

## ■ PARAGUAY

# Exclusión, fragmentación y falta de voluntad política



Cuatro de cada cinco personas no participa de ningún sistema de previsión social en salud. Este alto nivel de exclusión se debe a que el sistema está orientado a trabajadores asalariados dependientes, a la evasión del régimen obligatorio y a inequidades determinadas por el nivel de ingreso. A su vez, sólo tres de cada diez adultos mayores disfruta de una jubilación. Una profunda reestructuración del sistema de seguridad social requiere de un amplio pacto entre toda la ciudadanía, y es urgente una serie de medidas a mediano plazo.

**DECIDAMOS, Campaña por la Expresión Ciudadana**  
 Edgar Giménez Caballero  
 César Cabral Mereles

Más de una década atrás las propuestas de reformas de la seguridad social señalaban como principales objetivos el acceso equitativo a los servicios de salud, la cobertura primaria universal y las reformas estructurales (Barreto y Ramírez, 1997). En años siguientes, desde una perspectiva de derechos, informes consecutivos diagnosticaron profundas brechas a causa de la exclusión y la inequidad del sistema y la falta de cumplimiento de compromisos constitucionales e internacionales sobre seguridad social (Amarilla, 2003).

En 2003 Holst diagnosticó como principales problemas de la seguridad social la baja cobertura, la relación entre contribuciones y beneficios, la alta evasión, la discontinuidad de aportes, la creciente informalización del mercado laboral, el déficit financiero, los altos costos y la ineficiencia administrativa, entre otros. Esta situación correspondía en gran medida a problemas históricos y sistémicos locales y a otros compartidos con países latinoamericanos y relativos a las características del empleo y la pobreza creciente.

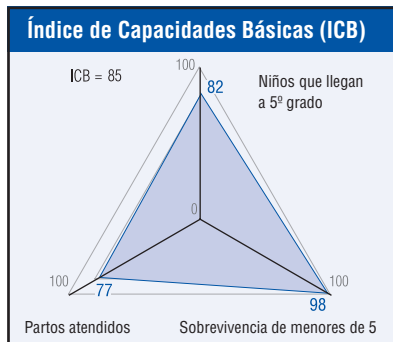
En general, es posible afirmar que todos estos problemas de seguridad social siguen vigentes. Si bien hay que reconocer que en los últimos años hubo avances gerenciales en el sistema de previsión social y sus prestaciones de salud – fundamentalmente en términos de eficiencia – es necesario puntualizar que estos han sido exclusivamente paramétricos y no estructurales.

El presente informe aborda los problemas que persisten como desafíos no resueltos. Analiza datos estadísticos recientes, entrevistas a actores clave de la administración de seguridad social en Paraguay y archivos del Instituto de Previsión Social (IPS).

### Previsión social en salud

#### *Mapeo de la desprotección y la inequidad*

En Paraguay sólo una de cada cinco personas posee algún tipo de seguro médico. Más precisamente, esto significa que 78,5% de la población no tiene seguro alguno. Tampoco cuenta con ningún seguro de salud 91% de la población rural y 98% de la población más pobre (DGEEC, 2005; OPS, 2003). A partir de datos de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) es posible afirmar que



estas cifras de desprotección se han mantenido elevadas históricamente, con un discreto incremento de la cobertura del IPS de 10,9% a 12,5% entre 2000 y 2005 (DGEEC, 2005).

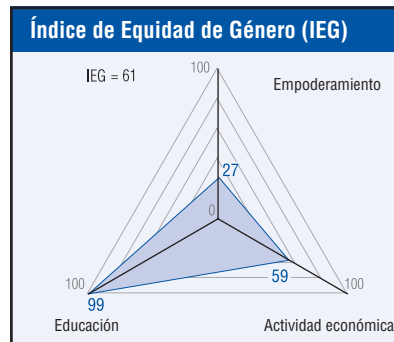
Esto se debe básicamente a que el sistema está orientado a trabajadores asalariados dependientes, a la evasión del régimen obligatorio y a inequidades excluyentes determinadas por el nivel de ingreso. En consecuencia, 1.400.000 personas no tienen la posibilidad de cotizar al seguro público de salud pues son trabajadoras y trabajadores por cuenta propia, trabajadores familiares no remunerados, patrones, campesinos e indígenas (DGEEC, 2005).

Las empleadas domésticas cuentan con un seguro reducido en el IPS. El beneficio es efectivo sólo para 10% de las trabajadoras de la capital (Soto, 2005). El seguro social de las domésticas se inició 1967, pero sólo para riesgos de accidente, enfermedad y maternidad, y están explícitamente excluidas de la cobertura contra contingencias de largo plazo. Quedan expresamente excluidos de la cobertura del servicio social las y los criaditos<sup>1</sup>, las amas de casa, o cualquier otra forma de colocación laboral intrafamiliar en el servicio doméstico (Valiente, 2005).

En los últimos tres años autoridades del IPS han presentado anteproyectos de leyes para incorporar a funcionarios de la administración central y a algunos colectivos independientes, entre ellos los taxistas, obteniendo el reconocimiento internacional por esta propuesta. Sin embargo, el poder legislativo aún no ha considerado estas iniciativas.

El nivel de evasión en el régimen obligatorio se estima en alrededor de 70% (Holst, 2003). En

<sup>1</sup> Adolescentes que prestan un servicio doméstico a cambio de casa, comida y (no siempre) educación.



los últimos tres años se registró un incremento de 33% en los cotizantes directos al IPS, en parte quizás por el sinceramiento de los registros pero por sobre todo debido a la incorporación efectiva de nuevos cotizantes, lo que puede verificarse a través de un incremento en las recaudaciones y el presupuesto del IPS (IPS, 2006).

En términos financieros, cabe señalar que desde la creación del IPS en 1943 hasta la fecha el Estado nunca aportó la parte que le corresponde, convirtiéndose, paradójicamente, en el principal evasor del sistema.

Considerando los aportes a la seguridad social por niveles de ingreso, las desigualdades y exclusión en la cobertura son más marcadas. En el quintil de ingreso más bajo sólo aporta 3,1% de los ocupados, en tanto que en el quintil más alto aporta 22,7% (CEPAL, 2006). El hecho de contar con un seguro médico público o privado no implica necesariamente su utilización. Las diferencias existentes en la utilización de servicios ante una enfermedad por tipo de aseguramiento, ingreso y área señalan desigualdades y exclusión entre los sectores y al interior de los mismos. Si bien las necesidades de atención médica son mayores en el sector rural y en el quintil más pobre, su aseguramiento es considerablemente menor así como el uso del servicio (consulta médica) cuando está disponible.

El gran desafío de la equidad en las prestaciones de salud es, sin lugar a dudas, revertir esta situación.

#### *La fragmentación del sistema: un problema estructural*

Mientras tanto, el conjunto de las entidades de seguridad social y sus prestaciones constituyen un sistema segmentado de seguridad social, con una

escasa coordinación entre las instituciones y sus principales actores (Flecha *et al*, 1996).

Los seguros explícitos son cubiertos principalmente por el IPS en el sector público y por empresas de medicina prepaga en el sector privado. La población asegurada en el país (apenas 21,5%) se distribuye en el IPS (12,5%) y en otro tipo de seguros (9%) (DGEEC, 2005). Se estima que en esta última categoría 7% corresponde a la medicina privada y el resto a la sanidad militar, policial, cooperativas y seguros comunitarios (Holst, 2003).

La atención médica de la población con menor poder adquisitivo sin acceso al IPS está cubierta por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP) como mecanismo de seguro implícito. Sin embargo, hasta 40% de la población sin seguro no acude a la consulta médica pública en caso de enfermedad (DGEEC, 2005).

Si bien en los últimos años han surgido iniciativas de seguros comunitarios en el interior del país, algunos exitosos (como el seguro comunitario de Fram y el seguro de salud integral de Caazapá), estas iniciativas alentadoras son todavía muy reducidas en el contexto del país (Güemes *et al*, 2005).

El IPS es por antonomasia la institución de seguridad social de Paraguay. En primer lugar, es la única entidad que brinda simultáneamente, a partir de un modelo de reparto, servicios de salud con medicamentos, pensiones, jubilaciones, subsidios por enfermedad, maternidad y accidentes laborales. Segundo, ante ciertos eventos de enfermedad el acceso a un conjunto de prestaciones que contempla el aseguramiento se visualiza como la opción más factible en términos económicos dentro del sistema de seguros explícitos, y en algunos casos como la única opción posible.

El modelo de aseguramiento del IPS se financia por medio de aportes tripartitos del trabajador asalariado (9% del salario o menos, según el perfil), la patronal (14%) y el Estado (1,5%). En el sector privado la cobertura de aseguramiento es más reducida y se orienta a la población con mayor poder adquisitivo. Para alcanzar una extensión de beneficios similares al IPS se requiere de un pago equivalente a 20% y hasta 50% del salario mínimo vigente, de acuerdo a la empresa y al tipo de plan de seguro adquirido. En comparación, y como se mencionó, el sistema previsional público retiene 9%.

A diferencia del IPS, el sector privado no cubre prestaciones en casos de epidemias, enfermedades congénitas, enfermedades preexistentes, alcoholismo, enfermedades psiquiátricas y accidentes. Tampoco cubre hemodiálisis. La utilización de terapia intensiva es cubierta según el plan escogido y rara vez totalmente. La provisión de medicamentos y artículos descartables está prevista de manera muy limitada (varía según el plan y el periodo en que el seguro exige el pago pero aún no presta el servicio). No incluye quimioterapias, inmunosupresores ni otras medicinas de alto costo. Como resultado, ciertos eventos de enfermedad aún implican para los asegurados y sus familias un alto gasto en compra de medicamentos y hospitalizaciones (OPS, 2006).

Un fenómeno común es la existencia de cotizaciones simultáneas al IPS y a la medicina prepaga

a causa del pluriempleo, la preferencia por la calidad percibida de la atención, la organización y las limitaciones del sector privado en caso de ciertas enfermedades. Sin embargo, en este caso no existe compensación por prestación de servicios.

En términos de desafíos globales, llama la atención que tanto el IPS como las aseguradoras privadas no contemplan el tratamiento de pacientes con VIH/sida, que queda exclusivamente a cargo de PRONASIDA, programa dependiente del MSP con el apoyo de la cooperación internacional y la sociedad civil organizada.

En materia de salud preventiva, de hecho se asume que este rol es exclusivo del MSP. Los seguros explícitos no contemplan, en términos prácticos, actividades de promoción y prevención para sus asegurados. Por ejemplo, el IPS recién previó la compra de anticonceptivos para 2007.

Esta entidad transfiere 1,5% de sus ingresos al MSP para programas preventivos y la erradicación de la malaria. Entre 2003 y 2006 esta cifra había alcanzado alrededor de USD 12 millones (IPS, 2006).

### *Baja calidad de los servicios públicos*

En términos de calidad percibida, los reportes de la prensa local y las quejas de los usuarios sugieren que los servicios del sector público son de menor calidad que los destinados a sectores de mayor poder adquisitivo.

Un reciente estudio del Banco Mundial (2005) sostiene que no existen diferencias significativas entre pobres y ricos en función de un índice que valora interacciones entre médico y paciente (tiempo dedicado, preguntas y revisiones). Contradictoriamente, el mismo estudio señala un desempeño inferior en médicos del IPS (aproximadamente cinco minutos, cinco preguntas y dos revisiones menos en los establecimientos del sistema de previsión en comparación con los puestos de salud del MSP).

Para mejorar la calidad organizativa, el IPS ha implementado una serie de medidas que incluyen el fortalecimiento de clínicas periféricas, la incorporación de recursos humanos, un sistema informático de gestión con registro único a través de la cédula de identidad y un novedoso sistema de agenda de consultas por vía telefónica. Esta iniciativa iniciada en 2004 se consolidó en 2006, sumando alrededor de 13% del total de consultas agendadas (IPS, 2006). No se ha valorado aún el impacto real de estas innovaciones en los procesos y resultados.

### **El sistema de jubilaciones y pensiones**

#### *Segmentación, no reciprocidad y desigualdad de aportes*

En Paraguay funcionan simultáneamente al menos ocho cajas de aportes, siendo las de mayor envergadura la Caja Fiscal para funcionarios públicos dependientes de la administración centralizada y el IPS para trabajadores dependientes del sector privado y empleados de entes descentralizados.

Una medida de inequidad es el tiempo de aporte para la jubilación, que puede variar de 10 años en el caso de la caja parlamentaria a 30 años en el régimen general del IPS para los obreros. También existe

variabilidad en la edad requerida, siendo menor para las mujeres del magisterio nacional (40 años) y mayor tanto para hombres y mujeres del régimen general del IPS (60 años).

Es frecuente que un trabajador o trabajadora realice varias actividades para distintos empleadores durante su vida activa, migrando del sistema público al privado o viceversa. Sin embargo, y dado que el sistema legal vigente no permite el reconocimiento de aportes a diferentes cajas, un grupo de los actuales aportantes que sostienen el sistema no obtendrá su jubilación a pesar de haber aportado los años exigidos o un número mayor.

En este sentido, y en atención a las recomendaciones de la OIT y al Convenio de Seguridad Social del MERCOSUR, se ha presentado un anteproyecto de ley que propone la reforma del marco legal vigente a fin de obtener la reciprocidad entre las cajas del sistema previsional y que el trabajador con 65 años de edad tenga el derecho de acceder por el sistema *pro rata tempore* a una pensión de retiro o invalidez (Frutos y Ferreira, 2007).

### *Baja cobertura: la exclusión del modelo*

Tan sólo tres de cada diez adultos mayores están acogidos al beneficio de la jubilación. En 2005 el número de jubilados y pensionados apenas alcanzaba 93.000 personas. Los cotizantes de este sistema segmentado representan apenas 22% de la población económicamente activa (Frutos y Ferreira, 2007).

Las diferencias de acceso a la jubilación por nivel socioeconómico y áreas geográficas son similares a las diferencias en las prestaciones de salud.

El determinante fundamental de la exclusión es sin embargo el modelo orientado exclusivamente a los trabajadores asalariados, que deja fuera de la posibilidad de cotizar a 60% de la población económicamente activa (DGEEC, 2005).

En los últimos tres años iniciativas gerenciales y legales desde el IPS han propuesto ampliar su cobertura tanto para reducir la evasión del régimen obligatorio en el sector privado como para incorporar a segmentos excluidos de la población. Sin embargo, estas iniciativas no fueron aprobadas y en algunos casos ni siquiera tratadas.

### **Conclusiones y sugerencias**

Si bien se han refrendado y manifestado compromisos con el derecho universal a la seguridad social, en términos prácticos los avances han sido escasos. La escasa cobertura, la exclusión y la inequidad persisten tanto en materia de jubilaciones como de prestaciones de servicios de salud.

Para revertir esta situación los desafíos deben orientarse a reformas estructurales del sistema de seguridad social. Si bien es fácil decirlo, hay que reconocer que el proceso no es sencillo y requiere de la construcción de políticas emanadas de un amplio pacto social entre las y los ciudadanos del país.

*(Continúa en página 233)*

## NEPAL

(viene de página 199)

- NPC y MOPE (Comisión Nacional de Planeamiento y Ministerio de Población y Medio Ambiente) (2003). *Sustainable Development Agenda for Nepal*. Katmandú.
- NPC y ONU (Comisión Nacional de Planeamiento y Organización de las Naciones Unidas - Equipo Nacional de Nepal) (2005). *Nepal Millennium Development Goals: Progress Report 2005*. Katmandú.
- Pandey, B. (2005). "Women's movement scenario in Nepal" en Rimal (ed), *Issues of the World of Work in Nepal*. Kathmandu: General Federation of Nepalese Trade Unions.
- RRN y CECI (Rural Reconstruction Nepal and Canadian Centre for International Studies and Cooperation) (2007). "Development Strategies for a New Nepal: a national debate". Actas de una conferencia nacional realizada el 21 y 22 de diciembre de 2006, Katmandú.
- The Kathmandu Post* (2007). Diario en inglés, 19 de junio. Katmandú.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2004). *Nepal National Human Development Report, 2004 - Empowerment and Poverty Reduction*. Katmandú.
- PNUD (2006). *Informe de desarrollo humano 2006 - Más allá de la escasez: Poder, pobreza y la crisis mundial del agua*. Nueva York.
- Upadhyaya, U. (2007). *Social Protection in Nepal at a Glance* [en línea]: <www.labournepal.org/issues/social\_security>.

## PARAGUAY

(viene de página 205)

En tanto se construye este proceso mayor, no hay razones para postergar medidas intermedias como el reconocimiento recíproco entre las diferentes cajas, la incorporación sistemática de colectivos excluidos, el tratamiento de una decena de proyectos de leyes encajonados en el Congreso, el cumplimiento por parte del Estado de sus obligaciones financieras, la articulación intersectorial de servicios y la implementación de políticas orientadas a sectores de menores ingresos y trabajadores no asalariados.

Más de lo mismo seguirá siendo, inexorablemente, insuficiente. ■

### Referencias

- Amarilla, J.M. (2003). *El estado del derecho a la seguridad social en Paraguay. Derechos Humanos*. Paraguay.
- Banco Mundial (2005). *Prestación de servicios de salud en Paraguay. Una evaluación de la calidad de la atención, y las políticas de recursos humanos y de aranceles para los usuarios*. Paraguay.
- Barreto, C., Ramírez, R. (1997). *Reforma previsional. Elementos de análisis*. CEPRO. Asunción.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso financiamiento y solidaridad* [en línea]. Disponible en: <www.eclac.cl>.
- DGEEC (Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos) (2005). *Resultados de la Encuesta de Hogares 2005. País total* [en línea]. Secretaría Técnica de Planificación. Paraguay. Disponible en: <www.dgeec.gov.py>.
- Flecha, O., Ortellado, J.M., Gaete, R., Martínez, E. y Carrizosa, A. (1996). *Diagnóstico sobre la situación del sector salud en el Paraguay*. CEPRO. Asunción.
- Fruitos, C., Ferreira, P. (2007). "El aumento de la protección social del adulto mayor en el Paraguay, mediante el reconocimiento de servicios laborales a la concesión de beneficios jubilatorios empleando el método de prorata tempore". Instituto de Previsión Social. Paraguay.
- Güemes, A., Villacrés, N. y Kieninger, M. (2005). *Una estrategia para la extensión de la protección social en salud: El seguro de salud integral de Caazapá - Paraguay*. Ministerio de Salud Pública. OPS. Paraguay.
- Holst, J. (2003). *La protección social en Paraguay. Condiciones, problemas, desafíos y perspectivas de los sistemas provisionales*. Secretaría Técnica de Planificación - Presidencia de la República. GTZ. Asunción.
- IPS (Instituto de Previsión Social) (2006). "Documentos de Archivos de la Gerencia de Salud". Asunción.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2003). *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: OPS.
- OPS (2006). *Cuentas de Salud*. Paraguay, octubre.
- Soto, L. (2005). "La situación de las trabajadoras domésticas y el trabajo infantil remunerado" en *Trabajo Doméstico Remunerado en Paraguay*.
- Vallente, H. (2005). "Se necesita muchacha... sin derechos. Las leyes sobre el trabajo doméstico remunerado en Paraguay" en *Trabajo Doméstico Remunerado en Paraguay*.

## POLONIA

(viene de página 209)

Los elevados impuestos y las altas tasas de desempleo dejan a los trabajadores en una posición de vulnerabilidad. Una encuesta de 2005 indicó que la falta de oportunidades para encontrar empleo en el sector formal y la insuficiencia en el ingreso eran los principales motivos para trabajar en el sector informal (CSO, 2005).

Aproximadamente 1,5 millones de extranjeros trabajan ilegalmente en Polonia. Las empresas explotan a estos inmigrantes ilegales con sueldos más bajos y más horas de trabajo. ■

### Referencias

- Anka (2007). "Kiedy b'd' ubezpieczenia od bezrobocia?". *Zycie Warszawy*, 16 de junio.
- Constitución de la República de Polonia del 2 de abril de 1997. Disponible en: <www.sejm.gov.pl>
- CSO (Oficina Central de Estadística) (2005). "Work not Registered in Poland in 2004". Varsovia.
- CSO (2007). "Monthly Information about unemployment in Poland". Mayo, Varsovia.
- Federation for Women and Family Planning (s/f). Disponible en: <www.federa.org.pl>
- Gorzela, G. (1994). "Regional patterns of Polish transformation, 1990-2005". En Wódz K. (ed.) *Transformation of Old Industrial Regions as a Sociological Problem*. Katowice.
- Kostrzewski, L. y Mi'czyński, P. (2006). "Nie będzie zrownania wieku emerytalnego?". *Gazeta Wyborcza*, 14 de septiembre.
- KSE (2005). "Krajowa Strategia Emerytalna". Varsovia: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Lohmann, K. y Seibert, A. (2003). "Gender Assessment of the Impact of EU Accession on the Status of Women in the Labour Market in CEE. National Study: Poland". Varsovia: Karat Coalition.
- Ministerio del Tesoro (2002). "Spotkanie Ministra Skarbu Państwa Wiesława Kaczmarska z dziennikarzami z Austrii". Disponible en: <www.msp.gov.pl/start.php>.
- Panek, T. (2006). *Diagnoza Społeczna 2005. Warunki i jakość Polaków*. Varsovia: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie.
- Sta'ko, D. (2003). *Performance Evaluation of Public Pension Funds: The reformed Pension System in Poland*. Londres: The Pensions Institute.