentra en déficit actualmente. Tiene un alto peso tanto en número de per-

sonas como en volumen de gasto. En conclusión, las tasas de dependencia están en peor situación actualmente que en 2003.

Tabla 17.
Situación de la Caja Fiscal. Sectores contributivos. Año 2019

Año 2019	Ingresos			Gastos			Balance operacional		
	Activos	Millones de Gs.	% del PIB	Jubilados/pensionados	Millones de Gs.	% del PIB	Tasa de dependencia	Millones de Gs.	% del PIB
<i>Total</i>	240.989	2.354.724	1,0	64.142	3.140.716	1,3	0,27	-785.992	-0,3
Empleados Públicos	99.652	1.003.088	0,4	16.721	549.247	0,2	0,17	453.842	0,2
Magistrados Judiciales	10.901	52.492	0,0	497	46.412	0,0	0,05	6.081	0,0
Magisterio Nacional	79.183	814.419	0,3	29.366	1.198.139	0,5	0,37	-383.720	-0,2
Docentes Universitarios	12.853	114.674	0,0	1.291	93.998	0,0	0,10	20.675	0,0
Fuerzas Armadas	14.336	134.210	0,1	8.217	636.130	0,3	0,57	-501.920	-0,2
Fuerzas Policiales	24.064	235.841	0,1	8.050	616.791	0,3	0,33	-380.950	-0,2

Fuente: Ministerio de Hacienda. Dirección General de Jubilaciones y Pensiones.

La reforma de la Caja Fiscal realizada en 2003, con la aprobación de la Ley Nro. 2.345/2003, introdujo modificaciones paramétricas a los regímenes civiles de la Caja Fiscal, con el objetivo de reducir la crisis financiera que enfrentaba la institución. Estas modificaciones, 20 años después, fueron claramente insuficientes a pesar del importante aumento en el número de aportantes. La Tabla 18, sistematizada por Franks et al. (2005), resume las modificaciones.

Tabla 18.
Comparación entre la Ley Preexistente y la Nueva Ley Reguladora de la Caja Fiscal

	Antigua ley	Nueva ley	Comentarios
I. Disposiciones generales			
Tasa de contribución	14%	16%	La nueva tasa debe seguir siendo efectiva al menos hasta que se logre el equilibrio financiero.
Base de contribución	Salario base	Todas las remuneraciones imponibles, incluyendo salario base, horas extras, gastos de representación, bonificaciones.	La remuneración base excluye subsidio familiar y subsidio para la salud.
Edad de jubilación ordinaria (jubilación obligatoria)	Entre 40 y 50 años dependiendo de la ocupación, sexo y años de servicio	62 años	Retiro es obligatorio a los 62 años. Empleados con menos de 10 años de servicio reciben 90% de sus contribuciones ajustadas por inflación. Las nuevas reglas no afectan a policías y militares
Edad de jubilación anticipada (jubilación)	La edad de jubilación se puede adelantar a través de varios mecanismos.	50 años de edad	Retiro anticipado es posible con al menos 20 años de servicio
Tasa de reemplazo	93% (menos para retiro anticipado). Entre 50 y 100% dependiendo de los años de servicio, para policías y militares	20% mas 2,7% por cada año de servicio	La tasa de reemplazo alcanza su punto máximo en el 100% a los 40 años de servicio. En caso de jubilación anticipada, la tasa de reemplazo se multiplica por la ratio de la edad de retiro y 62. Las nuevas reglas no afectan a policías y militares
Salario base para el cálculo del beneficio de pensión	Último salario	Salario promedio de los últimos 5 años de servicio	Los salarios pasados no se ajustan por inflación en el cálculo del salario base
Bono del 13r mes (aguinaldo)	Pagada habitualmente pero no obligatoria por ley	Prohibida	

	Antigua ley	Nueva ley	Comentarios
II. Disposiciones especiales para maestros/as			
Jubilación ordinaria	45 o 40 años para hombres y mujeres, respectivamente, con al menos 25 años de servicio. Maestras pueden contar hasta 5 hijos como años de servicio.	Al menos 28 años de servicio, o al menos 25 años de servicio a una menor tasa de reemplazo. Maestras pueden contar hasta 3 hijos como años de servicio	
Jubilación anticipada	20 años de servicio (por causas que impidan la jubilación ordinaria)	Entre 15 y 24 años de servicio (solo por incapacidad física o mental)	
Tasa de reemplazo	93% (menos para retiro anticipado)	87%, 83% por al menos 25 años de servicio	
Salario base para el cálculo del beneficio de pensión	Ultimo salario	Salario promedio de los últimos 5 años de servicio (o 10 años en caso de aumento de horas o turnos trabajados)	Los salarios pasados no se ajustan por inflación

Fuente: Franks, J., et al., 2005.

La crisis actual en los regímenes militar y policial se relaciona con la ausencia de reformas y la persistencia de excepciones a este sector. El único cambio relevante en esa reforma fue el cálculo de la tasa de sustitución. En lugar de calcularse el monto de la jubilación inicial sobre el último salario, con la reforma la base del cálculo pasó a los últimos 5 años de servicio.

En los últimos años, varios estudios actuariales dan cuenta del desafío que enfrenta la Caja Fiscal para garantizar su sostenibilidad a largo plazo. El trabajo realizado con datos hasta 2012 con una proyección de 50 años de Larraín et. al. (2013), sugería que el valor presente neto de los flujos de la Caja Fiscal presentaba un déficit de entre 40% y 50% en términos del PIB del 2012, siendo el Magisterio nacional el más deficitario, seguido de las Fuerzas Armadas y Policiales, pero con un costo unitario mucho más alto de los segundos.

El estudio alertaba sobre información de calidad “cuestionable”, porque casi un tercio de trabajadores activos superaba los 60 años. Si este dato no fuese cierto, el déficit estimado sería menor. El resultado no solo muestra la compleja situación fiscal, sino también la urgente necesidad de mejorar los sistemas de informa-

ción, manteniéndolos actualizados e integrando todos los regímenes, incluyendo los de los entes descentralizados y los privados.

Larraín, Viteri y Zucal (2013) señalan en el referido documento que los problemas de liquidez y solvencia exigen una combinación de medidas. Las estimaciones realizadas en el estudio indican que las soluciones más eficientes pasan por el incremento gradual de la edad mínima de retiro y de la edad legal de jubilación, cambiar la “pirámide poblacional” dentro del sector público contratando gente joven cuando los mayores pasen al retiro y mejorar el manejo financiero de las cajas, aumentando los montos invertidos y mejorando las inversiones.

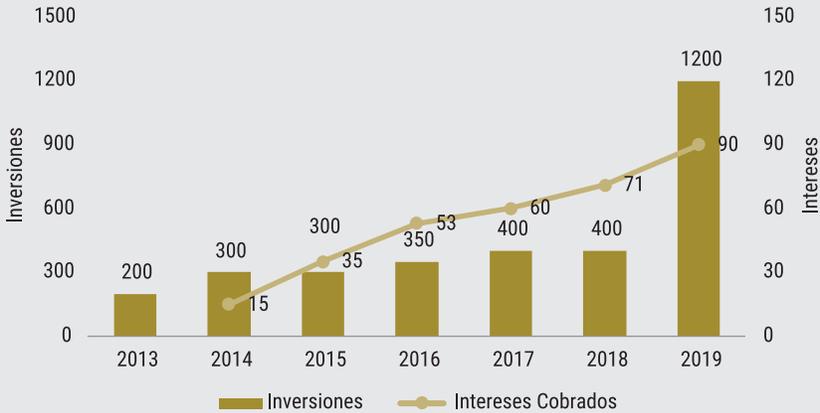
El FMI (2017, p.8) alertó más recientemente sobre la urgencia que requiere el desequilibrio de la Caja Fiscal. En el escenario a más largo plazo, los déficits aumentan de forma continua. Según los cálculos de esta institución en los próximos 50 años, el valor presente descontado de los déficits se situará en 28% del PIB corriente, y ascendería a 76% del PIB corriente a lo largo del horizonte de 85 años.

En cuanto a la inversión de los fondos, en el año 2013, dentro del marco legal establecido en la Ley N° 4525/10, la Dirección de Jubilaciones y Pensiones realizó la primera adquisición de títulos de deuda utilizando los recursos excedentes de los Programas Contributivos Civiles. Durante el periodo 2013 – 2019 se han invertido G. 3,15 billones en Bonos de la Agencia Financiera de Desarrollo (AFD) y Certificados de Depósitos de Ahorro (CDA).

El capital invertido en las tres primeras colocaciones (2013 al 2015) ha sido recuperado en su totalidad. Desde fines de 2013 y hasta diciembre de 2019, estas inversiones han generado una rentabilidad de Gs. 323.447 millones.

Adicionalmente, en el año 2019 se ha realizado una inversión de G. 1.200.000 millones en Bonos de la AFD y en Certificados de Depósitos de Ahorro, y se ha recibido, en concepto de rentabilidad un total de Gs. 89.739 millones por las inversiones realizadas en ejercicios anteriores

Gráfico 5.
Colocación de Recursos Excedentes de los Programas Contributivos Civiles
(en miles de millones de Gs.)



Fuente: Informe de finanzas publicas 2021. <https://www.hacienda.gov.py/web-presupuesto/archivo.php?a=1f1f2228332c322d31ecefedefedec27242eeaefedefeeeb2e22241f0bd&x=9898037&y=9d9d03c>

La posibilidad de diversificar las inversiones de la Caja Fiscal se dio a partir de la Ley N° 6.258/19 del Presupuesto General de la Nación, donde se autorizó al Ministerio de Hacienda invertir los excedentes en bonos de la AFD, en instrumentos emitidos o garantizados por Organismos Multilaterales y en Certificados de Depósito a Plazo (CDA), o a la vista en Bancos Nacionales con calificación mínima de AA.

Más allá de la necesidad de garantizar seguridad y rentabilidad de estos fondos con una adecuada, fuerte y transparente regulación, un importante reto como país es el relativo a la generación de confianza. Con vistas a generar el entorno social y político adecuados que faciliten un amplio consenso sobre el manejo de estos recursos, de manera a diversificar riesgos y mejorar los rendimientos.

Entes descentralizados

Entre los entes descentralizados, la principal institución es el IPS y le siguen los empleados de bancos y el personal de la ANDE. La multiplicidad de regímenes complica los roles de regulación, control y fiscalización e introduce riesgos de ineficiencia.

Tabla 19.
Ejecución presupuestaria en la función de Seguridad social de entes descentralizados por año, según instituciones.
Participación relativa (%)

Instituciones	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Instituto de Previsión Social	-	63,6	63,9	66,9	64	57,7	57	56,3	58,5	62,5	58,1	58,6	61,0	56,2	56,9	59,9	64,7
Caja de seguridad social de empleados y obreros ferroviarios	-	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,2
Caja de jubilaciones y pensiones del personal de la ANDE	-	7,4	6,8	8,1	9,9	12,9	12,9	13,5	16,9	11,7	15	9,8	9,7	13,0	14,4	13,6	10,3
Caja de jubilaciones y pensiones de empleados de bancos y afines	100,0	22,6	23,5	20,1	21,7	22,9	23,4	24,2	20,7	22,1	23,1	28,9	26,9	27,7	25,6	23,3	22,3
Caja de jubilaciones y pensiones del personal municipal	-	5,6	5,8	4,9	4,5	6,5	6,6	6	3,8	3,7	3,8	2,7	2,5	3,1	2,8	2,9	2,4

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

Tabla 20.
Ejecución presupuestaria en la función de Seguridad social de las entidades descentralizadas por año, según objeto del gasto.
Participación relativa (%)

Instituciones/ objeto del gasto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Instituto de Previsión Social	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Servicios personales	7,6	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Servicios no personales	1,1	0,7	0,8	1,0	1,0	0,7	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Bienes de consumo e insumos	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Inversión física	1,2	1,8	0,8	0,8	1,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0
Inversión financiera	21,9	18,6	28,1	25,1	25,1	19,8	16,4	13,4	20,0	26,7	12,8	17,0	18,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Transferencias	67,2	78,0	69,3	72,0	72,0	79,1	83,3	86,0	79,4	73,0	86,7	82,5	80,7	99,6	99,7	100,0	100,0
Otros gastos	0,6	0,4	0,7	0,3	0,3	0,1	0,0	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,3	0,0	0,0
Caja de seguridad social de empleados y obreros ferroviarios	100,0														100,0	100,0	100,0
Servicios personales	3,2														3,6	3,5	3,7
Servicios no personales	3,2														3,6	3,5	3,8
Bienes de consumo e insumos	2,7														3,6	3,6	3,7
Inversión Física															0,0	0,1	0,1
Transferencias	90,9														89,2	89,2	88,7
Otros gastos	0														0,0	0,1	0,0

Instituciones/ objeto del gasto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Caja de jubilaciones y pensiones del personal de la Ande		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Servicios personales		3,5	0,8	0,6	0,6	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,6	0,5	0,4	1,3	1,6	1,9
Servicios no personales		0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,3
Bienes de consumo e insumos		0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Inversión física		0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,8
Inversión financiera		58,9	57,8	66,5	73,3	79,8	78,3	80,1	84,6	78,4	81,5	74,7	73,7	77,2	75,1	71,1	59,1
Transferencias		35,8	41,4	32,8	26,1	19,7	21,2	19,4	15,0	21,0	18,1	24,7	25,8	22,4	22,6	26,6	37,7
Otros gastos		0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
Caja de jubilaciones y pensiones de empleados de bancos y afines	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Servicios personales	0,3	3,3	3,3	2,9	2,2	2,1	3,0	2,9	2,4	3,6	3,3	2,6	2,6	3,3	3,2	2,8	2,5
Servicios no personales	1,5	1,9	1,2	1,0	0,7	0,6	0,8	0,7	0,6	2,1	3,0	3,2	3,2	4,8	5,7	6,5	4,4
Bienes de consumo e insumos	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Inversión física	0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,5	0,0	0,0	0,5
Inversión financiera	0	7,7	10,8	19,1	37,0	46,0	45,5	56,3	58,4	60,4	55,8	64,8	68,3	60,8	60,0	56,9	57,0
Transferencias	98,2	86,3	84,5	76,7	59,8	51,0	49,9	39,6	38,2	33,5	37,5	29,1	25,4	30,5	30,9	33,4	35,3
Otros gastos	0	0,6	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3

Instituciones/ objeto del gasto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Caja de jubilaciones y pensiones del personal municipal		100,0															
Servicios personales		8,0	9,5	9,0	9,6	7,1	7,5	7,8	11,3	10,2	10,1	11,9	12,2	9,5	11,2	10,9	12,9
Servicios no personales		2,6	2,2	2,2	2,8	1,4	1,7	1,6	2,2	1,8	2,0	2,3	2,4	1,9	2,0	2,1	1,5
Bienes de consumo e insumos		1,0	1,0	1,4	1,3	0,8	0,9	0,8	1,2	1,1	1,0	1,0	1,3	1,0	1,0	0,9	0,5
Inversión física		2,3	1,6	0,7	0,8	0,3	0,4	0,3	0,2	0,3	0,0	0,3	0,7	0,5	0,3	0,1	0,1
Inversión financiera		46,5	41,7	42,0	40,6	47,9	49,2	47,9	31,1	37,3	33,8	23,1	14,1	27,3	25,6	26,0	14,3
Transferencias		39,4	43,9	44,4	44,3	41,7	39,7	41,0	52,5	46,9	50,9	59,3	66,4	56,7	57,0	58,0	68,3
Otros gastos		0,3	0,2	0,4	0,6	0,9	0,4	0,6	1,4	2,4	2,2	2,1	2,8	3,0	2,8	2,0	2,3

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

Al analizar la ejecución presupuestaria de las entidades descentralizadas se observan diferencias importantes. En primer lugar, el peso relativo y la variabilidad de Servicios personales, es decir, de los salarios, las bonificaciones y otros pagos realizados a funcionarios/as para la gestión de las jubilaciones. La Caja de la ANDE presenta los valores más bajos. En la mayoría de los años, de los que se disponen datos, se mantuvo en un promedio del 0,7% del total, a excepción de 2005 en que esta cifra fue de 3,5%. El nivel más alto lo presenta la caja del personal municipal, cuyo porcentaje varía de 8% en 2005 al 12,9% en 2020. Le sigue la Caja bancaria con un promedio que ronda el 2,7%.

El IPS cuenta con un programa especial para la gestión administrativa de sus actividades, tanto de salud como de jubilaciones. Este fondo se conforma con el 1,5% del total recaudado por las cuotas de los trabajadores y empleadores privados, y de la Ande. Más las multas, recargos y comisiones y los legados o donaciones. El 12,5% de sus recaudaciones se destinan al fondo de jubilaciones y pensiones y el 9,0% al fondo de salud. La suma de los tres fondos equivale al 23% proveniente del aporte obrero-patronal.

Las transferencias también presentan gran variabilidad entre las diferentes cajas. En IPS representan en promedio el 83,5% del gasto, mientras que en la ANDE el 25,6%. Entre ambas cajas se encuentran las demás con un peso relativo de este objeto de alrededor del 60%.

El promedio del objeto Inversión financiera presenta una tendencia contraria a la anterior. En el IPS tiene bajo peso (14,9%) frente a la caja de la ANDE (73,1%). En las otras dos cajas el promedio anual ronda el 40%. En 2014 estos fondos equivalieron a alrededor de Gs. 1.000.000.000.000, cifra que amerita la existencia de algún mecanismo de control de riesgos. Llama la atención el peso importante de Otros gastos, teniendo en cuenta que puede tener el mismo valor que Servicios personales y Servicios no personales.

Tabla 21. Ejecución presupuestaria en Seguridad social de entes descentralizados por año, según fuente de financiamiento y origen del financiamiento. Participación relativa (%)

Fuente de financiamiento/ origen del financiamiento	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Recursos del Tesoro	-	0,8	-	-	0,3	0,4	0,3	0,3	0,2	-	1,0	0,8	0,4	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2
Genuino	-	100,0	-	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Recursos Institucionales	100,0	99,2	100,0	100,0	99,7	99,6	99,7	99,7	99,8	100,0	99,0	99,2	99,6	99,9	99,7	99,8	99,8	99,8
Genuino	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

A diciembre de 2020, la composición del portafolio de inversiones del IPS estaba compuesto en mayor parte por Inversiones Financieras con una participación del 66%, seguido por Caja y Equivalentes con 16% del total del portafolio, Préstamos a funcionarios, jubilados y pensionados con 12% y en menor medida Inmuebles con una participación del 6%.

Para el año 2020 la rentabilidad promedio del portafolio en guaraníes fue del 6,94%, posicionándose los préstamos a funcionarios, jubilados y pensionados como uno de los activos con mayor rentabilidad dentro de la cartera con un 12,98%. El 26% de los instrumentos del portafolio se encuentran invertidos a largo plazo, el 42% a mediano plazo y el 16% a corto plazo.

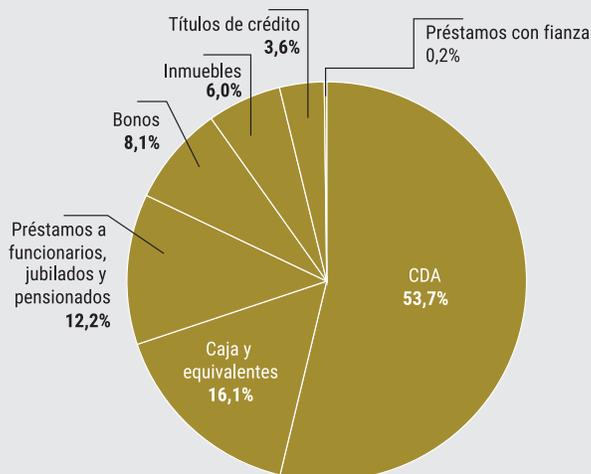
Tabla 22.
Composición y rentabilidad del portafolio. Año 2020

Portafolio	Guaraníes	Rentabilidad	US\$	Rentabilidad
Inversiones Financieras	8.189.275.571.444	7,57%	148.941.750,00	6,23%
Caja y equivalentes	2.160.669.168.626	2,14%	13.649.445,21	0,19%
Préstamos a funcionarios, jubilados y pensionados	1.706.393.672.510	12,98%	-	-
Inmuebles	848.081.951.699	0,83%	-	-
Total	12.904.420.364.279	6,94%	162.591.195,21	5,72%

Fuente: IPS. Informe Mensual de Inversiones Financieras diciembre, 2020. (<https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipspor-tal/archivos/archivos/1613754264.pdf>)

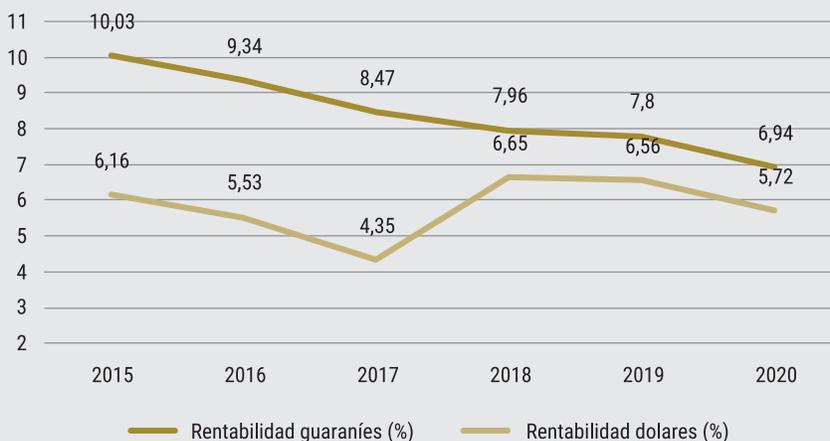
Entre las inversiones financieras, la principal inversión la componen los Certificados de Depósito de Ahorro (CDA) con el 53,7% de total de activos. Seguido se encuentran los bonos, principalmente de la Agencia Financiera de Desarrollo (AFD), con el 8,1% y finalmente los títulos de crédito y préstamos con fianza de organismos multilaterales con el 3,6% y 0,2% respectivamente.

Gráfico 6.
Distribución de inversiones por tipo de activo, 2020



Fuente: IPS. Informe Mensual de Inversiones Financieras diciembre, 2020.

Gráfico 7.
Rentabilidad por moneda



Fuente: IPS. Informe Mensual de Inversiones Financieras, diciembre, 2020.

El Instituto de Previsión Social publicó dos estudios en los que presentan la situación financiera y actuarial de la institución (IPS, 2015 y 2018). Las proyecciones se realizan para varios escenarios. Las proyecciones poblacionales señalan que entre 2040 y 2050 también se acaba el bono demográfico, con lo cual también se reduce la oportunidad de fortalecer el sistema bajo el principio de solidaridad generacional con la incorporación de jóvenes.

Tabla 23.
Escenarios sobre la sostenibilidad financiera del IPS

Escenarios	Año en que se igualan ingresos y gastos	Supuestos
Escenario 1	2044	Ingresos: aportes obrero-patronales Egresos: prestaciones por jubilaciones y pensiones
Escenario 2	2050	Ingresos: aportes obrero-patronales y aporte del Estado (1,5% sobre la masa salarial) Egresos: prestaciones por jubilaciones y pensiones
Escenario 3	2040	Ingresos: aportes obrero-patronales Egresos: prestaciones por jubilaciones y pensiones más BAA
Escenario 4	2046	Ingresos: aportes obrero-patronales y aporte del Estado (1,5% sobre la masa salarial) Egresos: prestaciones por jubilaciones y pensiones más BAA

Fuente: elaboración propia a partir de IPS (2015) e IPS (2018).

Suponiendo que a partir de 2045 se utiliza el Fondo de reservas, si se mantiene el poder adquisitivo del dinero del mismo, el estudio estima que se utilizarán todos los recursos para el año 2066. En caso obtener una rentabilidad real del 1% y 2%, se posterga la extinción de los recursos 5 y 12 años hasta llegar al 2071 y 2078, respectivamente (IPS, 2018, p. 91).

El Beneficio Anual Adicional (BAA) se financia con el Fondo de Jubilaciones y Pensiones y consiste en un pago anual equivalente a la doceava parte de las remuneraciones devengadas durante el año calendario a favor de jubilados y pensionados (Ley N° 98/92). Este beneficio se ha otorgado regularmente, pero no tiene como contrapartida el aporte sobre el aguinaldo. Con la inclusión del BAA, el déficit se adelanta 4 años con respecto a los escenarios que no lo consideran.

Con respecto al uso del Fondo de reservas incluyendo al BAA, se adelanta su fin a 2060 (seis años antes que en el escenario base). De igual manera se proyecta el Fondo con las tasas de rentabilidad del 1% y 2%, con lo que se posterga la extinción de los recursos hasta los años 2063 y 2068 respectivamente.

Las proyecciones indican que, en el peor escenario, el déficit del IPS empezaría en 2041, año en que se iniciaría el uso del Fondo de reservas que tendría recursos para entre 20 y 33 años en promedio.

El Escenario Base donde no se considera el Aporte Estatal y sí se tiene en cuenta el pago del Beneficio Adicional Anual, es el escenario más realista de acuerdo a las condiciones imperantes. Este escenario proyecta que a partir del año 2041 se iniciará un Déficit Corriente (los egresos por jubilaciones y pensiones superarán a los ingresos por aportes obrero-patronal) y el Fondo de Reservas se extinguirá en el año 2052, si se mantiene en promedio una rentabilidad al menos igual al poder adquisitivo del dinero (IPS, 2018, p. 97).

Un estudio similar realizado por el IPS en 2015 tiene resultados más desalentadores, porque adelanta el escenario deficitario 5 años (2036) (IPS, 2015, p.76). Otro estudio realizado partiendo del año 2000 (OIT, 2003), estimaba el inicio del déficit en el año 2020.

El cambio en los escenarios entre el análisis del año 2000 y el de los más recientes, se explica por una combinación de alto crecimiento económico y cambios normativos que permitieron aumentar la cobertura del IPS entre 2003 y 2015. El aumento de cobertura tiene un efecto positivo en la sostenibilidad en las primeras décadas, por el incremento de los aportes, pero a largo plazo también crece el número de beneficiarios y, en consecuencia, el gasto en prestaciones y la cobertura.

El documento referido estimó que un aumento de 4 puntos porcentuales en la proporción de ocupados que aporta al IPS, podría generar mejoras durante las tres primeras décadas, con lo cual se retrasaría el déficit hasta 2040. Los informes actuariales recientes confirman dicha proyección.

El Balance Actuarial expone el monto de Superávit o Déficit que pudiera existir a valores de hoy. El Informe de 2018 incorpora el Balance Actuarial, el cual presenta un déficit de US\$ 5.611 millones, considerando un horizonte de 70 años. Pero si la proyección se extiende a 82 años, el Déficit Actuarial se incrementa a US\$ 9.361 millones.

Un informe del Fondo Monetario Internacional estima que el valor presente descontado del pasivo no financiado del IPS, es de aproximadamente 15% del PIB corriente, a lo largo de un horizonte de 50 años y 110% de PIB corriente, a lo largo de un período de 85 años.

Este mismo documento señala que las cajas de ANDE e Itaipú tendrán superávits hasta 2050. Los valores presentes descontados de los pasivos sin financiamiento a 85 años son 3 % y 9% del PIB corriente, respectivamente. La Caja Bancaria se deterioraría más tarde (FMI, 2017, p. 8).

El Informe del FMI realizado en 2017 fue anterior a una auditoría financiera al ejercicio fiscal 2018, realizada por la Contraloría General de la República (CGR), en la que se evidencia que la Caja Bancaria no contempló en los estados contables un déficit actuarial de Gs. 1.529.373.705.982. El Boletín estadístico del Banco Central del Paraguay (agosto, 2021) señala que las proyecciones para el año 2023 indican que el egreso por beneficios de jubilaciones y pensiones superaría al ingreso por aportes y contribuciones. En el año 2029, el egreso por beneficios de jubilaciones y pensiones superaría a la suma del ingreso por aportes y contribuciones, y la renta del Fondo; y desde 2052, el Fondo presentaría un saldo negativo.

Principales problemas en el financiamiento del sistema de jubilaciones y pensiones

El financiamiento del componente de seguridad social enfrenta riesgos y problemas para la sostenibilidad, debido al diseño de los regímenes y a las debilidades en el manejo de los fondos. El origen de esta situación se encuentra en la creación de mecanismos parciales de protección, desde hace casi un siglo, con desiguales obligaciones y derechos, y sin el marco de una política de amplio alcance y de largo plazo, que incluya también un plan de inversiones transparente para garantizar la seguridad y rentabilidad de los fondos.

La baja cobertura de la seguridad social contributiva constituye un primer factor relevante, tal como ya se ha observado en los apartados anteriores. No obstante, los estudios muestran que no será suficiente el aumento de la cobertura para subsanar los déficits.

Los cambios paramétricos son necesarios teniendo en cuenta que Paraguay tiene tasas de cotización relativamente bajas, con respecto a otros países del mun-

do. Una de las tasas de reemplazo más altas (proporción del monto de jubilación con respecto al nivel salarial) y un periodo de cálculo reducido de la base reguladora (cantidad de meses sobre el que se calcula el promedio de remuneraciones para el cálculo del monto de jubilación).

Tabla 24.
Tasas de cotización de pensiones obligatorias para un trabajador medio. Año 2016

País	Total	País	Total
Alemania	18,7	México	6,3
Australia	9,5	Países Bajos	20,9
Bélgica	16,4	Polonia	19,5
Canadá	9,9	Paraguay	IPS: 12,5
Chile	12,4		Caja Fiscal: 16,0
Corea	9,0		Caja Bancaria: 28,0
Dinamarca	12,8		Caja de la ANDE: 28,0
Finlandia	25,2		Caja del Itaipú: 21,0
Francia	25,4		Caja Ferroviaria: 20,0
Hungría	30,8		Caja Municipal: 20,0
Islandia	19,4	Caja Parlamentaria: 27,0	
Israel	25,0	República Eslovaca	18,0
Italia	33,0	Suecia	22,9
Japón	17,8	Suiza	16,2
Luxemburgo	16,0	Turquía	20,0

Fuente: OCDE, 2018.

Otros indicadores que dan cuenta de los problemas de sostenibilidad son los subsidios que reciben los fondos jubilatorios. Estos pueden ser “cruzados” como los registrados en la Caja fiscal entre regímenes civiles por el déficit del régimen docente, o entre una población que aporta, pero no logra jubilarse.

En el caso del IPS, el estudio de OCDE (2018, p. 67) señala que solo la mitad de las personas de 65 años o más que cotizaron al IPS percibe una jubilación (46,3%) o una pensión de invalidez o de supervivientes (3,1%). Estos cotizaron alrededor de 10 años. De los que cotizaron al IPS en algún momento de su vida

laboral y no llegaron a recibir ninguna prestación, el 22,8% continuó trabajando, el 16,9% están fuera de la fuerza laboral (inactivos) y no cuentan con ninguna prestación y el 9,1% recibe la pensión alimentaria para personas mayores.

Altamirano et. al. (2018, p. 32) introduce el concepto de “subsídios implícitos” como aquellos beneficios por encima o por debajo de lo que se habría otorgado en un escenario puro de capitalización de mercado. Como se puede ver en la siguiente tabla, los países que más subsidian a sus cotizantes son México, Paraguay y Ecuador, con subsidios de más del 60% sobre la tasa de reemplazo y con montos de US\$ PPP 230 000, US\$ PPP 213 000, y US\$ PPP 207 000 por año, respectivamente.

Tabla 25.
Tasa de reemplazo y subsidios implícitos

Países	Tasa de reemplazo	Subsidios implícitos
Argentina (BD)	80%	6%
Brasil (Edad)	80%	-6%
Brasil (Tiempo)	52%	3%
Colombia (BD)	73%	34%
Colombia (CD)	44%	15%
Costa Rica (BD)	75%	48%
Costa Rica (CD)	15%	0%
Ecuador (BD)	96%	70%
El Salvador (BD)	75%	45%
El Salvador (CD)	48%	23%
Guatemala (BD)	58%	43%
Honduras (BD)	68%	59%
México (BD)	107%	80%
México (CD)	44%	12%
Nicaragua (BD)	77%	47%
Paraguay (BD)	98%	64%
Uruguay (BD)	49%	2%
Uruguay (CD)	23%	0%

Fuente: Altamirano et al., 2018, p.32

CD: Contribución definida

BD: Beneficio definido

Finalmente, otro indicador que permite establecer hipótesis sobre el origen de los problemas de sostenibilidad es la tasa de reemplazo -relaciona el nivel de la pensión con el nivel de ingreso (laboral) de los individuos antes de jubilarse-.

La tasa de reemplazo media en los sistemas de beneficio definido en América Latina y el Caribe es del 64,7 % y en países de la OCDE del 52,0%. Eso significa que el trabajador promedio en el escenario base pasa de un ingreso laboral de 100 a un ingreso por jubilación de 64,7 y 52. Paraguay junto con Brasil, Ecuador, y México tiene una tasa de reemplazo mayor al 80% (Altamirano et al., 2018, p.28-29).

A excepción de Uruguay y Costa Rica, cuyos sistemas difieren del resto por tener un componente de aportación definida –es decir, el trabajador/a tiene una cuenta individual que puede sumar al pilar del beneficio definido–, todos los demás países tienen un modelo como el de Paraguay, en el cual reciben una jubilación de acuerdo a criterios pre establecidos (generalmente en función de su aporte, años cotizados y últimos salarios).

Adicionalmente es necesario considerar la posibilidad de espacios para ganar eficiencia teniendo en cuenta a la multiplicidad de cajas pequeñas que tienen costos posibles de ser reducidos.

● **Financiamiento público a la salud**

Este apartado presenta los rasgos generales del financiamiento público a la salud para el periodo 2003-2019, casi la mitad está dada por las cotizaciones a la seguridad social. El año 2020, por la pandemia, ha sido atípico por lo que en este apartado se profundizará en los años anteriores, esperando que el incremento de la inversión en salud realizada en 2020 se mantenga. Los datos comparables con otros países de la región están disponibles hasta 2018.

Cabe señalar que el cambio en el cálculo del PIB en 2018 modificó los pesos relativos de las variables, razón por la cual se realizarán las aclaraciones en el texto cuando corresponda tener cuidado con las diferentes fuentes de información, debido a que la mayoría de los estudios realizados en Paraguay se realizaron sobre la base del PIB anterior, incluyendo las cuentas nacionales de salud, cuyos datos actualizados (2017, 2018, 2019, 2020) aún no han sido publicados.

El contexto general

La salud constituye una histórica deuda del Estado a la ciudadanía. Las condiciones generales de salud ubican a Paraguay entre los países de menores resultados en este ámbito, a pesar de la evolución positiva de sus indicadores desde el inicio del siglo XXI. El reporte Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (2019), da cuenta de estos resultados.

La esperanza de vida al nacer en la región latinoamericana es de 75,5 años, en Paraguay baja a 74,3 frente a países como Chile y Uruguay, donde se eleva a 80 años o más. La mortalidad general se ubica en 6 por cada 1.000 habitantes, por debajo de Guatemala (6,8) y El Salvador (6,7) y muy por encima de Costa Rica (4,4) y Chile (4,6).

Las mortalidades maternas y de la niñez menor a 5 años disminuyeron, pero se mantienen altas en comparación con la región. El esfuerzo realizado por el país fue insuficiente para acercarse al promedio regional y menos a los promedios del Cono Sur. La razón de mortalidad materna estimada por cada 100.000 nacidos vivos es de 132, casi el doble que el promedio latinoamericano (68), y alrededor de 8 veces más que Uruguay (15) y Chile (22). Nicaragua (150) y Bolivia (206) se encuentran por encima de Paraguay.

En el caso de la niñez menor a 5 años, el promedio regional se ubica en 17,6 por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que el de Paraguay está en 14,5, por debajo de Guatemala (26) y por encima de Chile (8,1) y Uruguay (8,4). Entre las causas principales se encuentran las enfermedades diarreicas (EDA) y respiratorias agudas (IDA), prevenibles y a bajo costo en general.

El porcentaje de población que tiene acceso a fuentes mejoradas de agua potable gestionadas de manera segura se mantiene relativamente bajo (64%) en comparación con países que llegaron casi a la universalización como Chile.

La ubicación relativa del país es coherente con el esfuerzo nacional realizado. Como se puede ver en la Tabla 26, al iniciarse el periodo estudiado Paraguay invertía en salud 109 dólares por persona, lo que ubicaba al país en el penúltimo lugar de la lista de 16 países. Casi dos décadas después aumentó la inversión a 410 dólares, con lo cual se ubicó en el lugar 11 y se acercó al promedio latinoamericano. No obstante, Paraguay invierte alrededor del 60% que el promedio y de un tercio que sus vecinos del Cono Sur.

Tabla 26.
Gasto en salud del gobierno y contribución obligatoria, en USD PPA

Países	2003-2004	2012-2013	2018	Crecimiento (%) 2003-2018
América Latina	268	575	702	161,9
Distancia Paraguay del promedio A.L. (%)	40,7	51,7	58,4	
Argentina	473	1.245	1.228	159,6
Bolivia	118	197	360	205,1
Brasil	352	547	639	81,5
Chile	424	949	1.391	228,1
Colombia	332	647	893	169,0
Costa Rica	411	835	987	140,1
Cuba	601	1.795	2.241	272,9
Ecuador	117	462	500	327,4
El Salvador	199	338	387	94,5
Guatemala	112	152	169	50,9
Honduras	90	157	154	71,1
México	295	531	532	80,3
Paraguay	109	297	410	276,1
Perú	166	308	483	191,0
Uruguay	511	1104	1.566	206,5
Venezuela	412	462	184	-55,3

Fuente: (OMS). Base de datos de gasto mundial en salud.

El Estado paraguayo asumió compromisos nacionales e internacionales que lo obligan a garantizar servicios de salud en tres condiciones: a) la eliminación de barreras económicas, sociales, geográficas, culturales; b) la solidaridad en el financiamiento y la seguridad financiera de los hogares y c) la atención con dignidad y el respeto por la diversidad, calidad y calidez.

La ausencia de una o más de estas dimensiones determina alguna forma de exclusión en salud, entendida como “la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutaban” (OPS/OMS, 2003, p. 6).

El financiamiento solidario significa que todos los mecanismos existentes en la sociedad (seguridad social obligatoria, sistemas universales financiados con recursos fiscales, royalties, etc.) deben unificarse para que las personas contribuyan según su capacidad y reciban servicios según su necesidad.

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

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

Si se comparan los gastos corrientes de salud en Paraguay, en relación al PIB, con otros países de la región, en 2016 Paraguay gastó 8,0% del PIB, Cuba 12,2%, Uruguay 9,1% Chile 8,5%, Brasil 9,1% y Colombia 5,8%. El 37,9% de este gasto es de bolsillo, por lo que el acceso a la salud depende de la capacidad de pago de los hogares si alguno de sus integrantes se enferma.

El elevado gasto de bolsillo ubica a Paraguay entre los países peor posicionados junto con Ecuador, Venezuela, Guatemala y Honduras. En países como Chile (15,8%) y Uruguay (17,4%), esta proporción cae a la mitad mientras que con respecto a Cuba (10,3%) es 4 veces más alta. En contrapartida, estos mismos países presentan un mayor gasto público con respecto al PIB frente a Paraguay.

El peso fiscal de la salud demuestra que la salud pública en Paraguay no es una prioridad presupuestaria, situación que profundiza las inequidades para el acceso a la misma. (Gómez y Escobar, 2021).

Tabla 27.**Gasto total (público y privado) en salud (% del PIB) y gasto de bolsillo con respecto al gasto total (%)**

Países	Total Gasto salud/PIB	Gasto público/ PIB	Gasto privado/ PIB	Gasto de bolsillo/ gasto total
América Latina	7,4	3,7	3,7	31,1
Argentina	7,5	5,6	1,9	15,8
Bolivia	6,6	4,5	2,1	28
Brasil	9,1	3,9	5,2	27,4
Chile	8,5	5	3,5	34,8
Colombia	5,8	3,7	2,1	20,2
Costa Rica	7,5	5,6	1,9	22,1
Cuba	12,2	10,9	1,3	10,3
Ecuador	8,4	4,3	4,1	40,5
El Salvador	6,8	4,5	2,3	27,2
Guatemala	5,8	2,2	3,6	53,3
Honduras	8,2	3,9	4,3	45
México	5,5	2,9	2,6	40,4
Paraguay	8,0	4,1	3,9	37,9
Perú	5,1	3,3	1,8	28,3
Uruguay	9,1	6,5	2,6	17,4
Venezuela	3,2	0,8	2,4	40

Fuente: OPS, 2019

Al utilizar datos nacionales (no comparables de manera directa con el resto del mundo), se tiene un resultado similar. En el caso de los datos de cuentas nacionales de salud, es posible desagregar el peso que tienen las dos principales prestadoras de servicios de salud en Paraguay: el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y el Instituto de Previsión Social (IPS). Estas dos suman casi el 100% del gasto público, con un histórico mayor peso del MSPBS.

Entre 2005 y 2016, se observa una reducción del gasto privado conforme aumenta el gasto público, dando cuenta de la relevancia del rol del Estado en la salud. La mayor reducción del gasto privado se produjo entre 2009 y 2012, en el que bajó un punto porcentual del PIB, para luego mantenerse hasta 2016 en que vuelve a aumentar.

Tabla 28.
Gasto total (público y privado) en salud (% del PIB¹)

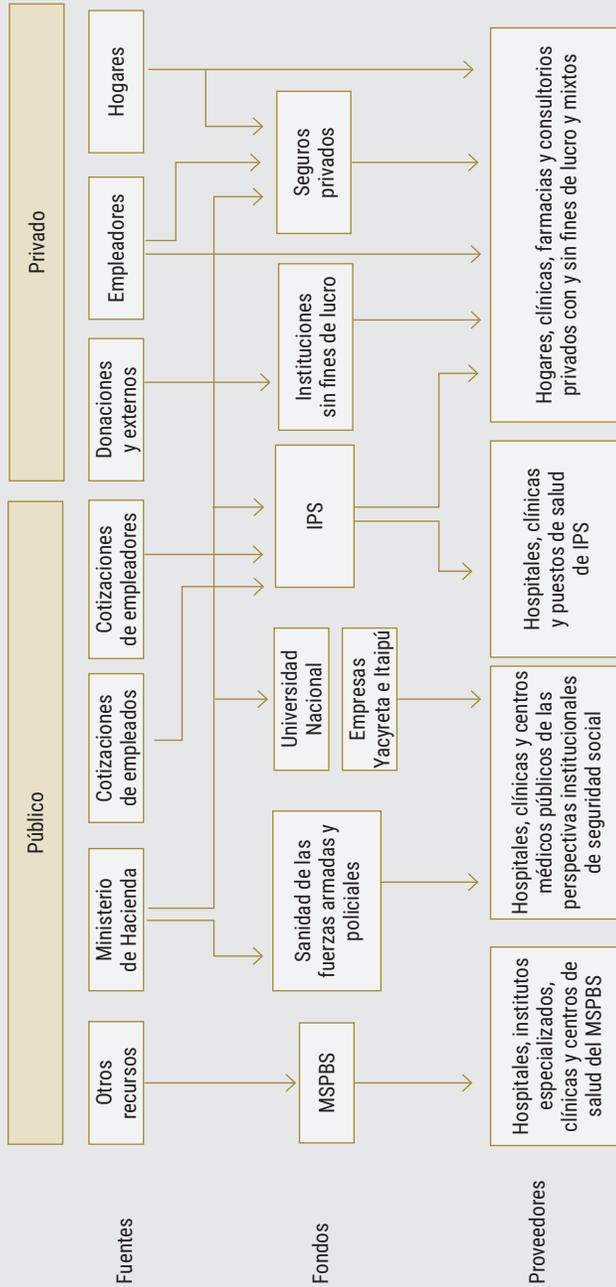
Gasto	2005	2006	2007	2008	2009	2012	2013	2014	2015	2016
Gasto total/PIB	7,3	7,4	7,1	7,8	8,5	7,6	7,0	7,6	7,8	8,1
Gasto público/PIB	2,4	2,7	2,7	3,6	4,1	4,1	3,5	4,1	4,2	4,2
Gasto MSPBS/PIB	1,3	1,6	1,6	1,4	2,0	2,5	2,2	2,7	2,7	2,5
Gasto IPS/PIB	1,0	1,0	1,0	2,1	2,0	1,4	1,2	1,5	1,5	1,6
Otros gastos públicos/PIB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

Fuente: MSPBS (2010). Cuenta satélite en salud. Asunción. MSPBS (2018). Paraguay. Cuentas de Salud. Asunción.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los países deberían destinar para el gasto público en salud al menos el 6% del PIB (OPS, 2014). Como se puede ver, Paraguay destina 4,2%.

1 En 2018 el Banco Central realiza un cambio en el cálculo del PIB, con lo cual aumenta en valores absolutos, por lo que habría que esperar que la proporción de gasto con respecto al PIB caiga a niveles cercanos al 7%.

Gráfico 8.
Esquema de financiamiento



Fuente: elaboración propia.

Si bien con respecto a algunos países Paraguay gasta menos, con respecto a otros gasta más, pero muestra un desempeño más bajo en los indicadores de salud. Esto implica pérdidas de eficiencia, puesto que no habría que esperar cambios relevantes en los determinantes sociales de la salud, en el contexto ambiental derivado de catástrofes o de diferencias en los perfiles demográficos y epidemiológicos que justifique un gasto más elevado.

En este contexto se pueden asumir algunas hipótesis con respecto a los factores que podrían estar incidiendo en la eficiencia. El estudio del Banco Mundial (2018), a cargo de Aakash Mohpal, señala que la principal fuente de ineficiencia es la fragmentación del sistema que da como resultado redes de prestación de servicios duplicadas. El MSPBS atiende a todas las personas independientemente de que tengan seguro en el IPS. La baja densidad de aportantes al IPS en determinadas localidades del país hace que sea altamente costosa cada prestación si existe el servicio; y si no existe, la persona queda excluida o recurre al MSPBS. Ambas instituciones han avanzado en convenios para facilitar la atención de los asegurados en zonas remotas o en poblaciones dispersas, pero estos esfuerzos son incipientes. El impulso a estos acuerdos permitiría no solo mayor eficiencia sino también un incentivo a la formalización del empleo y la reducción de las barreras de acceso al sistema de salud. Si las personas tienen la garantía de acceder a los sistemas de salud, tendrán un mayor incentivo para inscribirse al IPS de manera voluntaria o exigir su derecho al empleador, en caso de que esté en relación de dependencia.

La segunda fuente de ineficiencia radica en el sistema de adquisiciones públicas. En primer lugar, los sobrecostos en los medicamentos derivados de la ausencia de una política conjunta que incluya el uso de genéricos, una lista unificada de medicamentos esenciales entre el MSPBS e IPS y, eventualmente, el Hospital de Clínicas; la regulación de los precios, la implementación de precios de referencia y de mecanismos para una negociación y compra centralizada de medicamentos y el sistema de incentivos para la producción de medicamentos (Izquierdo et. al, 2018). En segundo lugar, por la ausencia de estudios que justifiquen las decisiones relacionadas con la tercerización de servicios. Las tercerizaciones de camas y servicios se realizan sin evaluaciones de costo/eficiencia, que aseguren que esta modalidad sea más ventajosa que la inversión en la ampliación del sistema público. En tercer lugar, por la falta de mecanismos para limitar y penalizar los conflictos de intereses, el tráfico de influencia y la colusión.

La tercera fuente es la contratación de seguros privados para funcionarios/as públicos/as, que además de incluir sobrecostos derivados de la asimetría de información relacionada a los contratos de seguros, rompe el contrato social establecido sobre el principio de solidaridad que sostiene el sistema previsional paraguayo. Este problema se tratará en un apartado especial más adelante, puesto que, en el marco de los principios establecidos en Paraguay para la seguridad social, la cobertura de IPS podría ampliarse a los funcionarios públicos y estos fondos deberían transferirse progresivamente a dicha institución, a la par con un aumento sustancial de la capacidad de atención.

La cuarta fuente es la existencia de recursos públicos que también podrían utilizarse para garantizar la protección financiera a funcionarios públicos, como el subsidio a la salud y, eventualmente, las asignaciones familiares. Este aspecto también se aborda en un apartado especial.

Finalmente, dado el peso presupuestario que tienen los recursos humanos y su rol en la calidad y calidez del servicio, no se puede dejar de considerar este aspecto, tanto en los mecanismos de incentivos y a la luz de la implementación del proceso de presupuestación por resultados, como en términos de la formación y asignación adecuada de los perfiles profesionales. Una adecuada gestión de la carrera profesional redundará en eficiencia y equidad, porque a medida que aumenta la cobertura urbana, se requieren mayores incentivos para expandir los servicios hacia zonas alejadas y, por ende, con la exigencia de mayores incentivos.

La expansión de la atención primaria, a la vez que contribuye a la reducción de costos, exige un esfuerzo formativo importante, dado el perfil de la formación superior centrada en la especialización médica y en la atención a la enfermedad.

Paralelamente es necesario revisar la cantidad y composición del personal de blanco. En primer lugar, Paraguay cuenta con pocos recursos humanos calificados. En segundo lugar, el país dispone, en proporción, de menos médicos/as y enfermeros/as que los países en mejor condición de salud. Según datos del Banco Mundial (2021b), la cantidad de enfermeros/as por habitante es mayor a la de médicos/as (1,7 enfermera/partera por cada mil habitantes, frente a países como Portugal 7; Uruguay 6,3 o Bélgica 12, respectivamente; y 1,4 médicos/as por cada 1.000 habitantes, mientras Portugal tiene 5,1; Bélgica 3,1; Uruguay 5,1). El promedio latinoamericano de médicos/as por 1.000 habitantes es de 2,2 y el de enfermeras/os es de 5. Es decir, Paraguay necesita triplicar el número de enfermeras/ros y duplicar el número de médicos/as.

La inversión pública en salud

La inversión pública en salud se evidencia en el presupuesto fundamentalmente a través de la función Salud de la Administración Central –representada por el MSPBS, la sanidad policial y la sanidad militar– y en los recursos utilizados en el Instituto de Previsión Social. El Hospital de Clínicas participa, pero en una proporción relativamente baja, debido a que gran parte de sus recursos se utilizan bajo la función de Educación.

Otros recursos como los fondos destinados a los seguros privados de salud para funcionarios públicos y el subsidio a la salud para quienes no cuenten ni con IPS ni con seguros privados, deben ser considerados en el análisis por el significativo aumento que verificaron en los últimos años. Es fundamental incluir y transparentar estos recursos.

Las diferencias en el gasto anual por persona son importantes en estas tres modalidades. El MSPBS gasta en promedio en la población no asegurada US\$ 150, el IPS US\$ 400 por cada asegurado y el Tesoro más de US\$1.000 por funcionario público, para proporcionar seguro privado (Banco Mundial, 2018, p.36). A esto hay que agregar el subsidio a la salud que recibe una parte de los funcionarios públicos.

De manera introductoria se presentan estos dos rubros que serán abordados en los apartados siguientes. Así como el rubro de asignación familiar que, si bien no está destinado a la salud, es un mecanismo de protección social no contributivo dirigido a garantizar ingresos para las familias de los/as funcionarios/as públicos.

Tabla 29.
Programas no contributivos dirigidos a la función pública

	2010	Participación relativa con respecto a Inversión social (%)	2019	Participación relativa con respecto a Inversión social (%)	% crecimiento
Total Función Salud (AC) MSPBS, sanidad militar, sanidad policial	1.847.370.463.414	22,3	5.053.904.983.927	20,8	173,6

	2010	Participación relativa con respecto a Inversión social (%)	2019	Participación relativa con respecto a Inversión social (%)	% crecimiento
Seguros privados	5.664.000.000	0,1	485.797.399.760	2,0	8.476,9
Subsidio a la salud	51.706.162.998	0,6	137.624.155.000	0,6	166,2
Función Promoción y acción social	1.167.912.569.808	14,1	5.320.971.290.489	21,9	355,6
Asignaciones familiares	52.952.753.304	0,6	160.397.570.072	0,7	202,9

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda y de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP).

Los recursos destinados a los seguros privados no se incluyen como inversión social en salud. Los subsidios a la salud se incluyen como inversión social en salud cuando los funcionarios/as que los reciben pertenecen a una entidad de la Administración Central que entrega servicios en salud (MSPBS, sanidad policial y sanidad militar); la parte recibida por el resto de los funcionarios se clasifica como servicios de seguridad y administración gubernamental. Las asignaciones familiares y el subsidio a la salud se entregan en efectivo, mientras que el seguro médico es un servicio contratado por el Estado.

Ninguno de los tres beneficios forma parte de un programa específico, por lo que puede ser difícil para la ciudadanía dar seguimiento a la ejecución en dichos rubros, y como se señaló en el párrafo anterior, una parte no está en el cálculo de la inversión social. Esta situación requiere ser considerada a la hora de transparentar y rendir cuentas del destino de los recursos públicos en protección social, así como el uso de criterios internacionales para la cuantificación de la inversión social.

La inversión en Salud de la Administración Central - MSPBS

La inversión en salud de la Administración Central fue aumentando de manera lenta y volátil, y, con la pandemia, ha quedado al descubierto la ausencia histórica de la prioridad fiscal en el sector. Desde el año 2015 el crecimiento del presupuesto fue mínimo, incluso con un estancamiento entre 2015 y 2017.

Tabla 30.
Evolución del Gasto real en salud de la Administración Central

Año	Gasto real en salud (total)	Crecimiento anual	Gasto real en salud por persona	Crecimiento anual
2003	367.443.015.130		66.498	
2004	368.567.410.766	0,3	65.551	-1,4
2005	527.109.171.791	43,0	92.171	40,6
2006	628.978.580.750	19,3	108.176	17,4
2007	671.023.519.472	6,7	113.531	4,9
2008	600.898.246.773	-10,5	100.049	-11,9
2009	895.601.444.651	49,0	146.788	46,7
2010	979.786.274.543	9,4	158.104	7,7
2011	1.153.970.214.069	17,8	183.384	16,0
2012	1.415.245.822.162	22,6	221.516	20,8
2013	1.323.046.787.154	-6,5	204.005	-7,9
2014	1.576.211.562.844	19,1	239.474	17,4
2015	1.665.695.843.730	5,7	249.403	4,1
2016	1.705.228.956.319	2,4	251.665	0,9
2017	1.728.451.892.598	1,4	251.466	-0,1
2018	1.814.985.761.850	5,0	260.354	3,5
2019	1.996.373.500.298	10,0	282.399	8,5

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda. DGEEC. Proyecciones de población. BCP. Anexo Estadístico.

La inversión en salud en la Administración Central estuvo históricamente concentrada en el MSPBS. Si bien la sanidad policial (Ministerio del Interior) y la sanidad militar (Ministerio de Defensa Nacional) siempre han tenido recursos, estos han sido mínimos.

Tabla 31.
Evolución de la Ejecución presupuestaria en la función de Salud de la Administración Central por año, según instituciones.
Participación relativa (%)

Instituciones	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100	100	100
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	99,0	100	99,8	99,7	94,9	99,5	99,4	99,8	99,3	98,1	98,4	98,3	94,6	95,0	92,7	94,2
Ministerio del Interior			0,2	0,3	0,0	0,4	0,4	0,2	0,3	1,2	1,1	0,4	0,8	1,1	1,7	1,3
Ministerio de Defensa Nacional	1,0							0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones												0,9	4,3	3,5	5,3	4,3
Otros					5,1	0,2	0,3		0,5	0,6	0,1	0,1				

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

En los últimos años ha adquirido relevancia el Ministerio de Obras Públicas (MOPC), por su rol en obras de agua y saneamiento. Esto se observa en la Tabla 33 con el incremento del peso relativo de la subfunción Saneamiento ambiental, en el total de la función desde 2015 en adelante. Entre los proyectos ejecutados por el MOPC para agua y saneamiento, los que tuvieron mayor participación relativa fueron el proyecto acueducto, el proyecto saneamiento y agua potable para el Chaco y ciudades intermedias, y los proyectos de mejoramiento del servicio de alcantarillado de la Bahía de Asunción y de la ciudad de San Lorenzo. No obstante, el peso mayor lo siguen teniendo los recursos destinados a los servicios de salud ubicados en las subfunciones Atención médica y Salud sin discriminar.

Llama la atención el importante cambio en los pesos relativos de ambas subfunciones, perdiendo el primero a costa del segundo. Sobre todo, teniendo en cuenta que Salud sin discriminar es una subfunción que no permite analizar en profundidad el destino final de los recursos, debido a que allí van “las actividades/proyectos de una institución que sirvan de apoyo a las distintas funciones dentro de una finalidad, inclusive dentro de una misma función” (Ley N° 6.469/2020 - Clasificador presupuestario, 2020). (Ver Tabla 32)

Como es de esperar, los rubros más importantes en los servicios de salud son los recursos humanos y los insumos. Ambos concentran casi el 90% del total del gasto realizado por el MSPBS. Esta proporción se ha mantenido estable a lo largo de los años, con alrededor del 60% destinado a los recursos humanos y entre el 20% y 25% a bienes de consumo e insumos. La inversión física perdió peso relativo en el MSPBS porque varias obras importantes en este ámbito fueron transferidas al Ministerio de Obras Públicas como se vio en los párrafos anteriores.

En los últimos años, la compra de medicamentos e insumos fue aumentando hasta pasar a constituir un cuarto del presupuesto de la función. Al inicio del periodo representaba un quinto del total. (Ver Tabla 34)

Uno de los problemas más acuciantes para la ciudadanía es la falta de medicamentos e insumos, lo cual contrasta con el notable incremento del gasto público en dicho rubro. Diversos reportes dan cuenta de los problemas que enfrentan las compras públicas en este ámbito, como por ejemplo las sobrefacturaciones, las conductas colusivas, el tráfico de influencia o el conflicto de interés, todos estos últimos aspectos sin regulación específica (Andino, 2020; Gaete, 2021; OCDE, 2018, OCDE, 2020).

Tabla 32.
Ejecución presupuestaria en la función de Salud de la Administración Central por año, según subfunciones. Participación relativa (%)

Instituciones	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Atención médica	89,6	93,4	65,1	72,0	78,6	81,0	76,3	67,5	66,9	73,0	77,3	64,7	50,9	44,4	47,8	54,8	50,7	42,3
Saneamiento ambiental	2,9	4,3	22,7	11,3	12,1	6,7	10,1	2,1	2,8	4,6	4,2	1,9	4,6	4,7	7,0	6,2	6,8	5,9
Promoción y asistencia	7,4	2,2	2,1	2,1	3,4	3,3	2,4	1,2	1,1	1,0	1,0	0,9	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	1,1
Salud sin discriminar			10,1	14,6	6,0	9,0	11,1	29,3	29,3	21,5	17,5	32,5	44,4	50,8	45,1	38,9	42,5	50,7

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

Tabla 33.
Ejecución presupuestaria del MSPBS por año, según objeto del gasto. Participación relativa (%)

Instituciones/objeto del gasto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Servicios personales	59,4	54,3	59,4	63,5	72,8	60,7	63,4	61,6	69,8	80,1	70,6	68,4	65,8	67,3	66,0	65,0	62,8
Servicios no pers.	6,4	5,3	4,3	2,8	3,0	2,5	3,6	3,8	3,5	2,5	3,6	4,1	5,1	4,7	5,1	4,4	4,0
Bienes de consumo e insumos	20,0	22,2	23,4	21,5	14,2	21,5	19,6	22,1	17,0	9,8	20,6	20,4	22,3	22,9	24,4	22,9	24,8
Inversión física	13,8	17,6	12,3	11,6	8,4	10,7	9,5	8,9	7,2	6,1	2,7	4,7	4,8	3,2	2,8	2,1	3,3
Inversión financiera	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transferencias	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3	3,6	3,4	3,3	1,9	1,3	2,5	2,1	1,7	1,6	1,4	1,6	2,1
Otros gastos	0,0	0,1	0,2	0,3	1,2	0,9	0,4	0,2	0,3	0,2	0,0	0,3	0,3	0,3	0,3	4,0	3,0

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

Tabla 34
Ejecución presupuestaria del MSPBS en Bienes de consumo e insumos por año, según objeto del gasto. Participación relativa (%)

Sub-Grupo Objeto del gasto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Productos alimenticios	10,9	7,6	5,5	8,3	13,1	6,9	10,2	7,7	8,7	14,0	9,2	7,6	9,6	9,0	11,9	8,1	5,1
Textiles y vestuarios	0,9	1,1	1,0	1,0	2,0	1,0	1,3	0,9	0,9	0,7	0,4	0,3	0,1	0,2	0,2	0,3	0,1
Productos de papel, cartón e impresos	2,7	2,5	2,0	1,7	3,1	1,1	1,9	1,8	1,1	0,6	0,7	0,7	0,4	0,4	0,6	0,3	0,4
Bienes de consumo de oficinas e insumos	4,3	4,0	3,4	3,1	6,1	2,8	3,5	2,8	2,6	1,3	1,4	0,9	0,4	0,3	0,5	0,6	0,5
Productos e instrumentos químicos y medicinales	75,3	79,2	82,1	79,7	65,2	81,7	77,0	83,1	81,4	75,4	83,9	86,7	87,5	87,9	83,2	87,4	92,2
Combustibles y lubricantes	5,2	4,7	4,9	5,5	9,6	5,9	5,3	2,9	4,5	6,9	3,8	2,5	1,7	2,2	2,5	3,3	1,6
Otros bienes de consumo	0,9	1,0	1,1	0,7	1,1	0,6	0,8	0,7	0,8	1,2	0,6	1,2	0,2	0,1	1,0	0,1	0,2

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda

Tabla 35.
Evolución del gasto en bienes de consumo e insumos del MSPBS

Años	Presupuesto ejecutado (en gs.)	Tasa de crecimiento	Tasa de crecimiento acumulado
2004	110.124.183.944	26,1	26,1
2005	146.615.859.683	33,1	59,2
2006	202.318.754.155	38,0	97,2
2007	223.007.927.689	10,2	107,5
2008	149.393.889.335	-33,0	74,4
2009	331.878.933.946	122,2	196,6
2010	360.921.933.044	8,8	205,3
2011	504.259.402.508	39,7	245,1
2012	500.122.133.391	-0,8	244,2
2013	279.408.086.297	-44,1	200,1
2014	709.624.848.879	154,0	354,1
2015	758.400.260.588	6,9	361,0
2016	882.206.907.732	16,3	377,3
2017	903.164.599.905	2,4	379,7
2018	1.035.426.911.403	14,6	394,3
2019	1.074.113.777.706	3,7	398,0
2020	1.465.338.294.674	36,4	434,5

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda

El análisis por programas permite discriminar un aspecto fundamental para la eficiencia y equidad del financiamiento a la salud. Este trabajo es sumamente complejo de realizar por los constantes cambios programáticos. Entre 2004 y 2019 el sistema informático presupuestario (plataforma BOOST) registra más de 100 programas, muchos de ellos sin recursos y otros con recursos por algunos años, que luego desaparecen o cambian de nombre.

Esta dispersión contrasta con la concentración de los recursos en pocos programas presupuestarios. En primer lugar, el programa de Administración general (2004-2019) y Programa central (2020) concentran los recursos que no pueden

ser atribuidos a ningún programa o servicio específico, o que son transversales a todo el funcionamiento institucional (gabinete ministerial, rectoría de salud, apoyo administrativo y jurídico, transferencias a consejos locales de salud, etc.). Este conjunto de recursos representa casi un cuarto de los recursos totales, si se agregan los pequeños programas administrativos existentes.

El segundo programa relevante es el de Atención Primaria que, como se puede ver en la Tabla 37, representó históricamente entre un cuarto y un tercio del presupuesto del Ministerio. Entre 2015 y 2020 desaparece porque se convierte en sub-programa y pasa a formar parte de un Programa. La Atención médica hospitalaria y especializada ocupa alrededor de otro cuarto del presupuesto.

La provisión de agua a poblaciones rurales y dispersas impulsada por el Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENACSA) y la política nutricional por el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), cuentan con pocos recursos en proporción al resto, pero tienen alto impacto positivo en los determinantes sociales de la salud.

Si bien todos los años se registran cambios en la estructura programática del presupuesto del MSPBS, resaltan los años 2015 y 2020. Desde 2015 hasta 2019, alrededor del 70% del presupuesto se ubicó en el programa Servicios sociales de calidad, alrededor del 20% en Administración general y el 10% restante se distribuyó en otros 10 programas. Este cambio se realizó teniendo en cuenta uno de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. Dicho Plan es un compromiso que puede modificarse en caso de un cambio de gobierno. Es necesario considerar la pertinencia de alinear el sistema presupuestario a los planes gubernamentales. Cada 5 años podrían sucederse modificaciones programáticas lo que haría imposible garantizar la trazabilidad del presupuesto.

En el año 2020 se observa otra reforma sustancial, dado que se observan 4 programas importantes –Programa central, Servicios hospitalarios, Servicios de apoyo y diagnóstico y Emergencia sanitaria ante pandemia- concentrando más del 90% de la ejecución presupuestaria. El 10% restante se divide entre las obras de agua y saneamiento, la política nutricional y otros programas pequeños. Es de esperar que el fondo creado para la pandemia se mantenga, porque una reducción sería un retroceso, y se perdería la oportunidad de potenciar el esfuerzo realizado.

El cambio en los programas en 2020 se debe a la implementación del proceso de presupuestación con orientación a resultados.

Tabla 36. Ejecución presupuestaria del MSPBS por año, según programas. Participación relativa (%)

Programas	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Administración general	6,0	5,3	5,5	3,2	6,0	7,4	9,9	7,8	6,7	6,3	6,8	22,5	25,0	20,9	12,9	15,8	0,0
Programa central	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	23,0
Atención primaria en salud	0,0	0,0	0,0	29,4	31,0	25,6	30,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Atención primaria en salud (redes integrales de salud)	35,5	22,4	26,3	0,0	0,0	0,0	0,0	27,1	29,8	34,0	27,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Acceso a la atención primaria de la salud	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1
Servicios sociales de calidad	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	68,5	59,9	65,5	74,6	73,8	0,0
Emergencia sanitaria ante pandemia covid-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,0
Atención básica complementaria	0,0	0,0	8,5	10,0	10,9	9,1	9,2	9,7	11,5	13,9	12,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Servicios hospitalarios p/ la reducción de la morbimortalidad	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	38,7

Programas	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Asist. Médica especializada y fort. A las prestaciones de salud	16,4	14,8	19,8	0,0	0,0	0,0	16,1	16,4	17,3	18,4	15,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Asistencia médica especializada	0,0	0,0	0,0	20,6	22,2	17,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Servicios de apoyo y diagnóstico p/ la mejora en la atención	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,5
Asistencia nacional en emergencias médicas	4,6	3,9	3,7	5,7	4,4	4,3	4,1	5,6	5,3	5,6	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Programas de apoyo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,1	17,3	10,9	5,9	13,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fortalecimiento a las prestaciones de salud	0,0	0,0	2,2	2,7	3,7	12,9	0,0	0,6	0,8	0,6	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hábitat adecuado y sostenible	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	2,7	1,9	1,6	0,4	0,0
Abastecimiento de agua y saneamiento ambiental	0,0	0,0	9,4	6,1	3,6	2,0	1,0	1,3	2,1	2,1	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hábitat adecuado y sostenible	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	3,1	3,0	3,3	3,2	0,0

Programas	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Acceso a los serv. de agua potable y saneamiento ambiental	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7
Fort en los serv. de agua pot y saneam. (Senacsa)	0,0	0,0	0,0	0,2	0,7	1,6	0,9	1,3	2,5	1,7	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Abastecimiento de agua y saneamiento ambiental	1,9	0,0	1,9	1,8	1,9	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Servicio nac. De saneam. Ambiental (Senacsa)	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguridad alimentaria nutricional humana mejorada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Instituto nacional de alimentación y nutrición (INAN)	0,0	0,4	0,4	0,4	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Asistencia alimentaria nutricional	0,0	0,0	0,1	1,1	0,8	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nutrición y protección de alimentos	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda

Un modelo de salud basado en la atención primaria no solo tiene menores costos. Además, reduce los obstáculos para el acceso al sistema de salud de las poblaciones de menores ingresos o más vulnerables y contribuye a la continuidad de los tratamientos y a la permanencia en el sistema de salud.

Paraguay es signatario de numerosos compromisos internacionales que ponen en el centro de la política de salud, a la atención primaria. El peso relativo de la atención primaria en el presupuesto del Ministerio de Salud es volátil y no suele llegar al 30%, tal como señala la recomendación internacional. No obstante, es importante la proporción de recursos asignados.

Tabla 37.
Evolución del gasto del MSPBS en atención primaria en salud

Año	APS2	MSPBS	%
2004	194.971.293.507	549.267.292.026	35,5
2005	147.879.563.082	659.196.733.683	22,4
2006	227.711.697.267	864.961.438.621	26,3
2007	305.046.236.216	1.036.784.119.567	29,4
2008	325.685.298.639	1.050.301.232.082	31,0
2009	395.250.705.655	1.543.167.662.187	25,6
2010	551.679.286.164	1.841.509.603.508	30,0
2011	618.267.901.613	2.277.874.326.313	27,1
2012	874.197.231.567	2.933.730.251.601	29,8
2013	969.152.886.469	2.848.268.352.977	34,0
2014	933.030.158.114	3.449.020.968.231	27,1
2015	1.024.488.504.844	3.714.493.515.514	27,6
2016	984.881.214.849	3.951.772.269.507	24,9
2017	1.097.614.770.041	3.939.709.623.709	27,9
2018	1.291.371.926.097	4.245.266.660.268	30,4
2019	1.334.740.521.394	4.684.319.089.324	28,5

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda

- 2 Los programas considerados en esta tabla son:
 Para 2004-2006: 001 - Atención Primaria en Salud (Redes Integrales de Salud)
 Para 2007-2010: 001 - Atención Primaria en Salud
 Para 2011-2014: 001 - Atención Primaria en Salud (Redes Integrales de Salud)
 Para 2015-2019: los subprogramas 01 - APS Medicina Familiar más los subprogramas relativos a las regiones sanitarias.

El alto nivel de recursos destinado a esta estrategia contrasta con los resultados de la gestión. Hay que recordar que a pesar de que el modelo de Atención Primaria de la Salud (APS) fue impulsado desde 1978 a nivel mundial, en Paraguay adquiere relevancia recién en 2008, con la instalación de las primeras Unidades de Salud de la Familia (USF). Entre 2004 y 2007 ya existían programas presupuestarios con esa denominación.

Paraguay necesita alrededor de 1.450 USF para lograr una cobertura universal. Las primeras USF fueron creadas en 2008 y según el Ministerio de Salud (2021), actualmente existen 827 USF cubriendo a 2.800.000 que corresponde al 33% de la población.

Tabla 38.
Evolución de la cantidad de USF

Años	USF por año	Crecimiento acumulado
2008	13	
2009	163	176
2010	326	502
2011	205	707
2012	0	707
2013	47	754
2014	0	754
2015	41	795
2016	5	800
2017	1	801
2018	Sin datos	Sin datos
2019	7	808
2020	19	827

Fuente: <http://portal.mspbs.gov.py/digies/05-indicadores-cobertura/>
Balance Anual de Gestión 2020. <https://www.mspbs.gov.py/info-gestion.html>
Informe de gestión 2013-2017. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/cc2574-rendicion-20132017HM.pdf>

Una evaluación realizada a las USF relevó varias debilidades entre las que se encuentran: la falta de cobertura universal, el desequilibrio entre las actividades de promoción, las de prevención y las curativas; y la falta de completitud de los recursos humanos. A pesar del discurso político otorgado a la atención primaria, la creación de nuevas USF se estancó, sobre todo entre 2013 y 2018 (Zavattiero, 2018).

Otro estudio realizado para analizar el desempeño de las USF, señala que de una meta esperada de al menos 80% (con respecto a 100%), el promedio fue de 35%. Los hallazgos muestran que las USF no tienen las condiciones adecuadas para enfrentar esta y otras pandemias eventuales. Las deficiencias en lo estructural afectan al proceso de atención y los resultados. La situación es crítica en logística de comunicación, transporte y medicamentos. La estrategia de APS no está del todo apropiada por los Equipos de Salud de la Familia (ESF), la inversión en la estrategia es baja. La reconversión de puestos de salud a USF no se está concretando y el no contar con equipo completo afecta el trabajo promocional. Los datos estadísticos no son analizados y utilizados para planificar acciones. La contra referencia no existe, perdiéndose la continuidad e integralidad en la atención (Decidamos, 2021).

La Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) de 2019 muestra un uso mayoritario de hospitales. En el sector urbano el 66,2% utilizó hospitales o sanatorios privados, el 20,4% acudió a centros de salud y solo el 5,3% consultó en puestos o USF. En el sector rural adquieren relevancia los centros de salud (28,5%) y los puestos de salud y USF (21,8%). De todos modos, los hospitales públicos y clínicas privadas siguen siendo importantes (44,4%) sobre todo por el menor peso del IPS y del sector privado. El resto utiliza otro tipo de mecanismo como consultas a un profesional de la salud conocido o en una farmacia.

El Ministerio de Salud se financia fundamentalmente con recursos genuinos, es decir, impuestos, aunque entre 2004 y 2006 y en 2020 se observa un peso relativamente alto de recursos provenientes de créditos. En el primer periodo señalado, las principales instituciones financieras con préstamos al Paraguay eran el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. En 2020, el alto peso lo adquieren los fondos del endeudamiento con bonos soberanos, incluidos en el Fondo de Emergencia Sanitaria.

Se puede observar que el MSPBS también se financia con la asignación de impuestos específicos al tabaco, al ensamble de motos, a las bebidas alcohólicas. Esta asignación tiene dos principios rectores. En primer lugar, recaudar para cubrir las consecuencias negativas derivadas del consumo de dichos bienes. En segundo lugar, desincentivar el consumo al elevar el precio por la vía impositiva especialmente en los casos del tabaco y alcohol.

Estas fuentes tienen un bajo peso en el total de recursos que financian el MSPBS. Por ejemplo, el ingreso derivado de la coparticipación del IVA-bienes ensamblados (Ley Nro. 5.819/17) en 2018 significó un aporte al MSPBS de Gs. 7.936.945.536 mientras que el gasto ejecutado solo del Centro de Emergencias Médicas ese mismo año, fue de Gs.16.072.098.777. Hay que considerar que este centro no es el único al que asisten los accidentados de moto.

En el mismo sentido, Giménez (2011, p.4) estima que el costo de la epidemia del tabaco en Paraguay estaría entre US\$ 70 y 100 millones por año, mientras que el MSPBS recibe un promedio de US\$ 36 millones al año por la coparticipación del ISC-tabaco (Ley Nro.5.538/15).

El gran desafío para el país será mantener el nivel de inversión realizado durante la pandemia, trasladando la fuente de recursos de deuda hacia el financiamiento con recursos genuinos (impuestos), de manera que sea sostenible en el tiempo.

Tabla 39. Ejecución presupuestaria del MSPBS por año, según fuente de financiamiento y origen del financiamiento. Participación relativa (%)

Fuente de financiamiento/ origen del financiamiento	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Recursos del Tesoro	74,2	72,0	79,5	87,0	90,5	85,2	84,1	90,7	86,9	88,2	87,2	85,2	82,2	83,7	81,4	82,3	68,6
Genuino	97,5	100,0	100,0	89,2	84,9	86,0	80,9	84,8	97,4	98,8	99,5	96,8	99,0	99,4	98,7	98,7	99,2
FONACIDE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	1,2	0,5	3,2	0,9	0,5	1,2	1,2	0,7
Yacyreta	0,0	0,0	0,0	10,8	15,1	14,0	19,1	15,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aportes de entidades y organismos del estado	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autoridad reguladora radiológica y nuclear (ARRN)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Recursos del crédito público	12,7	16,2	11,6	5,9	2,2	2,6	5,8	0,4	3,7	2,3	0,2	0,5	0,9	0,9	0,9	0,9	17,9
Bonos soberanos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	41,4	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente de financiamiento/ origen del financiamiento	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bonos	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Banco interamericano de desarrollo – BID	25,5	47,0	52,0	81,3	45,9	7,4	5,6	74,7	96,5	83,8	13,4	76,9	76,6	63,7	68,4	89,5	6,4
Banco internacional de reconstrucción y fomento – BIRF	74,1	52,6	45,1	2,7	0,0	49,2	92,2	25,3	3,5	16,2	45,2	7,1	23,4	36,3	31,6	2,1	10,0
Gobierno español	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,4	0,9
Instituto alemán de crédito para la reconstrucción – KfW	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Banco de cooperación internacional del Japón (JBIC)	0,3	0,4	3,0	16,0	51,5	43,4	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fondo de emergencia sanitaria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	82,7

Fuente de financiamiento/ origen del financiamiento	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Recursos institucionales	13,0	11,8	8,9	7,2	7,3	12,2	10,1	8,9	9,3	9,4	12,5	14,3	16,9	15,3	17,8	16,8	13,5
Genuino	97,2	98,8	100,0	96,9	85,6	79,2	83,3	87,9	60,9	49,9	62,6	78,4	51,0	56,1	46,0	50,4	45,2
Itaipu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fondo nacional para la salud - ley n° 4758/2012 - fonacide	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,8	34,3	33,8	16,5	42,7	40,0	20,4	20,1	35,7
Coparticipación de tributos - MSPBS - ley n° 5538/15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	28,7	28,1	16,3
Coparticipación IVA-bienes ensamblados-ley n° 5819/17	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,2	1,6
Coparticipación de tributos isc bebidas-ley n° 6266/18	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Comunidad económica europea	0,0	0,0	0,0	3,1	14,4	13,5	2,9	0,1	7,4	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente de financiamiento/ origen del financiamiento	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Mercosur (FOCEM)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	5,7	2,2	2,6	0,4	0,1	0,2	0,0	0,4	0,3	0,2	0,5
Banco internacional de reconstrucción y fomento – BIRF	0,7	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	1,0	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,7
Agencia española de coop. Inter. P/ el desarrollo (AECID)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,2	8,6	10,8	11,9	3,5	4,9	6,3	3,4	2,9	0,0	0,0
Agencia andaluza de coop. Internacional para el desarrollo (AACID)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

La inversión en Salud del IPS

La asignación de los recursos del IPS se encuentra en una sola subfunción, Atención médica, razón por la cual no se distinguen diferentes tipos de actividades o programas. Las prestaciones de salud son ofrecidas en 127 establecimientos, 80 de los cuales son propios, 39 en establecimientos en los que se cuenta con convenios y 8 establecimientos tercerizados. De los 127 establecimientos, 2 son hospitales especializados (Asunción y Central), 10 hospitales regionales (cabeceras departamentales), 37 unidades sanitarias, 68 puestos sanitarios, 6 clínicas periféricas (Asunción y Central) y 4 centros especializados (rehabilitación física, salud mental, centro odontológico y Medicasa).

Tabla 40.
Evolución de la Ejecución presupuestaria en salud del IPS desagregado por subfunciones

Año	Total	Atención médica
2003	324.573.469.104	324.573.469.104
2004	368.289.304.726	368.289.304.726
2005	440.528.363.092	440.528.363.092
2006	501.556.330.011	501.556.330.011
2007	582.921.826.790	582.921.826.790
2008	749.526.390.969	749.526.390.969
2009	885.520.735.331	885.520.735.331
2010	1.008.344.168.902	1.008.344.168.902
2011	1.310.600.442.508	1.310.600.442.508
2012	1.671.454.562.949	1.671.454.562.949
2013	1.691.711.531.446	1.691.711.531.446
2014	2.179.393.141.682	2.179.393.141.682
2015	2.259.316.931.823	2.259.316.931.823
2016	2.715.618.245.702	2.715.618.245.702
2017	2.806.748.674.137	2.806.748.674.137
2018	2.814.909.746.080	2.814.909.746.080
2019	3.233.176.321.425	3.233.176.321.425
2020	3.686.471.843.365	3.686.471.843.365

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

La ejecución presupuestaria por objeto del gasto, como es de esperar, tiene un alto peso de Servicios personales (remuneraciones y otros beneficios para trabajadores/as). Le sigue Bienes de consumo e insumos -dentro de los cuales se encuentran medicamentos-, Inversión física destinada a la construcción de infraestructura y Transferencias –pagos por licencias de enfermedad, maternidad, entre otros-. La inversión física aumentó su peso a partir de 2004, en coincidencia con el aumento de la cobertura.

En términos relativos, en comparación con el MSPBS, se observa que el IPS destina proporcionalmente más recursos a Bienes de Consumo e insumos, probablemente derivado del modelo más centrado en la atención hospitalaria.

Tabla 41.
Ejecución presupuestaria del IPS por año, según objeto del gasto.
Participación relativa (%)

Objeto del gasto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Servicios personales	56,4	53,3	50,0	48,0	47,8	47,5	52,7	50,1	44,7	49,2	60,7	47,4	47,2	40,6	40,2	42,7	39,3	56,4
Servicios no personales	4,1	4,3	5,1	5,5	6,1	5,1	5,4	6,6	7,6	7,3	6,1	8,0	6,7	5,4	5,7	6,7	6,5	4,1
Bienes de consumo e insumos	36,0	32,8	36,5	36,3	33,9	32,6	33,3	33,1	37,6	33,5	19,6	37,1	29,1	31,9	30,7	31,7	32,2	36,0
Inversión física	0,4	4,4	5,0	6,2	8,2	11,4	4,7	6,5	6,1	6,6	10,5	5,0	5,1	10,0	9,7	9,3	8,6	0,4
Inversión financiera	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Transferencias	2,9	3,9	2,9	3,6	3,3	3,1	3,2	3,2	3,1	2,5	2,5	2,0	2,8	3,8	4,9	5,7	7,1	2,9
Otros gastos	0,1	1,3	0,5	0,4	0,8	0,4	0,7	0,6	1,0	0,9	0,6	0,5	9,2	8,2	8,8	3,9	5,3	0,1

Fuente: elaboración propia con datos del sistema BOOST del Ministerio de Hacienda.

Tabla 42.
Evolución del gasto en bienes de consumo e insumos del IPS

Años	Presupuesto Ejecutado (en gs.)	Tasa de crecimiento	Tasa de crecimiento acumulado
2004	122.152.644.136,00	3,5	3,5
2005	163.480.589.864,00	33,8	37,3
2006	186.629.468.229,00	14,2	51,5
2007	201.176.820.449,00	7,8	59,3
2008	249.333.729.355,00	23,9	83,2
2009	298.579.830.813,00	19,8	103,0
2010	337.110.455.854,00	12,9	115,9
2011	498.656.729.679,00	47,9	163,8
2012	567.676.493.925,00	13,8	177,6
2013	338.245.631.652,00	-40,4	137,2
2014	814.567.701.538,00	140,8	278,0
2015	663.996.860.815,00	-18,5	259,5
2016	870.934.883.184,00	31,2	290,7
2017	864.959.029.428,00	-0,7	290,0
2018	896.556.624.778,00	3,7	293,7
2019	1.045.400.741.763,00	16,6	310,3
2020	1.064.034.934.344,00	1,8	312,1

Fuente: elaboración propia con datos del sistema BOOST del Ministerio de Hacienda

Si bien no es posible desagregar la ejecución presupuestaria y conocer la proporción destinada a Atención primaria, con los datos sobre tipos de prestaciones y de los tipos de establecimientos donde se generaron los servicios, es posible asumir un fuerte sesgo hospitalocéntrico debido a la alta concentración de prestaciones realizadas en hospitales en Asunción y Central.

Los departamentos que cuentan con hospitales presentan un alto porcentaje de servicios en los mismos. Llama la atención la importante cantidad de partos, servicios de enfermería, consultas y estudios laboratoriales concentrados en el Hospital Central, considerado de alta complejidad.

Tabla 43.
Prestaciones por departamento

Departamentos	Total	Hospital regional	Unidad/Puesto sanitario	Prestaciones según tipo de establecimiento (%)
<i>Total</i>	25.616.477	21.536.387	4.080.090	15,9
Concepción	560.798	444.301	116.497	20,8
San Pedro	396.175	214.292	181.883	45,9
Cordillera	273.529		273.529	100,0
Guairá	642.354	328.617	313.737	48,8
Caaguazú	519.657	232.956	286.701	55,2
Caazapá	141.656		141.656	100,0
Itapúa	973.275	573.935	399.340	41,0
Misiones	595.784	245.984	349.800	58,7
Paraguarí	297.018		297.018	100,0
Alto Paraná	1.027.719	752.740	274.979	26,8
Central	3.930.661	2.737.125	1.193.536	30,4
Ñeembucú	187.421	187.421	0	-
Amambay	353.469	329.700	23.769	6,7
Canindeyú	72.755		72.755	100,0
Presidente Hayes	324.809		324.809	100,0
Boquerón	88.783	42.313	46.470	52,3
Alto Paraguay	9.578	9.578	0	-
Capital	15.221.036	15.221.036	0	-

Fuente: IPS Anuario Estadístico Institucional 2016. <http://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1513090445.pdf>

Tabla 44.
Prestaciones de la red asistencial por área. Año 2019

Prestaciones	Total	Área Central	Área Interior	Hospital Central
<i>Total</i>	34.032.490	8.487.389	10.402.058	15.143.043
Consultas médicas	4.362.784	1.624.163	1.850.687	887.934
Estudios de baja complejidad	732.639	117.543	201.795	413.301
Estudios de alta complejidad	163.697	1.528	16.518	145.651
Estudios laboratoriales	10.547.840	2.751.366	2.773.672	5.022.802
Atención de urgencias	1.533.368	848.735	485.961	198.672
Hospitalización general	123.899	4.135	29.861	89.903
Terapia Intensiva	3.393	123	111	3.159
Intervenciones quirúrgicas	64.435	520	17.015	46.900
Anestesia	58.332		402	57.930
Maternidad	11.421	6	3.533	7.882
Diálisis	77.855	130		77.725
Tratamiento neoadyuvante	27.535			27.535
Procedimientos	1.399.663	586909	321721	491.033
Servicios de Enfermería	14.925.629	2.552.231	4.700.782	7.672.616

Fuente: IPS Anuario Estadístico Institucional 2019.

El marco legal del IPS sesgó históricamente el acceso a la seguridad social hacia el sector urbano, concentrado a su vez en Asunción y en las ciudades más pobladas del país. A raíz de la baja cobertura en una gran cantidad de localidades que cuentan con afiliados, el IPS buscando eficiencia y reducir la fragmentación institucional, firmó convenios de asistencia con el MSPBS. Estos convenios reducen los obstáculos geográficos en el acceso de los trabajadores al sistema de salud

y habilitan al IPS a financiar la atención de sus afiliados, en los establecimientos del MSPBS y a realizar intercambios de medicamentos y de recursos humanos. La mitad de estos convenios fueron firmados entre 2011 y 2012, y los restantes entre 2014 y 2020 (IPS, 2021).

La integración de los servicios del IPS con el MSPBS constituye un paso necesario para aumentar la cobertura de salud, incentivar la afiliación voluntaria, aumentar la eficiencia y reducir la fragmentación del sistema público (Banco Mundial, 2018; OCDE, 2019); y se establece como una acción prioritaria en la implementación de las redes de atención

Además de los convenios con el MSPBS, el IPS terceriza servicios. Esta institución no informa sobre estudios que justifiquen la eficiencia o pertinencia de esta opción, frente a la inversión en su propia infraestructura para aumentar la capacidad de atención. Más adelante se amplía este aspecto.

Tabla 45.
Distribución de camas por área, según modalidad. Año 2019

Camas	Total	Área Central	Área Interior	Hospital Central
Total camas disponibles	2.694	170	1.140	1.384
Camas censables	1.629	127	503	999
Camas de observación (Urgencias)	418	43	90	285
Camas en convenio MSPBS	383		383	
Camas tercerizadas	264		164	100

Fuente: IPS. Anuario Estadístico Institucional 2019.

El financiamiento de la salud en IPS proviene enteramente de los aportes obrero patronales, generados por el 9% del monto total de los salarios, sobre los cuales fueron pagadas las cuotas de los mismos trabajadores y empleadores citados anteriormente. Más la totalidad de las cuotas pagadas por los docentes del magisterio público y privado, por el empleador docente público y privado, por los jubilados del IPS y del magisterio público, por el trabajador independiente y los ingresos por atención médica de urgencias a no asegurados.

Estos fondos financian las prestaciones económicas de corto plazo (subsidios por enfermedad y maternidad) y la atención médica, medicamentos, insumos y prótesis y otros gastos médicos.

Uno de los problemas más graves que enfrenta IPS es el creciente aumento de sus costos y la insuficiencia de los aportes para su cobertura. El desequilibrio existente se debe a múltiples factores. En primer lugar, el enfoque centrado en la enfermedad y no en la promoción y prevención obstaculizan la eficiencia.

En segundo lugar, la incorporación de trabajadores con problemas de salud que se inscribieron para el acceso a los servicios. Estas personas se benefician con las prestaciones sin haber aportado previamente. Al enfrentar una enfermedad recurren a alguien conocido que les hace “un favor” y les inscribe. Posteriormente se judicializan las medidas diseñadas por el IPS para reducir este problema.

Franco Mancuello (2017) analiza varios de estos casos. Los fallos judiciales positivos se sustentan en los derechos establecidos en la Constitución y en diversos compromisos internacionales. La consecuencia negativa de la concesión de beneficios por orden judicial es el costo derivado de la provisión de prestaciones a personas no aseguradas, o que se incorporaron tardíamente, lo cual puede, llegado el momento, contribuir a debilitar las finanzas institucionales.

Esta situación refleja, por un lado, la necesidad de impulsar campañas de concientización sobre los riesgos que enfrentan las personas y la relevancia de aportar solidaria y oportunamente al sistema. Por otro lado, revela que podría haber un interés social pero el sistema de incentivos no está construido para facilitar el acceso temprano y continuo. Al contrario, la burocracia y la falta de información reducen los incentivos.

En tercer lugar, las tercerizaciones realizadas en lugar de invertir en el aumento de capacidad del sistema público, ya sea por el MSPBS o IPS, conllevan costos superiores y problemas de sostenibilidad.

El estudio de Banco Mundial (2018, p.19) estima para 2016 que el gasto en salud del IPS excedió el ingreso generado por los aportes de seguro en alrededor del 23%. La falta de recursos se cubre con préstamos del fondo de jubilación del IPS, con promesa de devolución futura.

Tabla 46.
Ejecución presupuestaria del IPS en salud por año, según fuente de financiamiento y origen del financiamiento. Participación relativa (%)

Fuente de financiamiento/ origen del financiamiento	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Recursos institucionales	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Genuino	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia con datos del sistema BOOST del Ministerio de Hacienda

El subsidio a la salud para funcionarios/as públicos (Rubro 191)

Dado que los funcionarios/as públicos no tienen acceso a IPS, la solución prevista en el presupuesto fue otorgarles un monto de dinero que provea protección financiera parcial. Estos fondos se fueron reemplazando por los seguros médicos privados. Entre 2015-2017 fue de Gs. 200.000 por mes, y a partir de 2018 se elevó a Gs. 300.000 por mes.

191 subsidio para la Salud: Ayuda estatal en concepto de subsidio para la salud, asignado para funcionarios o empleados, quienes ocupan cargos presupuestados en el Anexo del Personal de los Organismos y Entidades del Estado, de conformidad con el monto fijado, las disposiciones legales y la disponibilidad de créditos presupuestarios previstos en el Presupuesto General de la Nación.

Clasificador presupuestario 2020

Como se puede observar en la Tabla 48, este monto ha ido aumentando de manera importante en todas las instituciones públicas.

Tabla 47.
Evolución del monto de Subsidio a la salud para funcionarios/as públicos/as. En millones de guaraníes

Año	Total	Administración Central	Entidades Descentralizadas	Universidades Nacionales
2004	54.079	42.926	7.895	3.258
2005	52.629	44.532	4.680	3.416
2006	53.079	44.573	5.038	3.468
2007	56.283	47.428	4.673	4.181
2008	62.514	53.485	4.379	4.650
2009	62.711	53.206	4.827	4.677
2010	61.138	51.706	4.443	4.989
2011	62.474	51.600	5.735	5.138
2012	151.911	123.914	14.606	13.391
2013	134.236	106.031	14.604	13.601
2014	140.133	111.913	13.933	14.287
2015	137.708	110.159	13.021	14.528
2016	156.170	128.721	12.520	14.929
2017	152.817	125.529	12.375	14.913
2018	176.401	140.142	12.186	24.073
2019	172.002	137.624	10.003	24.375
2020	167.529	136.226	7.490	23.813

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

La Tabla 48 muestra el monto anual del subsidio a la salud de funcionarios/as cuyas entidades pertenecen a la función salud, por lo que están incluidos como inversión social. A lo largo del periodo estudiado, alrededor del 50% de estos recursos queda fuera del cálculo de la inversión social.

Dado su importante peso, tendría que ser considerado como parte de la inversión en salud, de manera a dimensionar los recursos que deberían formar parte de una reforma que permita a los funcionarios públicos, integrarse al IPS. Si se

considera el caso de los funcionarios/as públicos/as que ganan el salario mínimo en 2021 (Gs. 2.289.324) y que aporten el 9% al fondo de salud y el 1,5% al fondo de administración, este subsidio sería suficiente.

Tabla 48.
Evolución del monto de Subsidio a la salud para funcionarios/as públicos/as (subfunción salud). En guaraníes

Año	Subsidio para la salud
2004	226.270.000
2005	11.218.045.000
2006	11.074.735.000
2007	11.534.670.000
2008	12.127.715.000
2009	14.705.935.000
2010	13.675.055.000
2011	14.270.395.000
2012	34.861.800.000
2013	34.739.600.000
2014	39.675.100.000
2015	49.577.200.000
2016	82.616.200.000
2017	81.626.350.000
2018	83.264.970.000
2019	88.328.045.000
2020	87.640.500.000

Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

● La progresiva privatización de servicios de salud

Entre 2010 y 2019 cada vez más recursos públicos destinados a la salud fueron dirigidos hacia el sector privado, bajo los seguros privados para el servicio civil, las tercerizaciones de servicios y la compra de insumos que podrían ser producidos por el sector público (oxígeno), contribuyendo a aumentar la ineficiencia institucional y la inequidad. Los fondos provienen tanto de recursos del Tesoro (impuestos) como de aportes obrero-patronales del IPS, debido a que esta institución ha aumentado de manera importante sus tercerizaciones.

La Tabla 49 muestra la evolución de la inversión en salud pública (MSPBS, sanidad policial y sanidad militar, IPS) y los montos de contratos firmados a través del sistema de contrataciones públicas³, en tres tipos de servicios: seguros de salud, tercerizaciones (servicios laboratoriales y otros) y compra de oxígeno.

En el periodo señalado (2010-2019), mientras la inversión en salud de la Administración Central aumentó 174%, la firma de contratos para seguros privados aumentó 8.477%, las tercerizaciones de servicios 4.561% y la compra de oxígeno 2.131%.

Debido a la baja presión tributaria y a un magro incremento en las recaudaciones, el desvío de recursos hacia el sector privado va en directo perjuicio de la provisión universal de servicios de salud. En 2010, estos contratos representaron solo el 1,1% de la inversión en salud de la Administración Central y del IPS, pasando a representar el 18,1% para el 2019. Es decir, en 2019 se firmaron contratos equivalentes a un tercio de la inversión en salud realizada por la Administración Central (MSPBS, sanidad policial, sanidad militar) y el IPS.

3 Adicionalmente se ha solicitado al Ministerio de Hacienda los montos ejecutados en los objetos de gasto 260, 269, 270, 271, 271, 275, 279, 350, 352, 358 para corroborar la información presupuestaria con los montos de los contratos firmados; sin embargo no se ha obtenido la información, por lo cual se volverá a solicitar.

Tabla 49.
Inversión en salud y tercerizaciones en salud (guaraníes)

Indicadores	2010	2012	2014	2016	2018	2019	2019/2010
Total Salud	2.855.714.632.316	4.609.804.413.801	5.692.107.929.629	6.736.099.927.810	7.281.577.913.639	8.287.081.305.352	190,2
Inversión social en salud AC	1.847.370.463.414	2.938.349.850.852	3.512.714.787.947	4.020.481.682.108	4.466.668.167.559	5.053.904.983.927	173,6
IPS	1.008.344.168.902	1.671.454.562.949	2.179.393.141.682	2.715.618.245.702	2.814.909.746.080	3.233.176.321.425	220,6
Total Contrataciones públicas en salud	32.094.043.976	52.432.224.564	77.428.631.451	558.444.810.218	756.013.747.616	1.499.283.477.390	
% con respecto al total Salud	1,1	1,1	1,4	8,3	10,4	18,1	
Seguros médicos**	5.664.000.000	78.199.992	1.062.407.500	391.308.471.379	554.877.876.661	485.797.399.760	8.476,9
% con respecto al total Salud	0,2	0,0	0,0	5,8	7,6	5,9	
Tercerizaciones**	17.444.980.392	46.712.791.996	53.742.641.081	114.272.693.501	106.093.431.235	813.051.241.680	4.560,7
% con respecto al total Salud	0,6	1,0	0,9	1,7	1,5	9,8	
Oxígeno**	8.985.063.584	5.641.232.576	22.623.582.870	52.863.645.338	95.042.439.720	200.434.835.950	2.130,8
% con respecto al total Salud	0,3	0,1	0,4	0,8	1,3	2,4	

 Fuente: * Ministerio de Hacienda. Plataforma BOOST. http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/

 ** Dirección Nacional de Contrataciones públicas. <https://www.contrataciones.gov.py/>

El aumento de los recursos destinados al sector privado, a un ritmo mayor que el de la inversión pública, hizo que en 2019 el incremento presupuestario con respecto a 2018 haya sido menor al aumento de los seguros privados, tercerizaciones y compra de oxígeno. Es decir, estamos ante la situación de que una parte sustancial del aumento del presupuesto en salud pública se produce para dirigirse al sector privado. En 2019, la ejecución presupuestaria de la inversión en salud (Administración Central e IPS) se incrementó unos Gs. 1.000.000.000.000; mientras que los contratos firmados para seguros privados de funcionarios públicos, tercerizaciones de servicios y compra de oxígeno, llegaron a Gs. 1.500.000.000.000.

No se han encontrado estudios y evaluaciones que justifiquen la eficiencia de estos recursos o la calidad de los servicios. La evidencia empírica es fundamental para el logro de los resultados previstos en la política pública, en este caso, de seguridad social contributiva. La decisión de contratar seguros privados en lugar de incorporar progresivamente a los funcionarios públicos al IPS, de tercerizar servicios en el sector privado en lugar de aumentar la infraestructura pública o de comprar oxígeno en lugar de instalar plantas productoras de oxígenos en los hospitales, no está avalada por documentos que aseguren resultados mejores.

Las contrataciones públicas se concentraron en todos los casos en pocas empresas, generando un mercado oligopólico con alto riesgo de colusión y tráfico de influencia, delitos que no están regulados suficientemente en Paraguay.

Las tercerizaciones se encuentran concentradas en pocas empresas en el periodo 2015-2019. El 74,1% de los montos contratados se distribuyen en 12 empresas. La situación se agrava si se consideran que al interior de este grupo se ofrecen diferentes tipos de servicios. Por ejemplo, en 2019 una sola empresa del servicio de imágenes representa más de la mitad del monto total contratado. Solo dos empresas prestadoras de diálisis concentraron un tercio de las tercerizaciones.

Tabla 50.
Evolución del Gasto en tercerizaciones según empresa prestadora

Proveedor	2015	2016	2017	2018	2019	Promedio de participación (%) 2015-2019
Total	23.946.505.356	76.729.089.001	103.732.683.920	65.420.069.460	754.892.495.620	74,1
MEDICINA PROFESIONAL TECNOLÓGICA					473.160.750.000	11,6
CONSORCIO RENAL	15.822.325.000	28.115.880.000	27.444.436.800	12.448.090.200	64.005.240.000	21,0
ALDAMA & HIJOS S.A.	5.154.513.356	15.935.000.001	12.400.000.000	23.510.000.000	46.600.000.000	13,0
CONSORCIO UME NEFRO SERV					40.054.560.000	1,0
MEDICINA COMPUTARIZADA PARAGUAYA S.A.-MECOMPA S.A.	2.306.000.000	7.330.820.000	9.154.685.000	7.014.843.460	29.832.688.635	6,1
ALDER AUGUSTO MENDOZA GONZALEZ	525.100.000	12.022.920.000	20.258.280.000	1.450.800.000	24.252.000.000	6,9
ASOCIACION CIVIL MENNONITA COLONIA FERNHEIM	138.567.000	10.011.029.000	133.442.120	9.884.160.000	22.129.594.185	4,2
SEYES S.A.			34.341.840.000	5.334.895.800	20.147.400.000	7,8
Consortio Don Gregorio					19.016.400.000	0,5
STERIL - MED SA		3.313.440.000		5.777.280.000	15.693.862.800	2,1
EXXEL TECHNOLOGIES S.A			233.208.000		32.180.125.600	0,3

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP).

El 23 de febrero de 2021⁴, la Contraloría General de la República emitió un dictamen técnico en contra de un llamado de licitación del IPS de Gs. 10.950.000.000, para tercerizar el servicio de resonancia magnética, por no contar con suficiente justificación en términos de economía y eficiencia, y porque ya existe otro contrato para la prestación de un servicio similar en vigencia, por valor de Gs. 473.160.750.000.

Otro caso muy particular es el del oxígeno. El portal de IPS señala que los equipos generadores de oxígeno en su conjunto producen un ahorro anual para el IPS de 14 millones de dólares. Esto responde a que el oxígeno adquirido anteriormente (oxígeno LOX) se encuentra en un precio promedio de 25.000 guaraníes el m³ (metro cúbico) en el mercado privado, y el costo de producción de oxígeno de la planta de oxígeno PSA del IPS, es de solo 3.000 guaraníes el m³⁵. A pesar de esta evidencia, el sector público en lugar de fortalecer la capacidad de producción de los hospitales, aumentó la compra de oxígeno.

Los seguros privados (VIP) para el servicio civil

La contratación de seguros privados de salud para el servicio civil financia el pilar de salud de una parte de los funcionarios públicos. Este sector cuenta con la Caja fiscal para el pilar de ingresos, por lo cual los dos mecanismos de acceso a seguridad social en salud son el seguro privado y el subsidio a la salud.

El pago de seguros privados constituye una fuente de ineficiencia, debido a que son recursos públicos a “fondo perdido”. Es decir, cada año el Estado tiene que renovar el contrato y volver a pagar por cada funcionario, aun cuando no use el seguro. Al contrario de la opción basada en un fondo solidario, como es el caso del Instituto de Previsión Social (IPS), donde los fondos que no se utilizan en las edades de juventud –porque la probabilidad de no sufrir una enfermedad grave es alta– se acumulan para su uso en la vejez.

4 <https://www.contraloria.gov.py/index.php/actividades-de-control/informes-de-auditoria/file/28717-dictamen-tecnico-de-contrataciones-dgccpe-n-05-2021-instituto-de-prevision-social-ips-lpn-70-20-contratacion-de-servicios-tercerizados-para-la-realizacion-de-estudios-de-resonancia-magnetica-para-el-ips-ad-referendum-2021>

5 Funcionamiento y ahorro económico de la planta generadora de oxígeno PSA del Hospital Central – Portal IPS <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/noticia.php?cod=921>

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

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

271 - Servicios de Seguro Médico: Comprende gastos por servicios especializados provistos por empresas o entidades privadas, tales como: servicios de seguro médico y los servicios de salud, consultas y atención médica, gastos hospitalarios, geriátricos, exámenes clínicos y de laboratorios y otros gastos distintos de los que son prestados normalmente por la seguridad social, destinados a los empleados o personal público.

Clasificador presupuestario 2020

Las Tablas 51 y 52 muestran el rápido incremento de los contratos, el costo de los mismos y una estimación del gasto promedio por funcionario. Para el año 2019, el promedio fue de Gs. 16.000.000 anuales por cada funcionario. Las diferencias son significativas entre entidades. El Banco Central del Paraguay (BCP) gasta Gs. 11.550.152, frente a entidades como el Instituto Nacional de Desarrollo Rural y de la Tierra, y los ministerios de Obras Públicas y Justicia con montos superiores a Gs. 20.000.000.

Tabla 51.
Evolución del monto contratado en seguros privados de salud para funcionarios públicos

Año	Monto adjudicado
2010	5.664.000.000
2011	638.760.008
2012	78.199.992
2013	1.258.417.500
2014	1.062.407.500
2015	32.848.396.289
2016	391.308.471.379
2017	596.505.908.179
2018	554.877.876.661
2019	485.797.399.760

Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP).

Tabla 52.
Montos contratados y costo por funcionario/a según entidades con mayores adjudicaciones. Año 2019

Convocante	Monto Adjudicado	Cantidad de funcionarios/as	Costo por funcionario/a
Promedio			16.041.077
Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones	63.546.000.000	3.134	20.276.324
Ministerio de Justicia	61.152.960.000	2.690	22.733.442
Ministerio de Hacienda	33.099.225.000	2.251	14.704.231
Ministerio de Relaciones Exteriores	30.000.000.000	1.105	27.149.321
Ministerio de la Defensa Pública - Defensoría	25.140.000.000	2.095	12.000.000
Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal	24.862.500.000	1.572	15.815.840
Banco Nacional de Fomento	19.800.000.000	1.380	14.347.826
Honorable Cámara de Diputados	19.320.000.000	1.342	14.396.423

Convocante	Monto Adjudicado	Cantidad de funcionarios/as	Costo por funcionario/a
Contraloría General de la República	15.600.000.000	917	17.011.996
Dirección Nacional de Aduanas	14.400.000.000	1.076	13.382.900
Banco Central del Paraguay	11.400.000.000	987	11.550.152
Instituto Nacional de Desarrollo Rural y de la Tierra	11.016.000.000	490	22.481.633
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social	10.912.500.000	1.028	10.615.272
Honorable Cámara de Senadores	10.050.000.000	744	13.508.065
Congreso Nacional	8.934.000.000	573	15.591.623
Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas	8.160.000.000	514	15.875.486
Crédito Agrícola de Habilitación	6.670.131.000	460	14.500.285
Ministerio de Industria y Comercio	5.556.000.000	416	13.355.769

Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP).

El Artículo 209 de la Ley N° 6258 que aprueba el presupuesto general de la Nación para el ejercicio fiscal 2019, establece que a partir de 2019 los contratos que suscriban los Organismos y Entidades del Estado (OEE), en concepto de servicios de medicina y odontología prepaga, no podrán ser mayores a Gs. 1.000.000 (Gs. un millón) en forma mensual o Gs. 12.000.000 (Gs doce millones) anuales por cada funcionario. Los OEE que cuenten con seguro médico privado, pueden extender los contratos hasta tanto se dicte la citada reglamentación.

Si se considera el nuevo monto estipulado de Gs. 1.000.000 por mes, el aporte del 10,5% al fondo de salud del IPS, sería equivalente al pago de un trabajador que gana alrededor de Gs. 10.000.000. Según la EPHC (2020), el salario promedio del trabajador/as del sector público es de Gs. 4.000.000, lo que permite asumir que, por cada funcionario cubierto en el seguro privado, el Estado puede aportar por 2,5 funcionarios al IPS.

La reglamentación aprobada durante la pandemia reducirá los costos, pero también las prestaciones. No existen normas para homogeneizar y transparentar los servicios cubiertos por los seguros privados ni para regular estos servicios.

El 82,7% de los montos contratados se concentran en solo 5 empresas prestadoras, dando cuenta de los riesgos que enfrenta el sistema de contrataciones públicas ante las fallas de mercado, como consecuencia de la asimetría de información y del poder de mercado. Un informe de OIT (Casalí et al., 2017) señalaba, con datos de 2015, que estaban registradas en la Superintendencia de Salud 61 empresas de medicina prepaga.

Tabla 53.
Evolución del Gasto en seguros privados de salud según empresa prestadora

Proveedor	2015	2016	2017	2018	2019	Promedio de participación (%) 2015-2019
Total	21.811.621.392	334.126.061.341	560.505.596.000	491.610.068.740	385.492.385.350	82,7
SANTA CLARA SA MEDICINA PREPAGA	9.487.880.000	88.434.300.000	117.435.800.000	162.642.820.000	152.626.825.000	26,4
PROTECCION MEDICA S.A.	7.301.995.000	111.686.229.000	31.199.436.000	152.281.759.840	86.191.514.350	20,2
SERVICIO INTEGRAL MEDICO S.A. (SIME SA)	2.098.800.000	7.262.530.000	8.343.000.000	49.221.809.300	74.163.750.000	6,8
ASISMED S.A.	2.922.946.392	88.205.002.341	396.500.160.000	85.924.344.000	36.797.600.000	24,2
MEDI PLAN S.A.		38.538.000.000	7.027.200.000	41.539.335.600	35.712.696.000	5,2

Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP)

La compra de medicamentos

En los últimos años, los recursos destinados a medicamentos e insumos aumentaron de manera importante. A pesar de ello, uno de los principales problemas de la política de salud es el abastecimiento suficiente y oportuno.

La mayor parte de los reportes de organismos internacionales llaman la atención sobre las debilidades del sistema de compras públicas y de la ineficiencia que trae aparejada. El Banco Mundial (2018) señala el inconveniente de las compras separadas entre el MSPBS e IPS “renunciando a los beneficios de la compra por volumen”. Banco Mundial (2018) sugiere estandarizar la lista de medicamentos y agrupar las compras de productos farmacéuticos a través de contratos marco, para fortalecer el poder de negociación y reducir los precios, debido a mayores volúmenes de adquisiciones.

La OCDE (2019) por su lado señaló que el país no cuenta con una lista única de medicamentos e insumos médicos prioritarios y garantizados. Por lo tanto, el racionamiento termina decidiéndose por factores contingentes y discrecionales como la disponibilidad al momento de la atención, generando un uso de los recursos ineficiente y poco estratégico. En segundo lugar, alerta sobre los precios altos y poco competitivos pagados por medicamentos e insumos médicos, elevando los costos de operación del sistema de salud y afectando a la protección financiera de los ciudadanos. En tercer lugar, hace referencia a las compras descentralizadas que reducen capacidad de negociación y a la necesidad de establecer precios de referencia.

Paraguay no cuenta con una política farmacéutica. Izquierdo, et al. (2018) señala que la optimización en el uso de los recursos dirigidos a la compra de medicamentos e insumos, debe incluir además de todos los aspectos anteriores –lista de medicamentos unificada, compras centralizadas, contratos homogeneizados, precios de referencia–, el uso de genéricos, la negociación regional, en el marco del MERCOSUR, por ejemplo, para compras de medicamentos costosos.

Dado el desarrollo del mercado farmacéutico, el país tiene una oportunidad para impulsar e incentivar mejoras en la gestión de pequeñas y medianas empresas productoras de medicamentos.

Tabla 54.
Evolución del Gasto en medicamentos e insumos según empresa prestadora

Proveedor	2015	2016	2017	2018	2019	Promedio de participación (%) 2015-2019
Total	1.052.262.671.953	1.145.449.690.289	1.906.048.968.225	1.618.083.543.958	1.602.394.156.386	70,5
INDEX S.A.C.I.	200.855.575.120	82.695.591.356	231.174.026.922	235.873.834.029	161.945.046.580	8,7
CASA BOLLER S.A.	87.970.605.949	237.268.383.474	178.516.977.010	49.363.778.350	154.505.614.343	7,4
LABORATORIO DE PRODUCTOS ETICOS C.E.I.S.A.	63.319.604.150	61.421.222.750	66.862.665.400	111.910.249.600	148.927.342.715	4,4
DISTRIBUIDORA LA POLICLINICA S. A.	16.608.387.050	81.481.660.481	112.762.552.620	44.259.002.060	127.391.929.960	3,7
PROSALUD FARMA S.A.	79.679.215.620	70.366.701.150	136.283.815.210	102.026.731.200	118.392.234.730	4,8
SCAVONE HERMANOS SA	84.201.529.244	47.895.366.139	117.256.463.660	71.511.259.748	104.299.584.825	4,1
EUROTEC S.A.	7.131.375.720	18.206.203.321	116.674.565.090	160.673.922.175	91.025.531.712	3,4
EUROQUIMICA S.A.	26.505.649.600	28.751.070.580	86.140.573.388	129.992.977.970	84.772.034.200	3,2
QUIMFA S.A.	61.993.315.671	42.667.470.246	100.624.838.365	160.450.624.577	83.919.062.915	4,2
VICENTE SCAVONE & CIA. S.A.E.	82.715.547.793	101.497.830.967	161.113.675.448	73.843.113.309	65.791.169.971	4,8
INDUFAR C.I.S.A.	59.632.761.341	34.447.284.610	84.772.431.444	31.843.475.545	65.194.766.140	2,7
SANOFI AVENTIS PARAGUAY S.A.	13.798.422.820	18.879.708.177	42.831.531.200	1.628.528.800	62.621.256.000	1,4
INSUMOS MEDICOS S.A.	124.236.527.693	110.615.432.145	215.811.958.232	184.015.211.877	59.761.099.800	6,6
FARMACEUTICA PARAGUAYA S.A.	37.716.193.936	42.621.007.403	95.664.891.346	24.028.968.025	52.197.902.795	2,4
DUTRIEC SA	13.804.401.843	79.709.458.250	77.102.720.000	38.892.685.570	49.471.138.900	2,6
BIOANALISIS SRL	36.465.241.250	37.805.190.000	10.233.431.600	135.520.453.276	40.983.385.000	2,5
LIBRA PARAGUAY S.A.	21.678.315.956	27.495.994.500	50.974.679.710	23.270.086.250	33.955.477.960	1,5
GUAYAKI SA	21.140.769.719	16.507.035.380	12.337.438.400	16.222.838.019	32.537.833.700	1,0
PRODUCTOS MEDICINALES PARAGUAYOS S.A. (PROMEPAR S.A.)	18.809.231.478	5.117.079.360	8.676.525.180	22.755.803.578	32.521.618.540	0,9
EXXEL TECHNOLOGIES S.A.			233.208.000		32.180.125.600	0,3

Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP).

Cabe señalar que, además, las empresas nacionales tienen un margen de preferencia⁶ en las compras públicas del 20%, que funciona como un subsidio implícito al sector, cuyo monto al no ser cuantificado por el Estado, permanece en la opacidad.

Si bien los datos de este artículo llegan hasta el año 2019, la pandemia demostró en 2020 y 2021 la ausencia de mecanismos eficientes que garanticen la competencia en el mercado y la penalización de conductas colusivas. La colusión no solo afecta a los precios (sobrefacturación), sino también al abastecimiento, debido a que la ausencia de oferta por parte de las empresas proveedoras, hace que las licitaciones se declaren desiertas, lo que obliga al sector público, ante la emergencia, a comprar por la vía de excepción, siempre más costosas.

Durante la pandemia las autoridades sanitarias, tanto del IPS como del MSPBS, denunciaron la ausencia de las empresas a los llamados realizados⁷. Este resultado llama la atención porque las empresas oferentes vienen siendo proveedoras del Estado desde años atrás.

Ante la escandalosa situación de desabastecimiento de medicamentos, el Ministerio de Hacienda redujo el IVA para incentivar la importación y posteriormente implementó un programa de transferencias a las familias para la compra de medicamentos. La autoridad fiscal aclaró que no habría que esperar que bajen los precios, lo cual significa que finalmente la medida tributaria no afectaría el costo de los medicamentos para el consumidor final⁸ sino que beneficiaría al sector importador. Las medidas implementadas finalmente terminan teniendo como principales beneficiados al sector farmacéutico y al sistema financiero, por el endeudamiento que generan en el gasto de bolsillo.

En definitiva, es necesario no solamente evaluar la gestión de las instituciones sanitarias y de contrataciones públicas –normas, organizaciones, funcio-

6 Ley N° 4558/11 que establece mecanismos de apoyo a la producción y empleo nacional, a través de los procesos de contrataciones publicas

7 <https://www.hoy.com.py/nacionales/gubetch-justifica-falta-de-medicamentos-la-ley-no-permite-compra-directa>. <https://www.mspbs.gov.py/portal/22741/licitacion-de-medicamentos-fue-declarada-desierta-en-varias-ocasiones.html>

8 Decreto 5.075/21 por el cual se dispone un régimen especial en el impuesto al valor agregado (IVA) para la importación y enajenación en el mercado local de las vacunas, medicamentos e insumos para el abordaje y tratamiento del corona virus o covid-19. <https://nanduti.com.py/reducen-al-0-5-el-ivara-la-importacion-de-medicamentos-insumos-y-vacunas/>

narios, incentivos- sino también de la Comisión Nacional de la Competencia (CONACOM)⁹ y de la Secretaría de Defensa del Consumidor y el Usuario (SE-DECO).

El riesgo del endeudamiento

Un riesgo actual que probablemente se acrecentará a medida que pasen los años, es el del endeudamiento público. Las olas de endeudamiento en América Latina, que han derivado en los 80s en los programas de ajuste estructural y en la década pasada con las políticas de “austeridad” en la región, siempre han afectado negativamente a los sistemas de salud recortando recursos.

En Paraguay, los datos indican que el aumento del presupuesto de salud tiene una tendencia contraria al pago de servicios de la deuda pública. A medida que se reduce la deuda, se abre espacio fiscal para priorizar la salud (2005-2012) mientras que a medida que aumenta el pago, se reduce el incremento de los gastos en salud (2014-2018). En el primer periodo, el Servicio de la deuda presentó un aumento del 0,7% promedio anual y la inversión en salud aumentó 29,2% promedio anual. En el segundo periodo señalado, el Servicio de la deuda aumentó 15,5% anual, mientras que la inversión en salud lo hizo en solo 11,5% promedio anual.

El Gráfico 9 ilustra la tasa de crecimiento anual de la ejecución presupuestaria en salud (línea naranja), frente a la tasa de crecimiento anual del Servicio de la deuda (línea gris). Hasta el año 2013, la línea gris se mantiene por debajo de la línea naranja, incluso en algunos años a tasas negativas. A partir de 2013, el servicio de la deuda empieza a crecer rápidamente, mientras que el aumento porcentual de la inversión en salud se empieza a reducir.

Entre 2015 y 2018, el aumento de la inversión en salud fue apenas superior al crecimiento vegetativo de la población y de la inflación. A raíz de esto se podría decir que la inversión real por persona está tendiendo a estancarse, lo cual afecta actualmente a la capacidad del sistema de salud para enfrentar los problemas sanitarios en tiempos normales y más aún en una pandemia.

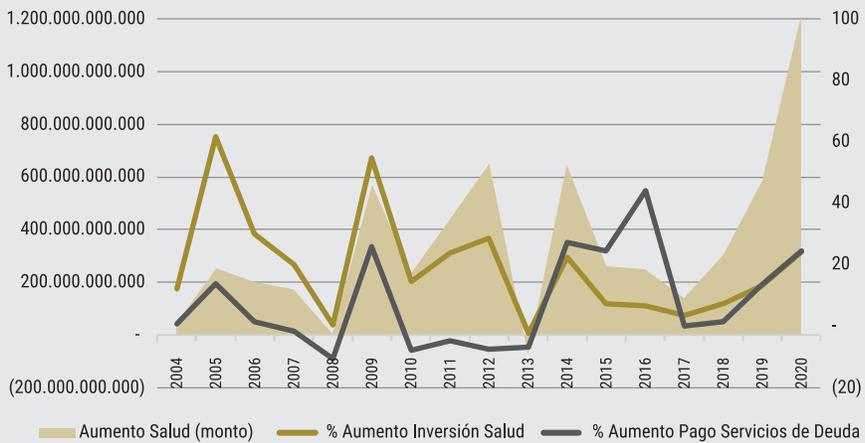
Un hecho interesante de notar es que, al parecer, el ciclo político afecta a la inversión en salud. En los años electorarios -2008 y 2013- la ejecución se man-

9 Uno de los problemas más importantes que tiene la CONACOM es la conformación de su Directorio, ya que está integrado por un representante de FEPRINCO, lo cual puede significar conflicto de intereses por ser un gremio empresarial que es juez y parte.

tiene constante, es decir, no hay aumento presupuestario. El área azul muestra el monto de aumento en cada año.

Habría que estudiar si la razón es económica –los recursos adicionales se destinan a financiar el proceso eleccionario priorizándose la Justicia Electoral– o política –la gestión pública se enlentece por el trabajo de los operadores políticos en las instituciones sanitarias o el temor de los funcionarios públicos ante el cambio de gestión, al no existir carrera del servicio civil-Muchas hipótesis posibles.

Gráfico 9.
Inversión por persona en Salud y en Servicio de la deuda



Fuente: elaboración propia con datos de la plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

● El gasto de bolsillo de los hogares

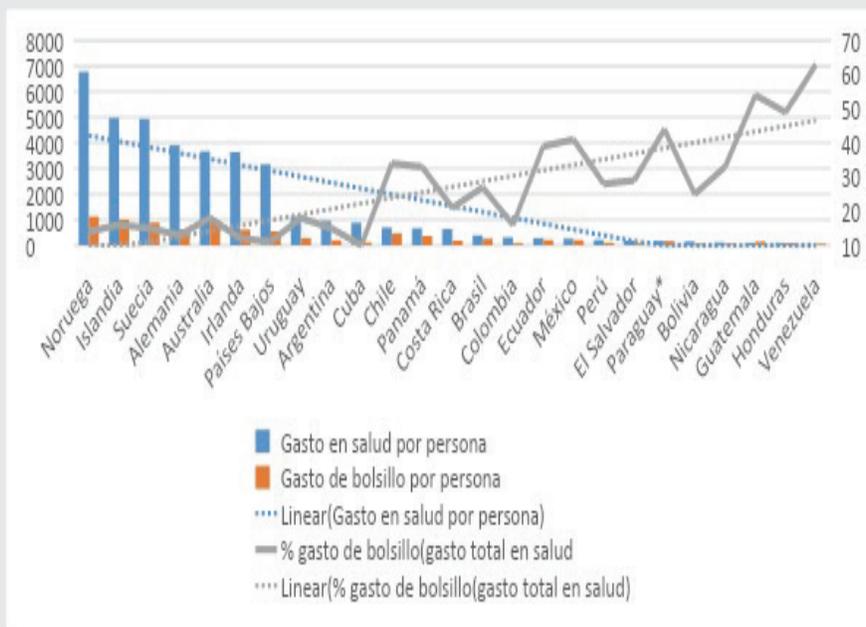
La baja prioridad fiscal de la inversión en salud tiene como consecuencias el gasto de bolsillo y el endeudamiento. El Gráfico 12 muestra los niveles de inversión en salud por persona de los países de mayor IDH de Europa y los países latinoamericanos.

La persistencia de altos niveles de gasto de bolsillo tiene importantes consecuencias en el acceso a la salud de la población y en la posibilidad de acumula-

ción de capital humano para el país. Una de las principales razones de exclusión sanitaria es la necesidad de pago de los servicios.

Paraguay se encuentra entre los países de menor inversión en salud y consecuentemente entre los de mayor gasto de bolsillo, como proporción del gasto total realizado por el país en salud. Es decir, del total gastado en salud en Paraguay, casi la mitad proviene de los pagos directos que realizan las familias. Con lo cual, si las familias no cuentan con recursos suficientes cuando un integrante se enferma, son excluidas o autoexcluidas del sistema de salud.

Gráfico 10.
Inversión en salud y gasto de bolsillo



Fuente: OMS (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es>)

En Paraguay, entre la población de 15 años o más, el 12% adquirió una deuda para fines médicos o de salud, siendo este porcentaje mayor al observado en promedio en América Latina y el Caribe y la OCDE, que presentaron un 10% y 4%

de endeudamiento para los mismos fines, en el 2017. Otro punto a considerar es que una mayor cantidad de personas se endeuda para financiar gastos de salud que para producir. Solo el 7% hizo un préstamo para iniciar, operar o expandir una granja o negocio.

Tabla 55.
Porcentaje de personas endeudadas (15 años o más). Año 2017

	Fines médicos o de salud	Iniciar, operar o expandir un emprendimiento
América Latina y el Caribe	10%	5%
OCDE	4%	28%
Paraguay	12%	7%
Hombres	13%	10%
Mujeres	11%	4%

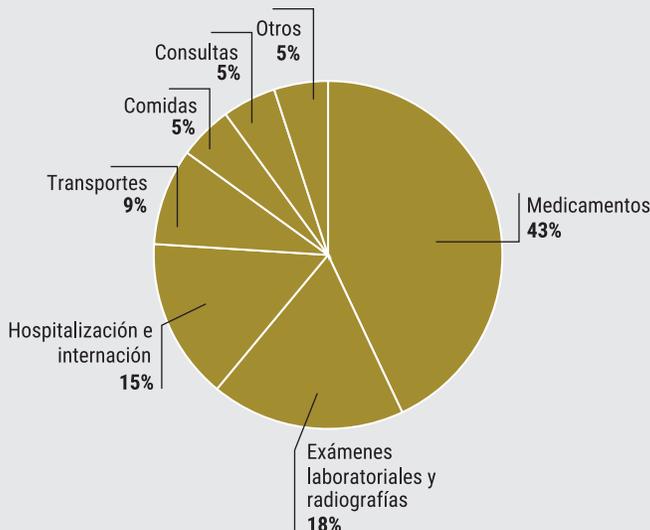
Fuente: Banco Mundial. Global Findex Database.

El pago directo de los enfermos al momento de utilizar servicios de salud, ya sea por consultas, medicamentos, estudios de diagnóstico, hospitalizaciones y otros, es injusto e inequitativo, porque recae solamente sobre los enfermos y sus familias (Giménez Caballero et. al., 2017). El gasto de bolsillo es un indicador clave de la protección financiera. Niveles por encima del 20% del gasto total en salud están estrechamente asociados con gastos catastróficos y empobrecedores (Xu et al., 2010) y son un indicador del estrés que experimentan los hogares para acceder a los servicios de salud (Izquierdo et. al., 2018).

En el periodo de 2012 a 2016 se observa una leve disminución, pasando del 38,2% en 2012 al 37,9 % en 2016.

La Encuesta Permanente de Hogares 2014 –última disponible con esta información– muestra que el pago de medicamentos se lleva la mayor parte del gasto de bolsillo con el 43%, los exámenes laboratoriales y radiografías absorben 18%, mientras que la hospitalización e internación 15%, transportes 9% y comidas, consultas y otros con 5% cada uno (Benítez, 2017, p.15).

Gráfico 11.
Composición del gasto de bolsillo de los hogares



Fuente: Benítez, 2017.

El peso del gasto de bolsillo sobre los ingresos, en todos los estudios revisados, es alto; sobre todo para los hogares de menores recursos. Casalí et. al (2017), calculan un peso de alrededor del 25% en el quintil de menores ingresos y de alrededor del 9% en el quintil más rico, asumiendo el trimestre en que se incurrió el gasto. Giménez, et al (2017, p.69-85) realizan este cálculo según la condición de pobreza y encuentran que, en la población en situación de pobreza extrema, el gasto de bolsillo fue equivalente al 98,5% y en la población no pobre del 21,4%. Prorrateando el gasto en salud a lo largo del año, Serafini (2016, p.40) supone una incidencia del 10,4% mensual en el quintil de menores ingresos y del 3,7% en el quintil de mayores ingresos. Todos los estudios coinciden en una incidencia de al menos 3 veces más en las poblaciones de menores ingresos.

Existe la posibilidad de que un gasto en salud no planificado afecte la capacidad de algunas familias de cubrir sus necesidades básicas, llevándolas a una situación de vulnerabilidad. De acuerdo a datos del Banco Mundial (2021b), el porcentaje de personas en situación de riesgo de presentar un gasto catastrófico ante una eventual atención quirúrgica es del 25,2% (gastos catastróficos como pa-

gos directos de bolsillo por atención quirúrgica y de anestesia que superan el 10% de los ingresos totales). El riesgo de empobrecimiento por gastos de atención quirúrgica es del 15,6%. (gasto empobrecedor como pagos directos de bolsillo para la atención quirúrgica y de anestesia que llevan a las personas por debajo del umbral de pobreza, utilizando un umbral de \$ 1,90 PPP / día).

Al calcular el empobrecimiento debido a gastos de bolsillo en salud, Giménez et al. (2021) obtuvieron como resultado que el 1,4%, de todos los hogares quedaron por debajo de la línea de pobreza, pasando los hogares pobres de 21,7% antes del gasto de bolsillo a 23,1% después. Entre estos hogares, los que se encuentran por debajo de la línea de pobreza extrema pasaron del 3,9% al 4,9%. Además, los hogares pobres que tuvieron gasto de bolsillo profundizaron su situación de pobreza, lo que pudo evaluarse mediante la variación de la brecha de la pobreza que pasó de 34,6% al 37,7%.

Gráfico 12.
Distribución porcentual de hogares en situación de pobreza y brecha de la pobreza antes del GBS y después del GBS en Paraguay en el año 2014



Fuente: Giménez et al., 2021.

Un hogar se define en situación de riesgo de gasto catastrófico de salud, si su presupuesto de salud excede un cierto porcentaje del ingreso; y se define en si-

tuación de riesgo de gasto en salud empobrecedor, si el ingreso neto de gastos en salud se encuentra por debajo de la línea de pobreza (Wagstaff, 2008).

El Banco Mundial (2018) analizó estos dos indicadores, utilizando la EPH y los resultados mostraron que el riesgo de gasto catastrófico global en Paraguay ha disminuido del 2009 al 2014, en todos los grupos de población. Sin embargo, los hogares rurales, indígenas y pobres corren mayor riesgo de gastos catastróficos que los otros grupos. De igual manera, estos mismos hogares tienen más probabilidad de caer en la pobreza que los hogares urbanos, ricos y no indígenas.

Tabla 56.
Riesgo de gasto en salud catastrófico y empobrecedor

		Riego de gastos catastróficos		Riesgo de gastos empobrecedores	
		Porcentajes de población con gastos de bolsillo más que 25% de ingresos		Porcentajes puntos aumento en la tasa de pobreza	
		2009	2014	2009	2014
País		10,8	9,9	2,9	3,1
Según área	Rural	16,3	15,1	4,6	5
	Urbano	7,7	6,1	1,8	1,6
Según ingresos	Más pobre	25,1	22,6	8,8	10,4
	Pobre	13,6	11,4	4,1	2,9
	Mediano	8,3	6,9	1	0,3
	Rico	6,3	5,1	0	0
	Más rico	2,5	0,5	0	0
Según idioma	Guaraní	17,4	16	4,7	5,4
	Guaraní y Castellano	8,3	8,7	2,1	2,2
	Castellano	6,1	3,9	1,2	0,7

Fuente: Banco Mundial (2018).

● **Asignación familiar para funcionarios/as públicos (Rubro 131)**

El presupuesto público cuenta con recursos dirigidos a la protección social del servicio civil, como parte de los beneficios derivados de su adscripción al trabajo en el sector público. Debido a que integran las remuneraciones están invisibilizados, o, en el caso de entidades que no son parte de la función social, no se incorporan como inversión social y dentro de esta como recursos destinados a financiar protección social, según el Clasificador presupuestario. Esta situación requiere ser considerada a la hora de transparentar y rendir cuentas del destino de los recursos públicos en protección social.

Uno de estos recursos es el denominado Asignación familiar, cuyo monto ha ido aumentando rápidamente en el periodo analizado.

Objeto del gasto 131- Subsidio familiar: Asignación fijada al funcionario con cargo presupuestado en el Anexo del Personal y al personal que perciba hasta la suma de G. 2.112.562.- (guaraníes dos millones ciento doce mil quinientos sesenta y dos) mensual, por hijos menores de dieciocho (18) años. Comprende, asimismo, los pagos ocasionales en concepto de subsidio o subvenciones por: casamiento, nacimiento, defunción, escolaridad de hijos menores, gastos médicos extraordinarios, ayuda vacacional y ayuda alimenticia. Con excepción del subsidio por hijos menores fijado por la Ley Anual de Presupuesto, no se abonará este Objeto del Gasto como remuneración mensual; los demás conceptos serán asignados de acuerdo a la disponibilidad de créditos presupuestarios, las disposiciones reglamentarias de la presente Ley y la reglamentación institucional concordante.

Clasificador presupuestario 2020

La Tabla 57 muestra un importante crecimiento en el promedio anual de la Asignación familiar, así como desigualdades en los montos entregados a los funcionarios dependiendo de la institución a la que pertenecen. Entre 2003 y 2019 el incremento fue de 1.400%, con una reducción significativa en 2020, derivada de los ajustes por la pandemia.

Tabla 57.
Evolución del monto de Asignación familiar para funcionarios públicos.
En millones de guaraníes

Año	Total	Administración central	Entidades descentralizadas	Universidades nacionales
2003	29.021	2.165	26.211	645
2004	36.585	6.284	28.527	1.775
2005	43.112	7.926	33.292	1.894
2006	50.311	8.702	39.272	2.337
2007	51.628	7.015	42.384	2.229
2008	56.683	4.774	49.638	2.270
2009	69.273	14.972	51.956	2.344
2010	112.279	52.953	56.764	2.563
2011	152.217	74.096	75.487	2.634
2012	187.403	83.257	94.453	9.693
2013	232.839	97.754	124.878	10.207
2014	257.547	101.866	145.281	10.401
2015	285.011	123.042	151.547	10.422
2016	271.216	106.909	153.918	10.390
2017	358.929	140.095	207.251	11.584
2018	422.457	148.997	262.861	10.599
2019	435.740	160.398	264.946	10.397
2020	245.962	121.929	113.723	10.310

Fuente: elaboración propia con datos del BOOST del Ministerio de Hacienda.

La Tabla 58 muestra las desigualdades por entidades, lo cual señala la inexistencia de criterios definidos en la asignación de los montos. Una serie de instituciones tienen un costo anual por funcionario menor a Gs.1.000.000, mientras que algunas instituciones superan los Gs. 20.000.000

Tabla 58.
Asignaciones familiares por entidad y por persona. Año 2019

Asignaciones familiares	Ejecutado	Cantidad de funcionarios/as	Costo por funcionario/a
<i>Total</i>	435.740.103.714	295.501	1.474.581
Congreso Nacional	396.000.000	573	691.099
Cámara de Senadores	654.000.000	744	879.032
Cámara de Diputados	1.366.987.253	1342	1.018.619
Presidencia de la República	5.180.461.691	2527	2.050.044
Vicepresidencia de la República	311.504.711	76	4.098.746
Ministerio del Interior	2.838.198.120	28403	99.926
Ministerio de Relaciones Exteriores	1.978.360.000	1105	1.790.371
Ministerio de Defensa Nacional	7.601.180.000	23831	318.962
Ministerio de Hacienda	12.444.664.286	2251	5.528.505
Ministerio de Educación y Ciencias	75.830.655.000	97588	777.049
Ministerio de Salud Pública y Bienestar social	13.627.998.326	29308	464.992
Ministerio de Justicia	14.750.558.857	2690	5.483.479
Ministerio de Agricultura y Ganadería	1.689.640.000	1880	898.745
Ministerio de Industria y Comercio	1.319.500.000	416	3.171.875
Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones	4.808.550.000	3134	1.534.317
Ministerio de la Mujer	65.000.000	73	890.411
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social	1.045.500.000	1028	1.017.023
Ministerio del Ambiente y Desarrollo sostenible	781.500.000	344	2.271.802
Ministerio de Desarrollo Social	499.990.288	309	1.618.092
Ministerio de Urbanismo, Vivienda y Hábitat	426.372.064	424	1.005.594
Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicación	623.675.000	261	2.389.559
Corte Suprema de Justicia	3.372.791.508	11899	283.452
Justicia Electoral	2.864.000.000	4538	631.115

Asignaciones familiares	Ejecutado	Cantidad de funcionarios/as	Costo por funcionario/a
Ministerio Público	4.776.270.000	5206	917.455
Consejo de la Magistratura	185.220.000	135	1.372.000
Jurado de Enjuiciamiento de Magistrados	264.000.000	220	1.200.000
Ministerio de la Defensa Pública	153.792.968	2095	73.410
Contraloría General de la Republica	526.200.000	917	573.828
Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura	15.000.000	23	652.174
Banco Central del Paraguay	23.326.650.000	987	23.633.891
Gobierno Departamental de Caazapá	3.990.000	42	95.000
Gobierno Departamental de Misiones	17.220.000	80	215.250
Gobierno Departamental de Alto Paraná	6.300.000	65	96.923
Gobierno Departamental De Ñeembucú	2.450.000	72	34.028
Gobierno Departamental De Boquerón	5.000.000	75	66.667
Gobierno Departamental de Alto Paraguay	29.999.990	58	517.241
Instituto Nacional de Tecnología, Normalización y Metrología	2.587.210.000	371	6.973.612
Instituto Nacional de Desarrollo Rural y de la Tierra	721.190.472	490	1.471.817
Dirección de Beneficencia y Ayuda Social	555.855.336	105	5.293.860
Instituto Paraguayo del Indígena	33.440.000	70	477.714
Comisión Nacional de Telecomunicaciones	2.262.000.000	292	7.746.575
Dirección Nacional de Transporte	145.700.000	359	405.850
Instituto Nacional de Cooperativismo	194.349.929	166	1.170.783
Dirección Nacional de Aduanas	9.773.860.000	1076	9.083.513
Servicio Nacional de Calidad y Salud Animal	2.218.405.000	1572	1.411.199
Servicio Nacional de Calidad y Sanidad Vegetal y de Semillas	908.100.000	514	1.766.732

Asignaciones familiares	Ejecutado	Cantidad de funcionarios/as	Costo por funcionario/a
Dirección Nacional de Contrataciones Públicas	120.000.000	167	718.563
Instituto Forestal Nacional	158.088.032	426	371.099
Instituto Paraguayo de Tecnología Agraria	840.145.000	362	2.320.843
Dirección Nacional de Correos del Paraguay	149.999.904	990	151.515
Dirección Nacional de Propiedad intelectual	1.184.700.000	142	8.342.958
Secretaría de Defensa del Consumidor y el Usuario	74.200.000	31	2.393.548
Comisión Nacional de la Competencia	17.500.000	24	729.167
Agencia Nacional de Tránsito y Seguridad Vial	69.000.000	13	5.307.692
Consejo Nacional de Educación Superior	2.000.000	23	86.957
Secretaría Nacional de Inteligencia	40.400.000	31	1.303.226
Instituto Superior de Bellas Artes	40.320.000	40	1.008.000
Instituto Nacional de Educación Superior	78.140.000	129	605.736
Instituto de Previsión Social	27.387.702.367	15222	1.799.218
Caja de Seguridad Social De Empleados Y Obreros Ferroviarios	6.760.192	12	563.349
Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal de la ANDE	1.349.940.554	53	25.470.576
Caja De Jubilaciones y Pensiones de Empl. De Bancos y Afines	4.221.959.033	155	27.238.445
Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal Municipal	83.187.510	190	437.829
Administración Nacional de Electricidad	141.405.770.581	5240	26.985.834
Administración Nacional de Navegación y Puertos	634.015.610	1408	450.295
Dirección Nacional de Aeronáutica Civil	623.757.417	1664	374.854
Petróleos Paraguayos	2.793.252.371	717	3.895.749

Asignaciones familiares	Ejecutado	Cantidad de funcionarios/as	Costo por funcionario/a
Industria Nacional del Cemento	7.554.516.758	887	8.516.930
Banco Nacional de Fomento	31.487.031.645	1380	22.816.690
Crédito Agrícola de Habilidadación	389.521.653	460	846.786
Fondo Ganadero	497.393.237	127	3.916.482
Caja de Préstamos del Ministerio de Defensa Nacional	2.800.000	8	350.000
Agencia Financiera de Desarrollo	941.800.000	107	8.801.869
Universidad Nacional de Asunción	10.172.031.066	25620	397.035
Universidad Nacional del Este	184.929.990	3360	55.039
Universidad Nacional de Pilar	6.360.000	1539	4.133
Universidad Nacional de Itapúa	13.499.995	2936	4.598
Universidad Nacional de Concepción	14.490.000	1472	9.844
Universidad Nacional de Canindeyú	5.600.000	832	6.731

Fuente: elaboración propia con base a datos del Ministerio de Hacienda. (BOOST y PGN).

● Breves conclusiones

Los fondos públicos ejecutados en la seguridad social contributiva, dirigidos a financiar los pilares de salud y jubilaciones, se concentran en tres instituciones: Ministerio de Salud –provisión universal de salud-, Ministerio de Hacienda –jubilaciones a través de la Caja fiscal- y el Instituto de previsión social -seguro médico y jubilaciones-.

El pilar de ingresos (jubilaciones) ejecutado principalmente por la Caja fiscal y el IPS muestran problemas de equidad y sostenibilidad. En ambos casos, los titulares se concentran en los deciles de mayores ingresos, debido a la combinación de un modelo de crecimiento económico de escaso impacto en empleos de calidad y de un marco institucional centrado en el trabajo en relación de dependencia, que a su vez se concentra en los niveles más altos de educación, en el sector urbano y en la población masculina.

La Caja fiscal presenta un importante déficit en tres colectivos: magisterio, fuerzas militares y fuerzas policiales. La primera recibe un subsidio de otros grupos del servicio civil, mientras que el déficit generado por los otros dos grupos es financiado con impuestos generales, que son, en gran proporción indirectos y provenientes de contribuyentes excluidos del sistema jubilatorio.

El IPS está en mejores condiciones de sostenibilidad, pero las proyecciones indican que empezaría a debilitarse su situación financiera hasta agotarse los fondos en la mitad del siglo, en coincidencia con el fin del bono demográfico.

Este pilar requiere reformas urgentes para lograr una mayor equidad y sostenibilidad: aumento de cobertura, reformas paramétricas, cambios institucionales para mejorar la fiscalización, el control y la supervisión, mecanismos de financiamiento para colectivos laborales que no pueden autofinanciar su inserción, entre otros aspectos.

El pilar de salud en el caso de la Caja fiscal se financia con fondos del Tesoro (impuestos) a través de la contratación de seguros privados en algunas entidades. Los funcionarios cuyas entidades no cuentan con recursos para este rubro, reciben un subsidio con el objetivo de complementar la adquisición privada de un seguro o utilizarlo para financiar su gasto de bolsillo. Algunos colectivos laborales como el Magisterio y el Ministerio Público cuentan con cobertura de salud del IPS. Los servicios del MSPBS, al ser universales, están disponibles para todos los funcionarios públicos.

Esta organización del sistema de salud fragmenta y segmenta las intervenciones, limitando las oportunidades de provisión de servicios integrales, equitativos y eficientes. La bibliografía existente señala que hay espacios para ganar eficiencia. La implementación de la estrategia de atención primaria, el redireccionamiento de los fondos públicos, que actualmente se dirigen al sector privado, hacia el fortalecimiento del IPS y la implementación de una política farmacéutica que incluya reducción de costos en las compras públicas de medicamentos, son algunas de las vías para lograrlo.

En la medida en que se logre más eficiencia y se amplíen los servicios tanto del MSPBS como del IPS, integrando el sistema universal de salud, se tenderá a aumentar la equidad.

5

CONCLUSIONES, DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES

● Conclusiones

La seguridad social contributiva constituye un eje vertebrador de la protección social. Su rol en el bienestar individual y familiar es fundamental porque reduce la inseguridad de los ingresos –que incluye el objetivo de erradicar la pobreza– y mejora el acceso a los servicios de salud para todos, con el fin de garantizar condiciones de trabajo y de vida digna a lo largo de la vida.

La protección a las personas en esos dos ámbitos tiene impacto en las posibilidades de desarrollo de un país, al crear condiciones para reducir la volatilidad de los ingresos, limitar la incertidumbre, aumentar la previsibilidad de las familias, y suavizar el consumo. Esto permite que las familias mejoren sus condiciones para emprender o impulsar sus iniciativas económicas, invertir en capital humano y en activos como su vivienda.

En cada uno de los ciclos de vida la seguridad social tiene objetivos y resultados diferenciados. La niñez y adolescencia se beneficia con las intervenciones de seguridad social destinados a ayudar a trabajadores y trabajadoras, para cubrir los gastos de educación.

En la adultez, ayuda a mantener unas relaciones laborales estables y una fuerza de trabajo productiva, amortigua los efectos de las transformaciones estructurales y tecnológicas en las personas, mitiga la pérdida de ingresos por desempleo,

fenómenos agroclimáticos, enfermedad, maternidad e invalidez, reduce la volatilidad de los ingresos laborales y extiende el periodo laboral.

En la vejez, promueve el envejecimiento activo y mantiene el nivel de vida gracias a la solidaridad intergeneracional. La seguridad social impide la caída en la pobreza en el momento del retiro laboral y cuando incorpora el cuidado como objetivo, permite el acceso a servicios profesionales y de calidad.

A lo largo de toda la vida, la seguridad social proporciona a las personas acceso a servicios de salud.

Sus efectos multiplicadores se extienden a nivel macro al dinamizar la demanda y en el sistema tributario, al generar retornos en las recaudaciones. El aumento de la productividad derivado de un manejo adecuado de los riesgos, beneficia al crecimiento económico.

El sistema previsional tiene la potencialidad de reducir las desigualdades, sobre todo cuando se construye sobre pilares solidarios por sexo, edad, nivel económico y, por esta vía, a reducir los niveles de conflictividad social y mejorar la cohesión social.

En este sentido, la seguridad social como derecho está establecida en la Constitución paraguaya y en numerosos compromisos internacionales ratificados por el país. El análisis del marco jurídico indica la relevancia de este derecho en términos formales, no así en la realidad, debido a que existen numerosos obstáculos que ponen límites a la universalidad de su cobertura y a los principios de solidaridad y equidad.

Numerosos compromisos internacionales, entre los más recientes en 2015 el Acuerdo para la Acción de Addis Abeba y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incorporan lineamientos en términos del financiamiento, que debe involucrar la protección social incluyendo el pilar contributivo.

La evidencia indica que los avances han sido mínimos y no se observan cambios estructurales en los mecanismos de financiamiento, ni en el espacio fiscal, lo que obstaculiza el cumplimiento de los objetivos de dichos compromisos internacionales, así como de derechos establecidos internamente en cada uno de los países de la región.

Las bajas coberturas, las desigualdades que genera el propio sistema, la insostenibilidad fiscal, la ineficiencia, son los principales resultados de una arquitectura previsional fragmentada y segmentada y con falta de instrumentos para cubrir todas las contingencias.

El rol redistributivo del Estado, a través del sistema de seguridad social, se ve limitado por los sistemas tributarios que presentan un alto peso de impuestos indirectos, y con sistemas de incentivos que privilegian el capital y a los sectores de ingresos más altos.

Este trabajo ha presentado un análisis de la situación actual del pilar contributivo, a la luz de los retos demográficos, económicos y de género que enfrenta el país. En este apartado se presentan las conclusiones y los desafíos para lograr una cobertura universal, basado en la solidaridad y que contribuya a la equidad de la política pública.

La seguridad social contributiva se financia con las contribuciones directas de la ciudadanía, generalmente trabajadores/as y empleadores/as y con impuestos generales. Si bien este trabajo se centra en el subsistema sostenido por las contribuciones directas, los déficits actuales en algunos de los regímenes absorben una cantidad considerable de recursos tributarios y las proyecciones indican que esta situación tenderá a expandirse a otros regímenes, si no se toman medidas estructurales y de largo plazo.

Las reformas que se realicen en la seguridad social contributiva deben contribuir a su integración a un sistema universal de salud, a la conformación de un sistema de jubilaciones sostenible, equitativo y que garantice ingresos suficientes para la vejez; y a la seguridad económica de las personas a lo largo de su vida, en complementariedad al pilar asistencial de la protección social.

<p>Asistencia Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Transferencias condicionadas y sin condiciones • Programas de empleo de emergencia • Salud y educación gratuita • Subsidios: <ul style="list-style-type: none"> – Energía – Alimentos
<p>Seguridad Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro Médico • Seguros: <ul style="list-style-type: none"> – Jubilaciones – Pensiones – Desempleo – Maternidad/Paternidad – Discapacidad – Accidentes laborales – Agroclimático

Políticas e intervenciones al mercado laboral	Activa: – Entrenamiento laboral – Intermediación laboral
	Pasivas: – Beneficios de maternidad, accidentes laborales, licencias por enfermedad – Salario mínimo y condiciones laborales
Cuidado	Servicios de apoyo a la familia, apoyo al cuidado en el hogar

En los siguientes apartados se presentan los desafíos y recomendaciones que deben ser consideradas a la luz de un proceso participativo y concertado, con la aspiración de la construcción de un proyecto colectivo y de largo plazo (al menos 50 años).

Las recomendaciones parten de los siguientes principios

- Sistema de salud con cobertura universal y gratuita, basada en atención primaria.
- Derecho universal a un ingreso financiado de manera solidaria diseñado con pilares múltiples: un piso mínimo no contributivo, un pilar contributivo obligatorio y un pilar complementario (obligatorio o voluntario).

● **Desafíos**

Paraguay continuará reduciendo la tasa de dependencia hasta mediados de siglo, con lo cual existe una oportunidad para que el bono demográfico contribuya a mejorar la protección social fortaleciendo el pilar contributivo del sistema.

Las proyecciones optimistas indican que en la misma década en que se acaba el bono demográfico, se iniciará el déficit de los fondos jubilatorios del Instituto de Previsión Social. Se hace, entonces, urgente integrar en el análisis de la situación previsional a los cambios demográficos –aumento de la esperanza de vida y envejecimiento–.

El aumento del nivel educativo, la reducción de las tasas de fecundidad y las aspiraciones de autonomía económica y desarrollo profesional de las mujeres, abren la oportunidad para que ellas se integren al mercado laboral con calidad.

La incorporación de las mujeres al sistema previsional tiene múltiples desafíos en el doble objetivo de garantizar el derecho a la seguridad social y reducir la desigualdad de género.

Las bajas coberturas actuales ofrecen la oportunidad de incorporar a una amplia proporción de personas y con ello fortalecer por varias décadas el sistema previsional. Esta reducida cobertura se debe por un lado a problemas de evasión y, por otro lado, al diseño del subsistema.

La coparticipación estatal en el financiamiento es posible de impulsar considerando la baja presión tributaria, que también enfrenta problemas de evasión y de diseño para lograr mayores y más justas recaudaciones. Existe un espacio fiscal potencial que es necesario ampliar tanto por la vía de mejores recaudaciones, como por reasignaciones del gasto y el aumento de la eficiencia. Especialmente aquellas referidas a los recursos destinados al servicio civil (asignaciones familiares, subsidio de salud, seguros de salud privados), a las adquisiciones públicas (medicamentos e insumos) y a la profundización de la implementación del modelo de atención primaria.

● **Recomendaciones.** **Hacia un nuevo pacto social**

La protección social ha sido un mandato ético en todas las sociedades a lo largo de la historia, sin el cual la especie no habría sobrevivido. La seguridad social contributiva es parte fundacional del contrato social, que busca una solución colectiva a un problema común.

La sociedad paraguaya siempre estuvo de acuerdo con esto, por eso desde el siglo pasado cuenta con normas positivas al respecto, pero incompletas y excluyentes. Hoy debe consensuar una **política de seguridad social integrada al sistema de protección social**, que incorpore una inclusión progresiva hasta lograr universalidad, los instrumentos necesarios para enfrentar todas las contingencias a lo largo del ciclo de vida, teniendo en cuenta las desigualdades territoriales, étnicas y de género.

Este esfuerzo debe realizarse de la mano de una **amplia participación social, difusión y aprendizaje** sobre la relevancia de esta política. A continuación, se presentan algunos lineamientos para contribuir al debate.

Diseño e implementación

1. **Integrar las intervenciones actuales** para reducir la fragmentación y segmentación del actual subsistema.
2. **Incorporar instrumentos para todas las contingencias** (seguro de desempleo, seguro agroclimático, entre otros), enfrentando los vacíos de cobertura de poblaciones, las contingencias y las desigualdades.
3. **Diseñar e implementar un sistema universal de salud** definiendo y explicitando las garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera en materia sanitaria, tanto para el Ministerio de Salud como para el Instituto de Previsión Social. De manera a dar transparencia a la ciudadanía y un instrumento claro para el proceso de financiamiento (asignación de recursos y contrataciones públicas).
4. **Universalizar la atención primaria de calidad**, incluyendo al IPS, como puerta de entrada al sistema de salud, para reducir los obstáculos que todavía persisten y mejorar la eficiencia a través de un modelo preventivo y promocional de la salud.
5. **Diseñar e implementar un sistema previsional de jubilaciones y pensiones de carácter solidario**, que integre al menos 3 componentes: una pensión mínima universal no contributiva, un seguro obligatorio y de beneficios definidos, financiado mediante las cotizaciones de los empleadores y los trabajadores, y un componente contributivo complementario de ahorro personal voluntario; vinculado al componente 2 (posibilidad de aumentar el aporte) o administrado en el sector privado de pensiones bajo el principio de competencia del mercado y condicionado a la regulación gubernamental.
6. **Mejorar sustancialmente el sistema de incentivos** de manera a aumentar la cobertura por vías no coercitivas:
 - Los regímenes parciales que solo incluyen jubilación pueden constituir una limitación para la formalización, teniendo en cuenta que parte del incentivo está en el aseguramiento de la salud.

- Garantizar la portabilidad e integración de todos los regímenes, incluyendo las cajas mutuales o la devolución de aportes por parte del IPS, en caso de la imposibilidad de continuar aportando.
 - Reducir costos, burocracia y tiempo de los trámites relacionados a la seguridad social.
 - Aumentar el costo de la violación de las normas, dado que actualmente el bajo costo de las multas incentiva el incumplimiento.
7. El **enfoque de género** debe ser incorporado para evitar que las desigualdades de género se profundicen con la seguridad social. Reconocer económicamente las contribuciones no remuneradas de las mujeres, tanto para el caso de las que cumplen con los dos roles: trabajo remunerado y no remunerado, como para las que no tienen trayectoria laboral remunerada porque se dedicaron en exclusividad al trabajo no remunerado.
8. La **política laboral y la de cuidados deben integrarse a la política de seguridad social**:
- Redistribuir la carga de trabajo no remunerada, para evitar que las mujeres se ubiquen en condiciones de desigualdad en el mercado laboral. Si bien la política de seguridad social no soluciona fallas del mercado, tiene un rol redistributivo.
 - Mejorar la inserción laboral y la productividad de manera a aumentar la incorporación al sistema de seguridad contributivo.
 - Mejorar el sistema de formación laboral y profesional para garantizar un aprendizaje a lo largo de la vida y, de esa manera, reducir los riesgos de desempleo y las consecuencias negativas de las salidas y posteriores entradas al mercado laboral.
9. **Fortalecer el rol regulatorio y fiscalizador del Estado**
- Crear una entidad centralizada que se ocupe de la supervisión y la regulación del sistema de jubilaciones y pensiones de manera a garantizar seguridad y rentabilidad de los fondos y la estabilidad del sistema financiero.
 - Fortalecer el rol de rectoría del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para impulsar la integración del subsistema de salud, reducir ineficiencias, ampliar la cobertura hacia los sectores más excluidos y mejorar la calidad de la atención.

- Mejorar los mecanismos de control y fiscalización para reducir la evasión en la seguridad social sin que ello implique trasladar a los titulares los costos económicos y de oportunidad.
- Incorporar instrumentos para eliminar el tráfico de influencia, el conflicto de interés y la circulación público-privada y garantizar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas que permitan a la ciudadanía ejercer su derecho a la auditoría social.

10. Acordar con todos los sectores involucrados un plan con proyección a 50 años de cobertura universal que incluya reformas paramétricas y la convergencia en las prestaciones de todos los regímenes, tanto de IPS como de la Caja Fiscal.

- Reformas paramétricas: La heterogeneidad en los parámetros existentes en el pilar previsional de ingresos –porcentaje de aporte, edad de jubilación, los periodos de cotización, del periodo de cálculo de la base reguladora y las tasas de reemplazo y otras prestaciones ofrecidas– no solo no contribuyen al rol redistributivo de la política de seguridad social, sino que profundizan las desigualdades económicas y conducen a la insostenibilidad financiera. Es urgente una reforma que considere la dinámica demográfica y la sostenibilidad a largo plazo del sistema.
- Garantizar la asequibilidad de las contribuciones a trabajadores/as de ingresos bajos, empleadores en MIPYMES, la agricultura familiar, las mujeres y jóvenes. Una de las medidas es modificar el criterio de salario mínimo como base para el cálculo del aporte ya que es relativamente alto para la mayoría de los trabajadores que están actualmente fuera del sistema previsional.
- Flexibilizar el cálculo de los aportes teniendo en cuenta, no solo el nivel de remuneración, sino también la volatilidad o estacionalidad de los ingresos.
- Reincorporar trabajadores/as que ya han cotizado.
- Definir la obligatoriedad de la cotización para jubilaciones, tanto de trabajadores independientes privados como de contratados del sector público.

Gestión de la información, transparencia, rendición de cuentas

1. **Digitalizar el sistema** de manera a mejorar los mecanismos de control y fiscalización y reducir costos tanto para el sector público como para los titulares del derecho.
2. **Implementar un sistema de información** que garantice su actualización permanente e interactúe con otros sistemas del sector público, de manera a contar con información sistemática que facilite el cruce de información. Los sistemas de información deben integrar a por lo menos 3 instituciones: Ministerio de Hacienda, incluyendo la Subsecretaría de Tributación, el Instituto de Previsión Social, el Ministerio del Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS).
3. **Todas las instituciones deben integrar sus datos en un sistema único** que no solo incluya los recursos financieros, sino también los registros administrativos de aportantes y titulares de los beneficios.
4. **Garantizar la rendición de cuentas** desde el sector público y la auditoría ciudadana, a través de información accesible y actualizada (en tiempo real) y *on line* de:
 - Precios y costos de servicios de salud financiados con fondos públicos, tanto de la Administración Central como de entes descentralizados, gobernaciones, municipios y entes binacionales.
 - Evaluaciones de costo-eficiencia de los servicios de salud tercerizados con el sector privado y con fondos públicos.
 - Uso de la deuda para financiar la función salud.
 - Gasto de bolsillo en salud incorporando el módulo en la encuesta de hogares al menos cada dos años.
 - Vincular el sistema de contrataciones públicas con el sistema presupuestario para el seguimiento ciudadano de los contratos y su ejecución presupuestaria.
5. **Acelerar el proceso de presupuestación por resultados**, garantizando la provisión de información oportuna y de calidad a la ciudadanía, lo cual implica mantener la estructura presupuestaria que permita el seguimiento.

Financiamiento

- 1. Crear un fondo público que garantice un pilar universal de protección social en ingresos** y que complemente el aporte de colectivos que no pueden financiar de manera completa su contribución jubilatoria, como las mujeres de dedicación exclusiva al trabajo no remunerado, las personas que no ganan salario mínimo o de bajos ingresos, las pérdidas de aporte por interrupciones de las mujeres por maternidad, las personas con discapacidad, entre otros.
- 2. Diseñar un Plan de inversión de los fondos previsionales** que incluya reglas claras y transparentes. El objetivo es movilizar de manera eficiente el ahorro nacional garantizando la seguridad y rentabilidad de los recursos, así como la estabilidad del sistema financiero.
- 3. Diseñar y poner a consideración de la ciudadanía un monotributo** que se integre al fondo de jubilaciones y complemente el aporte estatal. El aporte debe ir acompañado de una fuerte campaña de concientización sobre el derecho a un ingreso en la vejez.
- 4. Fomentar el diseño de productos financieros para ofrecer planes de ahorros privados**
 - Regular el mercado financiero para garantizar seguridad y rentabilidad.
 - Mejorar la información al consumidor y la protección de este para aumentar la confianza de los trabajadores.
- 5. Crear un fondo de salud para el financiamiento del sistema universal de salud** que garantice la protección financiera teniendo como pilar fundamental la solidaridad, e integre los múltiples fondos públicos existentes para reducir la ineficiencia y promover la universalidad.
- 6. Incorporar progresivamente en el IPS a los funcionarios públicos y redireccionar los recursos públicos dirigidos a financiar seguros privados, hacia dicha institución** para aumentar eficiencia, sostenibilidad y cobertura de salud durante la vida laboral y en el retiro.
- 7. Modificar el sistema de contrataciones públicas** de manera a eliminar sobrefacturaciones, tráfico de influencia y colusión empresarial en las compras de salud.

8. Crear el espacio fiscal para alimentar los fondos de salud y de jubilaciones de personas que no logran acumular para garantizar la suficiencia de un ingreso en la vejez:

- Progresividad del impuesto a la renta personal.
- Impuesto al patrimonio o a las grandes riquezas.
- Reducción de los beneficios tributarios –deducciones y exoneraciones– al impuesto a la renta personal, al capital extranjero y a las grandes empresas.
- Aumento de las tasas a bienes dañinos para la salud y que tienen costos para la política sanitaria: tabaco, alcohol, comida chatarra, bebidas gaseosas.
- Reducción de la evasión y elusión de los grandes contribuyentes, incluyendo las empresas multinacionales que utilizan la manipulación de precios de transferencia.
- Impuesto inmobiliario: reducir la evasión y transitar hacia la convergencia entre el valor fiscal y el valor de mercado de las propiedades.

9. Fortalecer la evaluación periódica de todos los componentes, resultados y procesos de la política de seguridad social:

- Costo-eficiencia de todos los recursos destinados a tercerizaciones de servicios públicos de salud hacia el sector privado.
- Análisis actuariales de los fondos jubilatorios.
- Gasto de bolsillo.
- Gasto tributario en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, M. C. (2005). *Exclusión, protección social y el derecho a la salud*. OPS/OMS.
- Adams, Z., y Deakin, S. (2014). Institutional Solutions to Precariousness and Inequality in Labour Markets. *British Journal of Industrial Relations*, 52, 779-809. <https://doi.org/10.1111/bjir.12108>
- Alemán Díaz, G. y Morales Ortega, R. (2009). *Principios y fundamentos de la Seguridad Social*. Universidad Autónoma de Sinaloa. Facultad de Economía, UNAM. <https://www.medigraphic.com/pdfs/aapaunam/pa-2009/pa091o.pdf>
- Alzúa, M. L. y Cicowiez, M. (2018). El Valor del Trabajo Doméstico y de Cuidado No Remunerado en Argentina, Blog del CEDLAS. Disponible en: <https://www.cedlas.econo.unlp.edu.ar/wp/el-valor-del-trabajo-domestico-y-de-cuidado-no-remunerado-en-argentina/>
- Amarilla, J. (2002). *Derecho a la seguridad social: el estado del derecho a la seguridad social en Paraguay*. CODEHUPY.
- Andino, C. (2020). *Licitaciones públicas colusorias y los efectos perniciosos para la economía nacional. El caso de Paraguay. Parte I*. <https://lalibrecompetencia.com/2020/07/28/licitaciones-publicas-colusorias-y-los-efectos-perniciosos-para-la-economia-nacional-el-caso-de-paraguay/>
- Asamblea General de la ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A). Paris.
- Badhuri, A. (2011) *Repensar la Economía Política*. Manantial.
- Banco Central del Paraguay (2021). *Anexo estadístico del informe económico*. Recuperado octubre de 2021, de <https://bcp.gov.py/anexo-estadistico-del-informe-economico-i365>
- Banco Central del Paraguay (2021). *Boletín estadístico*. Recuperado octubre de 2021, de <https://www.bcp.gov.py/boletines-estadisticos-i62>

- Banco Mundial (2018). *Paraguay. Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud. World Bank.*
- Banco Mundial (2021a). *La Mujer, la Empresa y el Derecho.* Banco Mundial. doi: 10.1596/978-1-4648-1652-9
- Banco Mundial (2021b). *Datos de libre acceso del Banco Mundial.* Recuperado en agosto de 2021, de <https://data.worldbank.org/>
- BCP (2021). *Informe de Política Monetaria, junio 2021.* Banco Central del Paraguay. Recuperado de <https://www.bcp.gov.py/informe-de-politica-monetaria-junio-2021-i1182>
- Bedoya Silva-Santisteban, A. y Bedoya Garland, E (2005) *Servidumbre por Deudas y Marginación en el Chaco de Paraguay.* Oficina Internacional del Trabajo
- Beccaria, L. y Maurizio, R. (2014). Hacia la protección social universal en América Latina: Una contribución al debate actual. *Problemas del desarrollo*, 45 (177), 37-58.
- Benítez, G. (2017). *Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales Resultados.* CADEP. www.cadep.org.py/2017/06/paraguay-distribucion-del-gasto-en-salud-y-gastos-de-bolsillo-principales-resultados/
- Beveridge, W. H. (1942). *Social Insurance and Allied Services.* The MacMillan Company.
- BID (2017). *Las micro pequeñas y medianas empresas en Paraguay: caracterización del sector y análisis de los principales aspectos que limitan su desarrollo.* Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Bhoola, U (2017) *Relatoría Especial sobre formas contemporáneas de esclavitud, incluyendo sus causas y consecuencias.* Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21903&LangID=S>
- Borda, D. y Caballero, M. (2020) *Crecimiento y Desarrollo en Paraguay.* CADEP.
- Butler, J. (2006). *Vida Precaria: El poder del Duelo y la Violencia.* Paidós
- Carrizosa, A. (2014). La gestión pública en salud. Algunas reflexiones críticas sobre el periodo agosto 2013-agosto 2014. *Debate Revista digital de políticas públicas* (4).
- CAS (2016). *Políticas públicas de gestión de riesgo agropecuario en los países del CAS.* Consejo Agropecuario del Sur (CAS).
- Casalí, P. y Velásquez, M. (2016). *Paraguay. Panorama de la protección social: diseño, cobertura y financiamiento.* Organización Internacional del Trabajo.
- Casalí, P., Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2017). *Paraguay: Protección social en salud. Reflexiones para una cobertura amplia y equitativa.* Santiago. Organización Internacional del Trabajo.
- Casalí, P., Vezza, E., Sanabria D. y Recalde M. (2018). *Segmentos críticos de la informalidad laboral en Paraguay* (Nº 6). Organización Internacional del Trabajo. Disponible en:

- https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_637133.pdf
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Castel, R. (2004). *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Editorial Manantial.
- Cecchini, S. (compilador). (2019). *Protección social universal en América Latina y el Caribe Textos seleccionados 2006-2019*. Santiago de Chile. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44995/4/S1900962_es.pdf
- Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R., y Rossel, C. (2015). *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización*. CEPAL.
- Cecchini, S., y Martínez, R. (2011). *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*. CEPAL.
- CELADE - División de Población de la CEPAL y Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). *World Population Prospects, 2019*, edición online.
- CEPAL (2021) *Cepalstat Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas*. Recuperado en agosto de 2021, de <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/Portada.html>
- CEPAL (2016). *Panorama Social*. Santiago de Chile
- CEPAL (2007). Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe Quito, Ecuador, 6 al 9 de agosto de 2007. Consenso de Quito. Disponible en: <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/consensodequito.pdf>
- Cetrángolo, O. y Goldschmit, A (2009). Metodología, experiencia comparada y recomendaciones. En O. Cetrángolo (Ed.). *La seguridad social en América Latina y el Caribe: Una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia* (pp. 9-37). CEPAL.
- Choudary, S. P. (2018). *The architecture of digital labour platforms: Policy recommendations on platform design for worker well-being*. International Labour Organization.
- Cid Pedraza, C., Pagano, J. P., Pescetto, C., y Prieto, L. (2019). Espacio fiscal para el financiamiento sostenible de los sistemas de salud y la salud universal. *Rev Panam Salud Publica* 2018, 42, 197. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.197>
- CIF-OIT, Centro Internacional de Formación (2015). *Transición a la economía formal en América Latina y el Caribe, Foro Regional de Intercambio de Conocimientos para los Países de América Latina y el Caribe*. CIF-OIT.
- Commonwealth of Australia (2014). *Social protection and growth: Research synthesis*. Overseas Development Institute.
- Constitución Nacional Paraguaya (1992).

- Contraloría General de la República (CGR) (2020). *Auditoría combinada a la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Empleados de Bancos y afines (CJPEBA)*. Recuperado en octubre de 2021 de, <https://www.contraloria.gov.py/index.php/actividades-de-control/informes-de-auditoria/file/27495-informe-final-res-cgr-n-843-18-articulo-1-numeral-21-auditoria-combinada-a-la-caja-de-jubilaciones-y-pensiones-de-empleados-de-bancos-y-afines-cjpeba>
- Decidamos (2021). ¿Son las Unidades de Salud de la Familia (USF) parte de la respuesta a la pandemia por COVID-19? <https://www.decidamos.org.py/wp-content/uploads/2021/03/Resumen-¿Son-las-USF-parte-de-la-respuesta-.pdf>
- Decreto N° 1434 por el cual se reglamenta el artículo 7° de la Ley N° 2.051/2003 “de Contrataciones Públicas”.
- Decreto N° 3456/20, del 16 de marzo, por el cual se declara Estado de Emergencia Sanitaria en todo el territorio nacional para el control del cumplimiento de las medidas sanitarias dispuestas en la implementación de las acciones preventivas ante el riesgo de expansión del coronavirus (covid-19). Asunción.
- Decreto N° 4.041 del 9 de septiembre de 2020. Por el cual se reglamenta el régimen de jubilaciones del sector de magistrados judiciales.
- Decreto 8841/2012 del 3 de mayo, que establece los requisitos a ser exigidos por el Instituto de Previsión Social para la inscripción de los Cónyuges en el Seguro Social y la extensión de cobertura a los padres mayores de 60 años de edad, económicamente dependientes del titular.
- Decreto N° 7.833/11 que autoriza la implementación de la red integrada de servicios de salud (RISS), mediante las redes sanitarias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y del Instituto de Previsión Social.
- Decreto N° 4392/2010 del 19 de mayo de 2010, por el cual se reglamenta la Ley N° 3.856/09 “que establece la acumulación del tiempo de servicios en las cajas del sistema de jubilaciones y pensiones paraguay, y deroga el artículo 107 de la Ley N° 1.626/00 “de la función pública”.
- Decreto 14390/1992, por el cual se aprueba el reglamento general técnico de seguridad, higiene y medicina en el trabajo.
- Decreto N° 20553 por la cual se reglamentan los artículos 31 y 33 de la Ley N° 1032/96 que establecen la Superintendencia de Salud como organismo técnico de control y supervisión del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Decreto N° 9606/2012 - por el cual se reglamenta la Ley N° 4199, del 13 de diciembre de 2010 “que establece el seguro social para músicos, autores, compositores y cultores del arte en general sin relación de dependencia”.

- Decreto-Ley N° 103 / 1956, por el cual se aumentan las cuotas patronales previstas en el artículo 17° inc. b) del Decreto-Ley N° 1.860 del 10% al 11% de salario de sus trabajadores y se destina el 1% de los salarios abonados al Instituto de Previsión Social como imposición patronal, al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Decreto - Ley N° 1860/1950 - Por el cual se modifica el decreto ley N° 17.071, del 18 de febrero de 1943, de creación del Instituto de Previsión Social.
- Decreto - Ley 18071/1943 del 18 de febrero de 1943, Que crea el Instituto de Previsión Social.
- Decreto - Ley N° 4490/1941, del Ahorro Obligatorio para los Empleados de carácter permanente.
- Development Pathways (2021). *Investments in social protection and their impacts on economic growth*. <https://www.ituc-csi.org/investments-in-social-protection?lang=en>
- Díaz-Tendero Bollain, A. (2017). Pensiones y estratificación social en América Central y las Antillas Mayores. *Latinoamérica. Revista de estudios Latinoamericanos*, (65), 195-226. <https://doi.org/10.22201/cialc.24486914e.2017.65.56842>
- Dini, M. y Stumpo G. (2020). *Mipymes en América Latina: un frágil desempeño y nuevos desafíos para las políticas de fomento*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2020). *Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000, 2005, 2010, 2014, 2015, 2016, 2017*. <https://www.ine.gov.py/microdatos/>
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2016). *Dinámica socio-demográfica de los hogares. Período 1992-2012*
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, DGEEC. (2018) *Población Indígena. Principales Resultados. Encuesta Permanente de Hogares 2016 y 2017*.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, DGEEC. (2019a). *Encuesta Permanente de Hogares. Microdatos*.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, DGEEC. (2019b) *Condiciones de vida 2008-2019*.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, DGEEC. (2020). *Principales Resultados de Pobreza Monetaria y Distribución de Ingresos*.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, DGEEC. (2020). *Encuesta de Uso del Tiempo (EUT), 2016*. Recuperado el 1 de octubre de 2021 de: <https://www.ine.gov.py/publication-single.php?codec=Mjk=>
- DNCP. *Buscador de contratos*. <https://www.contrataciones.gov.py/buscador/contratos.html>

- Dullak, R., Rodríguez-Riveros, M. I., Bursztyn, I., Cabral-Bejarano, M. S., Ruoti, M., Paredes, M. E., Wildberger, C. y Molinas, F. (2011). Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6).
- Ellingstaeter, A. L. (1999). Dual breadwinners between state and market, Restructuring Gender Relations and Employment. En R. Crompton (Ed.), *The Decline of the Male Breadwinner*. Oxford University Press.
- Everett, C. (2015). *Will the sharing economy strike the right legal balance between empowering and exploiting workers?* Diginomica. <https://diginomica.com/will-the-sharing-economy-the-ubers-and-lyfts-of-the-world-strike-the-right-legal-balance-between-empowering-and-exploiting-workers>
- Fajardo Cribillero, M. (2001). Sentido de la Protección y Seguridad en sus Raíces. *Docentia et Investigatio*, 3(4), 121–124. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/derecho/article/view/10876>
- FAO (2018). *Seguros agrícolas para la agricultura familiar en América Latina y el Caribe - Lineamientos para su desarrollo e implementación*. <https://www.fao.org/3/CA1484ES/ca1484es.pdf>
- FINAGRO (2019). *Evolución del Seguro Agropecuario. Periodo 2008-2018*. Fondo para el financiamiento del sector agropecuario (FINAGRO).
- Fineman, M. & Grear, A. (2013). *Vulnerability. Reflections on a New Ethical Foundation for Law and Politics*. 1st Edition.
- Fineman, M. (2008). The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition. *Yale Journal of Law & Feminism*, 20(1).
- FMI (2017). Informe del país No. 17/234. Paraguay temas relacionados, julio de 2017. Preparado por Geoffrey Keim. International Monetary Fund. Washington, D.C. 20090.
- Fogel, R. (2019). Efectos socio ambientales del modelo neo extractivista de desarrollo. Cuadernos de Investigación 5. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Sede Paraguay. Disponible en: <https://www.flacso.edu.py/wp-content/uploads/2019/08/5.-Publicaciones-FLACSO-Fogel.pdf>
- Fonseca, A. (s.f.). *Los sistemas de protección social en América Latina: Un análisis de las transferencias monetarias condicionadas*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Franco Mancuello, S. (2017). *Judicialización de políticas y justicia constitucional en Paraguay* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Asunción].
- Franco, Á., Mejía O., L. M. (2008). La protección social y los derechos ciudadanos en América latina: una revisión narrativa. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 26 (2), 226. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v26n2/v26n2a13.pdf>
- Franks, J.R., Mercer-Blackman, V., Sab, R. y Benelli, R. (2005). *Paraguay: Corruption, Reform, and the Financial System*. International Monetary Fund.

- Gaete, R. (2017). *Financiamiento de la Cobertura Universal de Salud en el Paraguay*. Paraguay Debate - CADEP. <http://paraguaydebate.org.py/wp-content/uploads/2017/12/Nota-de-Politica-Salud.pdf>
- Gaete, R. (2021). Financiamiento y sostenibilidad del fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema de salud paraguayo para hacer frente al COVID-19. *Academic Disclosure*, 2(1), 97–110. Recuperado a partir de <https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/1366>
- Galasso, V. & Profeta, P (2002). “*The political economy of social security: a survey*,” *European Journal of Political Economy*, Elsevier, vol. 18(1), pages 1-29, March.
- Gasparini, L. Marchionni, M. (2015). La participación laboral femenina en América Latina: avances, retrocesos y desafíos. En *Documentos de Trabajo del CEDLAS*; no. 185. Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales (CEDLAS).
- Gautié, J. (2004) Repensar la articulación entre el mercado del trabajo y la protección social en el postfordismo. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 22(1), 147-184.
- Gillespie, T. (2015). Platforms Intervene. *Social Media + Society April-June*. https://www.researchgate.net/publication/276460659_Platforms_Intervene
- Giménez Caballero, E., Ocampos, G., Rodríguez, J. C., Araujo, J. M., & Peralta, N. (2019). Gastos empobrecedores de salud: un desafío para la cobertura universal de salud en el Paraguay. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 52(1), 33-42.
- Giménez Caballero, E., Rodríguez, J. C., Ocampos, G., & Flores, L. (2017). Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 15(3), 64-72. [https://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015\(03\)64-072](https://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015(03)64-072)
- Giménez, E. (2012). *Introducción al sector salud del Paraguay. Una aproximación conceptual y metodológica para el análisis sectorial*. Instituto Desarrollo.
- Giménez, E. (2011). La verdad sobre 3 mentiras sobre el tabaco y 3 acciones para controlar su consumo en Paraguay. Conferencia del Dr. Edgar Giménez C. Manzana de la Rivera. Asunción, Paraguay. 31 de mayo de 2011. Día Mundial sin Tabaco. <http://www.desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publications/12-10-2015-11-04-17-840388900.pdf>
- Giménez, E., Amarilla, M., Brítez A., Rodríguez, J.C., Flores L., Peralta, N. (2021). Asociación entre gastos de bolsillo de salud y pobreza utilizando datos de la Encuesta Permanente de Hogares en Paraguay en el 2014. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 19(1), 18-30. <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v19n1/1812-9528-iics-19-01-18.pdf>
- Giménez, L., Lugo, M. A., Martínez, S., Colman, H., Galeano, J. J., y Farfan, G. (2017). *Paraguay: Análisis del sistema fiscal y su impacto en la pobreza y la equidad*. Tulane University, Department of Economics. <http://documents.worldbank.org/curated/en/168961525857290194/pdf/CEQ.pdf>

- Giullari, S., & Lewis, J. (2005). *The adult worker model family, gender equality and care*. United Nations Research Institute for Social Development.
- Gómez, C. y Escobar, R. (2021). *Alcance de la Salud Pública en Paraguay y sus desafíos. ¿Cómo es el sistema de salud (SNS) de Paraguay?* Documento3. Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP).
- Gómez, C. y Guillén, C. (2018). Acceso a servicios de salud y equidad tributaria. En *Fiscalidad para la Equidad Social-Tomo 2*. Campaña por la expresión Ciudadana (DECIDAMOS), Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP), a través de Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y su programa PROCIENCIA.
- González, C. y Ramírez, J. (2011). *Comportamiento del Empleo e Ingresos en el Paraguay: Análisis de una Década (1997-2008)*. CADEP.
- Huenchuan, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: La hora de avanzar hacia la igualdad*. CEPAL.
- Ibarra, G., Vullingsh, S. y Burgos FJ. (2021). *Panorama Digital de las Micro, Pequeñas y Medianas Empresas (MiPymes) de América Latina 2021*. GIA Consultores.
- Ímas, V. (2021). *El seguro de desempleo y el Fondo de contingencia agroclimática para la agricultura familiar (FOCAF)*. CADEP.
- Ímas, V. (Coord.) (2020). *Agricultura familiar campesina. riesgos, pobreza, vulnerabilidad y protección social*. Centro de Estudios de la Economía Paraguaya (CADEP), PROCIENCIA, Consejo nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).
- Instituto mexicano de Seguro Social (MSS) (s.f.). *Descripción del servicio de guardería*. https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/6521.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021). Encuesta Permanente de Hogares (EPH-2019). Paraguay.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2020). *Ocupación Informal no Agropecuaria 2015-2020*. Paraguay. https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/documento/2079_BOLETIN%20Ocupaci%C3%B3n%20Informal_EPH%202015-2020.pdf
- INEGI (2019). Cuenta Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares 2018. Boletín de prensa. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/StmaCntaNal/CSTNRH2019.pdf>
- Instituto de Previsión Social (IPS) (2021). *Histórico de Convenios del IPS*. <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1613146951.pdf>
- Instituto de Previsión Social (IPS) (s.f.). *Anuario Estadístico Institucional 2019*. <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1607599089.pdf>
- Instituto de Previsión Social (IPS) (s.f.). *Anuario Estadístico Institucional 2016*. <http://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1513090445.pdf>

- Instituto de Previsión Social (IPS) (2013). *Carta orgánica de IPS*. Disponible en: [http://digesto.senado.gov.py/archivos/file/ley%20IPS%20texto%20odenado\(1\).pdf](http://digesto.senado.gov.py/archivos/file/ley%20IPS%20texto%20odenado(1).pdf)
- Instituto de Previsión Social (IPS) (2018). Estudios y Proyecciones Actuariales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 2018 - 2100 del Instituto de Previsión Social. Informe Actuarial – Año 2018. Asesoría Actuarial Instituto de Previsión Social. Asunción. Disponible en: <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1558967628.pdf>
- Instituto de Previsión Social (IPS) (2015). Estudios y Proyecciones Actuariales del Régimen de Jubilaciones y Pensiones 2015 - 2100 del Instituto de Previsión Social. Informe Actuarial – Año 2015. Asesoría Actuarial Instituto de Previsión Social. Asunción. Disponible en: <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1507818875.pdf>
- Izquierdo, A., Pessino, C., y Vuletin, G. (2018). *Mejor gasto para mejores vidas: Cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos*. BID. <https://flagships.iadb.org/es/DIA2018/Mejor-Gasto-para-Mejores-Vidas>
- Kaye, M. (2006) *Formas contemporáneas de esclavitud en Paraguay*. *Anti-Slavery International* http://www.antislavery.org/includes/documents/cm_docs/2009/s/spanish_paraguay_report_06.pdf
- Lachi, M. (2011). *Condicionantes Político-Institucionales del Trabajo Decente en Paraguay*. Centro de Estudios y Educación Popular Germinal.
- Lachi, M. (2016). *El diálogo social en Paraguay*. Centro de Estudios y Educación Popular Germinal.
- Lachi, M. y Rojas Scheffer, R. (2016). El diálogo social tripartito en Paraguay: 25 años de intentos y escasos éxitos. *Revista Novapolis*. 10, 115-138. Arandurá Editorial.
- Larraín, G., Viteri, A. y Zucal, J. I. (2013). *Análisis actuarial y de gobernanza de la Caja Fiscal y Caja Bancaria y apoyo a propuesta de ley de inversiones*. Ministerio de Hacienda del Paraguay.
- Larraitz Lexartza, M. J. C. y Carcedo, A. (2016). *Políticas de formalización del trabajo doméstico remunerado en América Latina y el Caribe*. OIT. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. FORLAC.
- Las construcciones en Paraguay representan 6,6% de la economía (11 de octubre de 2020). Diario La Nación versión En línea. Recuperado de: https://www.lanacion.com.py/negocios_edicion_impresa/2020/10/11/las-construcciones-en-paraguay-representan-66-de-la-economia/
- Layard, R. (2005). *La Felicidad*. Taurus.

- León Corona, B. (2006). La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido? *Política y cultura*, (26), 267-270. Recuperado en 02 de septiembre de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422006000200014&lng=es&tlng=es.
- Lerner, G. (1985). *La creación del patriarcado*. Editorial Crítica.
- Lexarda, L.; María J. Ch. y Carcedo A. (2016). Políticas de formalización del trabajo doméstico en América Latina. Red de Desarrollo Social de América Latina y el Caribe.
- Ley N° 12/2021- Que modifica el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, para garantizar los derechos laborales de las personas dedicadas al reparto en el ámbito de plataformas digitales. España.
- Ley N° 6.508/2020 - Que modifica los artículos 36 y 37 del Decreto-Ley N° 1860/1950 “Por el cual se modifica el Decreto-Ley N° 17071, del 18 de febrero de 1943. “De creación del Instituto de Previsión Social”.
- Ley N° 6.469/2020- Aprueba el Presupuesto General de la Nación para el Ejercicio Fiscal 2020. Clasificador presupuestario.
- Ley N° 6.480/2020 - Que crea la empresa por acciones simplificadas.
- Ley N° 6.338/2019 “Que modifica el artículo 10 de la ley N° 5407/2015 “Del Trabajo Doméstico”.
- Ley N° 6.339/2019 - Que Regula el Empleo a Tiempo Parcial.
- Ley N° 6.380/2019 - De modernización y simplificación del sistema tributario nacional.
- Ley N° 6.258/2019- Que aprueba el Presupuesto General de la Nación para el Ejercicio fiscal 2019.
- Ley N° 6.112/2018 Del fondo de Jubilaciones y Pensiones para miembros del Poder Legislativo de la Nación.
- Ley N° 5.819/2017 - Que modifica los artículos 7o y 8o de la Ley N° 4838/12 «que establece la política automotriz nacional» y destina los recursos al hospital del trauma, al servicio de emergencias médicas extrahospitalarias y al ministerio de educación y ciencias.
- Ley N° 5.741/2016 - 24 de noviembre de 2016. Que establece un sistema especial de beneficios del sistema de seguridad social (IPS) a los microempresarios.
- Ley N° 5.669/2016 del 6 de octubre de 2016. Fomenta el espíritu y la cultura emprendedora en todos los estamentos educativos del país.
- Ley N° 5.656/2016 del Fomento de la Cultura Emprendedora.
- Ley N° 5.741/2016 - Que establece un sistema especial de beneficios del sistema de seguridad social (IPS) a los microempresarios.
- Ley N° 5.628/2016 del 29 de julio, Que crea el fondo de garantía para las micro, pequeñas y medianas empresas.

- Ley N° 5.508/2015 - 29 de octubre, de Promoción, protección de la maternidad y apoyo a la lactancia materna.
- Ley N° 5.407/2015 - Del Trabajo Doméstico.
- Ley N° 5.508/2015- Que tiene como fin proteger y apoyar la lactancia materna.
- Ley N° 5.555/2015 - Que modifica la Ley N° 4.370/11 “Que establece el seguro social para docentes dependientes de instituciones educativas privadas”.
- Ley N° 5.062/2013 - Crea el servicio de atención a la salud del personal de la Policía Nacional.
- Ley N° 4.933/2013 – 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.
- Ley 5.115/2013 - Que crea el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS).
- Ley N° 4.457/2012 - Para las micro pequeñas y medianas empresas (MIPYMES).
- Ley N° 4.758/2012 - Que crea el Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo (FONACIDE) y el fondo para la excelencia de la educación y la investigación.
- Ley N° 4.290/2011 - 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° 1860/50 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.
- Ley N° 4.370/2011 - Que establece el seguro social para docentes dependientes de instituciones educativas privadas.
- Ley N° 4.392/2011 - Que crea el Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud (FONARESS).
- Ley N° 4.426/2011 - Que establece un haber mínimo jubilatorio y de pensiones para los asegurados del Instituto de Previsión Social.
- Ley N° 4.252/2010 - Que modifica los artículos 3°, 9° y 10° de la ley N° 2.345/03 De reforma y sostenibilidad de la caja fiscal. Sistema de jubilaciones y pensiones del sector público.
- Ley N° 4.199/2010 - Que establece el seguro social para músicos, autores, compositores y cultores del arte en general sin relación de dependencia.
- Ley N° 4.223/2010 - Que Aprueba el Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social.
- Ley N° 4.310/2010 - Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social. Permite la acumulación de los períodos cotizados en distintos Estados Partes

- Ley N° 3.856/2009 “Que establece la acumulación del tiempo de servicios en las Cajas del Sistema de Jubilaciones y Pensiones Paraguayo, y deroga el Artículo 107 de la Ley N° 1626/2000 “De la Función Pública”, y su Decreto N° 4392 del 19 de mayo de 2010, que establece beneficios a prorrata tempore.
- Ley N° 3.728/2009 - “Que establece el derecho a la pensión alimentaria para las personas adultas mayores”.
- Ley N° 3.515/2008 - Que autoriza la incorporación al seguro social del Instituto de Previsión Social de los funcionarios y contratados del Ministerio público y de los jubilados que hayan prestado servicios en dicha repartición.
- Ley N° 3.404/2007 – Que modifica artículo de la ley que establece el derecho al beneficio de jubilaciones y pensiones complementarias a cargo del IPS.
- Ley N° 2.319/2006 -10 de setiembre. Que establece las funciones y competencias de la Superintendencia de Salud.
- Ley N° 2.345/2003. De reforma y sostenibilidad de la caja fiscal. Sistema de jubilaciones y pensiones del sector público.
- Ley N° 2.051/2003, del 23 de enero, de Contrataciones Públicas.
- Ley N° 2.263/2003 – Que modifica parcialmente la Ley N° 98/92, que establece el régimen unificado de jubilaciones y pensiones y modifica las disposiciones del Decreto Ley N° 1.860/50, aprobado por la Ley N° 375/56 y las leyes complementarias N° 537, de fecha 20 de setiembre de 1958, 430, de fecha 28 de diciembre de 1973 y 1.286, de fecha 4 de diciembre de 1987.
- Ley N° 2311/2003 - Aprueba prórroga de vigencia de la Ley sobre aporte patronal
- Ley N° 1.680/2001 - Código de la Niñez y Adolescencia.
- Ley N° 1.725/2001 - Que Establece el Estatuto del Educador.
- Ley N° 1.652/2000 - Que crea el Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral.
- Ley N° 1.626/2000 de la Función Pública.
- Ley N° 1.398/1999 - Que declara obligatorio incorporar al régimen de asistencia médica del Instituto de Previsión Social a los docentes jubilados de todo el país.
- Ley N° 1.115/1997 Estatuto del Personal Militar.
- Ley N° 827/1996 – De seguros.
- Ley N° 1.032/1996 - Que crea el Sistema Nacional de Salud.
- Ley N° 731/1995 – Que amplía el artículo 13, inciso P) de la Ley N° 98 del 31 de diciembre de 1992.
- Ley N° 532/1994 – Que modifica y amplía el artículo 13 de la Ley N° 98 del 31 de diciembre de 1992, que establece el régimen unificado de jubilaciones y pensiones a cargo del Instituto de Previsión Social.

- Ley N° 213/1993 - 29 de octubre. Que establece el Código del trabajo.
- Ley N° 222/1993. Orgánica de la Policía Nacional.
- Ley N° 98/1992 – Establece el régimen unificado de jubilaciones y pensiones y modifica las disposiciones del Decreto-Ley N° 1860/50, aprobado por la Ley N° 375/56 y las leyes complementarias nos. 537 del 20 de setiembre de 1958, 430 de fecha 28 de diciembre de 1973 y 1286 de fecha 4 de diciembre de 1987.
- Ley N° 1.286/1987 - Que modifica y amplía disposiciones de las leyes que rigen el Instituto de Previsión Social (IPS).
- Ley N° 836/1980 de Código Sanitario, 15 de diciembre de 1980.
- Ley N° 430/1973 - Que establece el derecho al beneficio de jubilaciones y pensiones complementarias a cargo del Instituto de Previsión Social.
- Ley N° 431/1973 - Que instituye honores y establece privilegios y pensiones a favor, de los veteranos de la guerra del chaco.
- Ley N° 427/1973 - Que modifica y amplía las leyes N° 375 del 27 de agosto de 1956 y 1085 del 8 de septiembre de 1965, del Instituto de Previsión Social.
- Ley N° 432/1973 - Que establece un aporte patronal del medio por ciento (0.50%) al Instituto de Previsión Social, destinado a sufragar gastos de la campaña de erradicación del paludismo.
- Ley N° 1.235/1967 - 21 de junio. Convenio Relativo a la Inspección del Trabajo en la Industria y el Comercio (Convenio 81).
- Ley N° 1.085/1965 - Modifica y amplía disposiciones del Decreto-Ley N° 1860 aprobado por Ley N° 375 del 26 de agosto de 1957.
- Ley N° 1.085/1965 - Modifica y amplía disposiciones del Decreto-Ley N° 1860 aprobado por Ley N° 375/1957 del 26 de agosto de 1957.
- Ley N° 792/1962 - Que aumenta los aportes de patrones y obreros al Instituto de Previsión Social.
- Ley N° 537/1958 - Que declara obligatoria la inclusión del seguro del Instituto de Previsión Social, a todos los maestros y catedráticos del magisterio primario y normal de la República.
- Ley N° 375/1956 y sus modificatorias - Por la cual se aprueba el Decreto-Ley N° 1860 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.
- Llano M. G. (2016). Cambios en el nivel y estructura de la fecundidad en el Paraguay. Período 1970 – 2010. Programa de utilización y difusión de la información recogida en el Censo Nacional de Población y Viviendas 2012. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC). Paraguay.

- Mancuello, J. y Cabral, M. S. (2011). Sistema Salud de Paraguay. *Revista de Salud Pública Paraguay*. 2011; Vol. 1 (1): 13-25.
- Mesa-Lago, C. (2021). *Evaluación de cuatro décadas de privatización de pensiones en América Latina (1980-2020): Promesas y realidades*. FES.
- Meza, L. (2014). *Incorporación de la gestión del riesgo agroclimático en el sector silvoagropecuario de Chile: experiencia de cooperación de la FAO*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).
- MGAP (2019). *Plan Nacional de Adaptación a la Variabilidad y el Cambio Climático para el Sector Agropecuario*. Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca de la República Oriental del Uruguay. Grupo de Coordinación del Sistema Nacional de Respuesta al Cambio Climático y Variabilidad.
- Ministerio de Economía Argentina (2020). Los cuidados, un sector económico estratégico Medición del aporte del Trabajo Doméstico y de Cuidados no Remunerado al Producto Interno Bruto. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico_2.pdf
- Ministerio de Hacienda (2008). *Boletín de Seguridad Social (BSS)*. <https://www.usp2030.org/gimi/RessourcePDF.action;jsessionid=OBnzGyRR6dNvnKkZNh6NOsHd66K04m0CtXkXbaJPB7fvNzVSL2m!1205498938?id=11866>
- Ministerio de Hacienda (2020). *Informe de Finanzas Públicas*.
- Ministerio de Hacienda. (s.f.). *Sistema BOOST*. 168.90.176.79:8080/gastos_anual/
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) (2015). *Indicadores de Mortalidad*. MSPBS.
- Montaño, S. (2017). *El cuidado: de bien privado a bien público Reformas fiscales con perspectiva de género: una mirada hacia el futuro*. CEPAL. http://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/45763/Sonia_Montano.pdf
- Montes Cató, J. (2007). Reflexiones teóricas en torno al estudio del conflicto laboral. Los procesos de construcción social de la resistencia. *Trabajo y Sociedad*, 8(9), 1-25. Universidad Nacional de Santiago del Estero.
- Montt, G., Schmidlin, C. y Recalde, M. (2021). *La seguridad social en el Paraguay y sus desafíos en contexto de la COVID-19*. OIT.
- Morínigo Aguayo, J., Achinelli Báez, M., y Barrios Leiva, O. (2018). La soja en el Paraguay. Una aproximación a la cuantificación económica. Periodo 1994-2016*. *Población y Desarrollo*, 24(46), 24-36. [https://dx.doi.org/10.18004/pdfce/2076-054x/2018.024\(46\).024-036](https://dx.doi.org/10.18004/pdfce/2076-054x/2018.024(46).024-036)
- MSPBS/OPS/OMS (2015). Política Nacional de Salud 2015-2030. “Avanzando hacia el Acceso y Cobertura Universal de la Salud en Paraguay”.
- MSPBS (2009). *Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad*. MSPBS.

- MSPBS (2010). *Indicadores de cuentas de salud 2005-2008*. <http://portal.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2013/04/9-Indicadores-de-Cuentas-de-Salud-2005-2008.pdf>
- MSPBS (2018). *Cuentas de salud 2012-2016*. Asunción. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/5e00f2-CuentasdeSaludParaguay20122016web.pdf>
- MSPBS/OPS/OMS (2014). Paraguay: Perfil farmacéutico nacional.
- MSPBS (s.f.). *Balance anual de gestión 2020*. <https://www.mspbs.gov.py/info-gestion.html>
- MSPBS (s.f.). *Guía para la implementación de las redes integradas e integrales de servicios de salud (RISS) en el Paraguay*. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/c03a70-GuiadelaRISS.pdf>
- MSPBS (2008). Resolución S.G. N° 140/08 del 30 de setiembre, por la cual se dispone la gratuidad universal de las internaciones hospitalarias, así como las cirugías de urgencias y programadas de las diferentes especialidades; en todos los hospitales y centros de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- MSPBS (2008). Resolución S.G. N° 363/08 del 05 de junio, por el cual se aprueba el plan estratégico para el desarrollo del sistema de información en salud.
- MSPBS (2008). Resolución S.G. N° 612/, se aprueba la Política Nacional de Salud 2015-2030 y se dispone su implementación y aplicación en todo el territorio de la República.
- MTESS (2021). *Boletín Estadístico de Seguridad Social 2019*. https://mtess.gov.py/application/files/7516/1581/7514/BOLETIN_ESTADISTICO_2019.pdf
- MTESS (2019). *Estrategia Integrada para la Formalización del Empleo en Paraguay Reporte Anual*. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Diciembre. https://www.mtess.gov.py/application/files/2615/8221/0781/Reporte_Estrategia_de_Formализacion_Ano_2019.pdf
- MTESS/PNUD (2021). *Diagnóstico del Empleo Informal en la Cadena de la Construcción del Área Metropolitana de Asunción. Proyecto “Laboratorio Participativo para la Formalización del Empleo”*. <https://www.py.undp.org/content/paraguay/es/home/library/diagnostico-del-empleo-informal-en-la-cadena-de-la-construccion-.html>
- MTESS (2019). Resolución N° 230/19 por la cual se reglamenta el reajuste de los sueldos y jornales de trabajadores de establecimientos ganaderos en todo el territorio de la república. Disponible en: https://mtess.gov.py/application/files/2415/6224/8169/res-mtess-2301_19.pdf
- MTESS (2014). Resolución N° 89/14, que reglamenta el aumento de los sueldos y jornales de trabajadores de establecimientos ganaderos en todo el territorio de la república.
- Navarro, B., Ortiz T., E. (2014). *El sistema de pensiones de Paraguay: debilidades que exhibe y perspectivas de la reforma*. CADEP. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Paraguay/cadep/20160713060143/8.pdf>

- Neri, M., Vaz, F. y Ferreira, P. (2013). Efeitos Macroeconômico dos Programa Bolsa Família: Uma Análise Comparativa das Transferências Sociais, in T. Campello and M. Côrtes Neri (Eds.). *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania* (pp. 194-206). Ipea.
- Nugent, R. (1997). La seguridad social: su historia y sus fuentes. En N. de Buen Lozano, E. Morgado Valenzuela (Coord.). *Instituciones de derecho del trabajo y de la seguridad social*. UNAM- Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Nussbaum, M. (2006). *El ocultamiento de lo humano: repugnancia, vergüenza y ley*. Katz.
- Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia*. Paidós.
- OCDE/CAF/CEPAL (2018). Perspectivas económicas de América Latina 2018: Repensando las instituciones para el desarrollo, Éditions OCDE, París. <http://dx.doi.org/10.1787/leo-2018-es>
- OCDE (2018). *Estudio multidimensional de Paraguay: Volumen 2. Análisis detallado y recomendaciones, Caminos de Desarrollo*. OCDE. <https://doi.org/10.1787/9789264306226-es>
- OCDE (2019). *Estudio multidimensional de Paraguay: Volumen 3. Del Análisis a la Acción, Caminos de Desarrollo*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/24095010-es>
- OCDE (2021). *Base de datos global de estadísticas tributarias*. <https://www.oecd.org/tax/tax-policy/base-de-datos-global-de-estadisticas-tributarias.htm>
- OECD (2020). *Panorama de las Administraciones Públicas América Latina y el Caribe 2020*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/1256b68d-es>.
- Offe, C. (1992). La sociedad del trabajo. Problemas estructurales y perspectiva de futuro. Alianza Universidad. Madrid.
- Oficina Internacional del Trabajo (2003). Evaluación Actuarial del Régimen de Jubilaciones y Pensiones Administrado por el Instituto de Previsión Social (IPS) de la República del Paraguay. Proyecciones 2000-2050, Santiago. <https://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc90/pdf/pr-25res.pdf>
- OIT (2019). *Las plataformas digitales y el futuro del trabajo. Cómo fomentar el trabajo decente en el mundo digital*. Organización Internacional del Trabajo.
- OIT (s.f.). *Trabajo decente*. Recuperado febrero de 2021, de <https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-es/index.htm>
- OIT (2019). El desarrollo de la institucionalidad del trabajo, empleo y seguridad social en el Paraguay (1870- 2013). David Velázquez. Oficina de la OIT para el Cono Sur de América Latina, 2019 (Informes Técnicos OIT Cono Sur, N°13).
- OIT (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633168.pdf

- OIT (2018). *Segmentos Críticos de la Seguridad Social*.
- OIT (2018). *Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe*. Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- OIT (2016). *El empleo atípico en el mundo Retos y perspectivas. Principales conclusiones y recomendaciones de política*. Organización Internacional del Trabajo.
- OIT (2016). *Panorama Laboral 2016: América Latina y el Caribe*. Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe.
- OIT (2015). *Las formas atípicas de empleo. Informe para la discusión en la Reunión de expertos sobre las formas atípicas de empleo*. Organización Internacional del Trabajo
- OIT (2012). *Recomendación sobre los Pisos de Protección Social, núm. 202*. https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:3065524,es
- OIT (2002). *Resolución relativa al trabajo decente y la economía informal*. Organización Internacional del Trabajo.
- OIT (1999). *Memoria del director general. Trabajo decente*. Organización Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm>
- OIT (1952). Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102).
- OIT (1944). *Declaración de Filadelfia*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). *Declaración de Alma Ata*. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Declaración de Astaná*. <https://www.who.int/docs/default-source/primaryhealth/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.). *Base de datos de gasto mundial en salud*. Recuperado agosto de 2021, de <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2019). *Indicadores Básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas*. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2019). *Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud (2014). Resolución CD53.R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Washington.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N° 4. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS. (2003). *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Sala5379.pdf>
- OXFAM (2020). *Tiempo para el cuidado. El trabajo de cuidados y la crisis global de desigualdad*. <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620928/bp-time-to-care-inequality-200120-es.pdf>
- PNUD Paraguay (2010). *Microfinanzas en Paraguay: Análisis de la Oferta y la Demanda. Noviembre 2010*.
- Pineda F. (2020). Entendiendo la Complejidad Económica: un Análisis para el Paraguay. Documento de Trabajo N° 4. Departamento de Convenios Comerciales. Dirección de Integración Subsecretaría de Estado de Economía - Ministerio de Hacienda.
- Presidencia de la República del Paraguay Secretaría de la Función Pública (SFP) (2021). Clasificación de funcionarios y funcionarias por Categoría y Nivel de Ingreso Mensual, Febrero – 2021.
- Ramírez, E. (2019). *Empleo rural no agrícola en América Latina. 2030 - Alimentación, agricultura y desarrollo rural en América Latina y el Caribe*. FAO. <https://www.fao.org/documents/card/es/c/ca5098es/>
- Ramírez, J., Perera, M. y González, C. (2010). Caracterización y evolución del empleo rural en Paraguay, 2003-2008. En J. Rodríguez y A. Berry (Eds.). *Desafíos laborales en América Latina después de dos décadas de reformas estructurales* (pp. 570-592). <https://mega.nz/file/dLB3xQLA#oJNkR0xYt6qiPbZW8LpKil0tP2GCx8ch5NpSsyq7X48>
- Reinecke, G., Montt, G., Cunego, A., Herken, V., Ocampos, A., y Valfredi, P. (2020). *Paraguay: Impactos de la COVID-19 sobre el mercado de trabajo y la generación de ingresos. Nota técnica país Panorama Laboral en tiempos de la COVID-19*. OIT.
- República de Paraguay, Instituto de Previsión Social (IPS) (2013). *Carta orgánica del seguro social*.
- Richter, J. (2019). *Formalisation Through Taxation Paraguay's Approach and Its Implications*. Palgrave Pivot.
- Rico, M. N., y Segovia, O. (eds.) (2017). ¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para políticas urbanas de igualdad. Libros de la CEPAL, N° 150 (LC/PUB.2017/23-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rodríguez Enríquez, C., y Pautassi, L. (2014). *La organización social del cuidado de niños y niñas*. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género.

- Rosembaum, F. (2020, 4 julio). *Ubérisation en Uruguay*. Le Grand Continent. <https://legrandcontinent.eu/fr/2020/07/04/uberisation-en-uruguay/>
- Saad, P., T. Miller, M. Holz, C. (2012). Martínez. Juventud y bono demográfico en Latinoamérica. OIJ/NN.UU. CEPAL. Madrid, España.
- Salcedo, S. y Guzmán, L. (2014). *Agricultura Familiar en América Latina y el Caribe: Recomendaciones de Política*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- Samuelson, P. A. 1958. "An Exact Consumption-Loan Model of Interest with or without the Social Contrivance of Money," *Journal of Political Economy*, University of Chicago Press, vol. 66, pages 467-467.
- Sandoval, I., y González, L. M. (2015). Estimación del valor económico del trabajo no remunerado en Costa Rica. Resultados e ilustración metodológica. Estudios demográficos y Urbanos Vol. 30. N° 3. México.
- Santander, H. (2017). *Paraguay: Situación actual de las mipymes y las políticas de formalización* (Informes Técnicos OIT Cono Sur N.º3). Oficina de la OIT para el Cono Sur de América Latina.
- Secretaría de la Función Pública (SFP) 2021. Portal de Datos Abiertos. <https://datos.sfp.gov.py/>
- Secretaría de la Función Pública (STP) (2016). Encuesta Longitudinal de Protección Social. Asunción.
- Serafini G., V. (2019). *Pobreza rural en Paraguay*. Instituto de Estudios Peruanos, IEP.
- Serafini G., V. (2018). *La Protección Social en el Paraguay, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030*. Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya-CADEP.
- Serafini, V. (2018). *La Protección Social en el Paraguay. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030*. CADEP.
- Serafini, V. (2016). *Paraguay: inversión en protección social no contributiva*. Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya.
- Setrini, G., Hernández, G., Parra C., y Ríos M. (2021). *Trabajo temporal, información y las raíces de la informalidad del sector de la construcción en Paraguay*. PNUD Paraguay. <https://www.py.undp.org/content/paraguay/es/home/blog/2021/Las-raices-estructurales-de-la-informalidad-en-el-sector-de-la-construccion-en-Paraguay.html>
- Soto, L. y Ruiz Díaz, N. (2014). *Trabajo doméstico remunerado. Aprendizajes para la acción*. CDE.
- Starfield, B., Shi, L., y Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank trimestral*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

- Titmuss, R. M. (1981). *Política social*. Ariel. Barcelona.
- Turner, B. (2005). *State reform and anti-neoliberal rhetoric in Paraguay*. MACLAS: Latin American Essays. Twenty-Fifth Annual Conference of the Middle Atlantic Council of Latin American Studies Allentown.
- UNAM (s.f.). *Principales Modelos de Seguridad Social y Protección Social*. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3120/4.pdf>
- UNCTAD (2019). *Creación y captura de valor: repercusión para los países en desarrollo. Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo Informe sobre la Economía Digital 2019*. Naciones Unidas
- Uthoff, A. (2016). *Aspectos institucionales de los sistemas de pensiones en América Latina*. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/40869/S1601271_es.pdf
- Velázquez, D. (2019). *El Desarrollo de la Institucionalidad del Trabajo, Empleo y Seguridad Social en el Paraguay (1870-2013)*. *Informes Técnicos OIT Cono Sur 13*. Oficina de la OIT para el Cono Sur de América Latina.
- Wagstaff, A. (2008). *Measuring Financial Protection in Health. Policy Research Working Paper; No. 4554*. World Bank.
- Xu, Ke, Saksena, P., Jowett M., Indikadahena, Ch., Kutzin, J. and Evans D. B. (2010). *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against nancial risk. World Health Report Background Paper, 19*. World Health Organization.
- Zavattiero, C. (2018). *Evaluación de las Unidades de Salud de la Familia del MSPBS*. DECIDAMOS.

La publicación se realizó en el marco del Proyecto PINV18-434 con financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, CONACYT, con recursos del FEEI.

ISBN: 978-99925-276-0-3



9 789992 527603

ISBN: 978-99925-244-6-6



9 789992 524466