



# Pandemia y salud en Paraguay: DOS MITOS SOBRE EL PAPEL DEL ESTADO Y EL DESARROLLO

Verónica Serafini Geoghegan

Abril 2020



# Introducción

Este documento presenta información sobre la situación del financiamiento a la salud en Paraguay de manera a contribuir a un debate sobre las políticas presentes y futuras de cara a las reformas que requiere el sector para garantizar el derecho a la salud y la contribución de la política sanitaria al bienestar de la población y al desarrollo del país.

La motivación de este artículo se originó en la serie de mitos, prejuicios y falsedades que están en el debate acerca del rol de los impuestos en la situación del país y de la política sanitaria. El primero de ellos hace referencia a que se pagan impuestos que no sirven. Los datos revelan que nuestro nivel de desarrollo –en los últimos lugares en América Latina– es consistente con el escaso esfuerzo fiscal que ha realizado el Estado. Es decir, con los impuestos que se pagan, solo podemos aspirar al país que tenemos. La experiencia tanto de los países desarrollados como los de la región indica que no hay país que se haya desarrollado con el esfuerzo tributario que tiene Paraguay en este momento<sup>1</sup>.

El segundo mito es que no hay avances en Paraguay. Los datos muestran que en el ámbito de la salud hay avances importantes como los relativos al aumento de las coberturas y la reducción de mortalidades. El problema de la percepción ciudadana es que en el área urbana y en los niveles socioeconómicos más altos, que es la que tiene mayor voz en las redes y opiniones, estos avances se fueron dando desde hace dos décadas. Pero estos avances no han alcanzado a otras áreas de la población.

Estas condiciones no están presentes en el 70% de la población, ya sea porque vive en el sector rural, porque está entre los estratos de menores ingresos, porque no tiene ningún mecanismo de seguridad social, porque trabaja en el sector informal, porque es indígena o habla guaraní. Todas estas poblaciones tienen al sector público como única forma de acceder a la salud y agua potable.

Este trabajo busca poner en perspectiva los logros, aunque lentos, y la distancia que nos separa de constituir una sociedad respetuosa de los derechos básicos de la mayoría de la población. En este esfuerzo se requiere un pacto social y económico que se sustente en la solidaridad económica y generacional.

1 Los datos oficiales de Paraguay –Informe de Finanzas Públicas del Ministerio de Hacienda– indican que el país cuenta con una presión tributaria del 10,0% ya que el Banco Central del Paraguay (BCP) actualizó recientemente el cálculo del PIB y con ello se modificaron las series de tiempo. En este trabajo, debido al uso de datos comparativos a nivel mundial disponibles en la plataforma que tiene la OCDE, la información está dos años atrasada, por lo que estas bases de datos no incluían la actualización realizada por el BCP.

# Mito 1: los impuestos impiden el crecimiento y el desarrollo

Uno de los mitos es acerca del vínculo entre las cargas sociales señalado por quienes se oponen a contribuir más que los impuestos y el pago de seguridad social como obstáculo al crecimiento económico, al reducir la competitividad. Al limitar el crecimiento, se limita el desarrollo.

En este caso hay varios supuestos que no están verificados por la evidencia empírica. El primero de ellos es que el crecimiento siempre tiene un efecto derrame, lo cual ha sido suficientemente demostrado que no es así<sup>2</sup>.

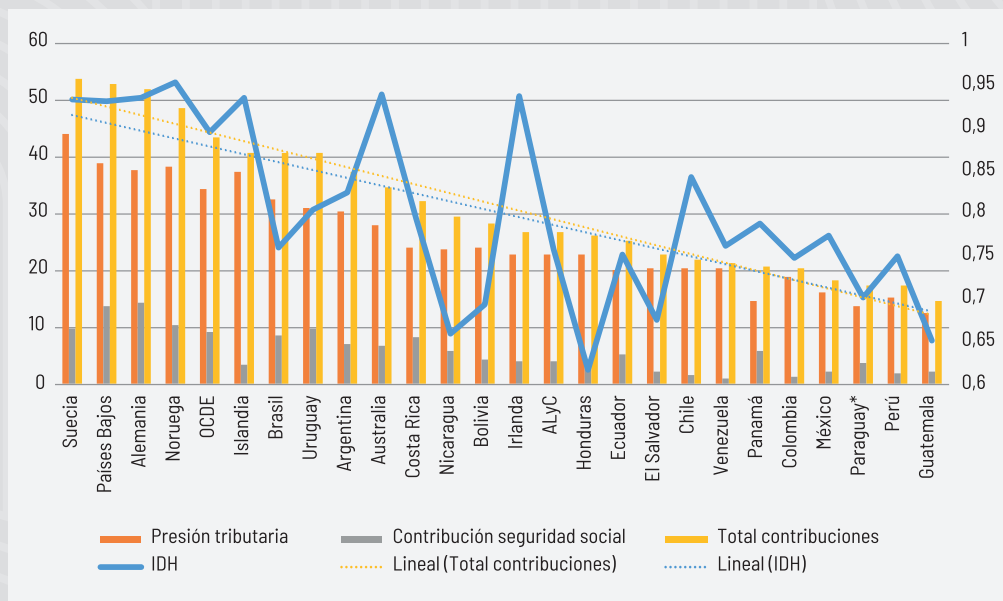
El segundo supuesto se basa en la idea de que la competitividad y las inversiones se logran reduciendo costos laborales o impuestos para lograr precios bajos. En realidad, la literatura económica indica que hay otros factores más relevantes para lograr la competitividad: la diferenciación del producto, la calidad de los recursos humanos, el tamaño del mercado, la inserción en cadenas de valor, la seguridad jurídica, la corrupción, la calidad de los servicios públicos (energía eléctrica, agua, telecomunicaciones, caminos), la estabilidad política entre otros.

El Gráfico 1 muestra que, en general, ni la presión tributaria alta ni los costos de la seguridad social han impedido a los países tener crecimiento y lograr altos niveles de desarrollo. Al contrario, para contribuir con los factores favorables a la competitividad, es necesaria la inversión pública, para lo cual se requieren recursos genuinos del Estado. De ahí el vínculo directo entre la presión tributaria y el desarrollo.

Como se puede observar, Paraguay combina baja presión tributaria, bajo aporte a la seguridad social y bajo nivel de desarrollo humano en relación al resto de América Latina. El Paraguay se encuentra levemente mejor posicionado que Nicaragua, Bolivia, Honduras y El Salvador que tienen mayor presión tributaria y de contribuciones, pero con menor nivel de desarrollo humano. Dado que solo Guatemala tiene menor presión tributaria que Paraguay, pero posee un Índice de Desarrollo Humano (IDH) más bajo, es posible señalar que no hay ningún país en peor situación como Paraguay en la relación entre nivel de desarrollo y tributación.

2 Esta premisa fue derivada –laxamente– del aporte de Simon Kuznetz. Estuvo vigente durante unos 50 años; sin embargo desde los años noventa con el enfoque de capacidades de Amartya Sen, hasta la actualidad con Thomas Piketty e inclusive los propios organismos internacionales como el Banco Mundial (<https://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/978-1-4648-0504-2>), el Fondo Monetario Internacional (<https://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2015/sdn1513.pdf>) y Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (<https://www.oecd.org/els/soc/OECD2015-In-It-Together-Chapter1-Overview-Inequality.pdf>) se ha señalado la incapacidad del crecimiento para generar por sí solo una trayectoria hacia el desarrollo.

**Gráfico 1.**  
**Nivel de desarrollo (IDH) y peso de las contribuciones (tributarias y a la seguridad social)**



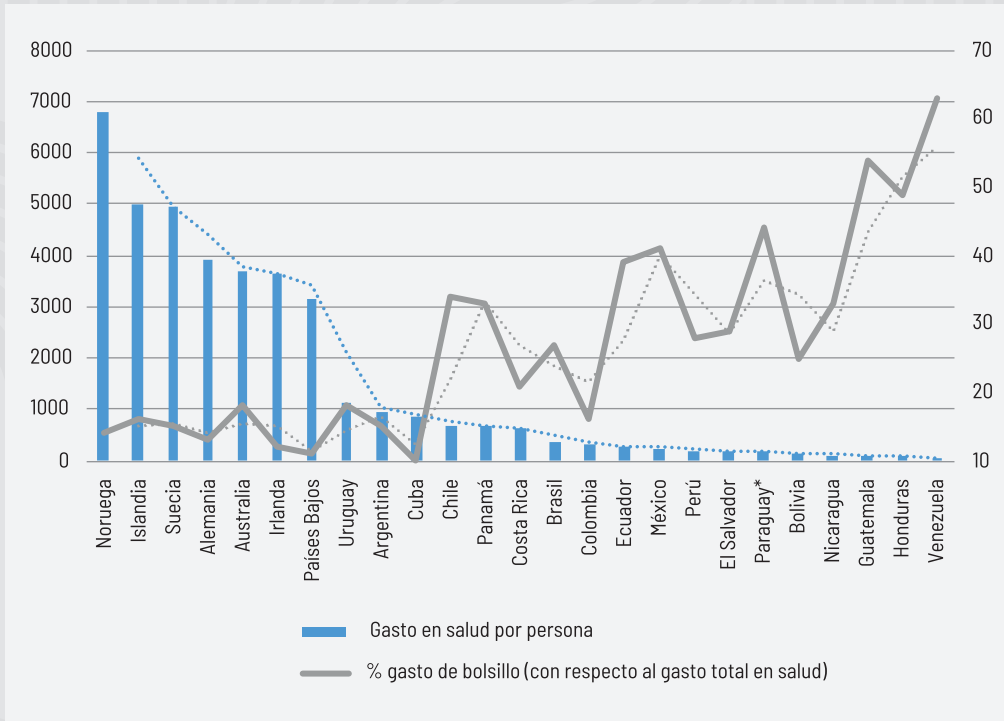
Fuente: OCDE (<https://www.oecd.org/tax/tax-policy/base-de-datos-global-de-estadisticas-tributarias.htm>).  
 OMS (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es>)

Los impuestos como mecanismo principal de financiamiento se traducen en mayor espacio fiscal para la inversión pública. El siguiente gráfico muestra los niveles de inversión en salud por persona de los países de mayor IDH de Europa y los países latinoamericanos. Una de las principales consecuencias de una alta prioridad tributaria para la salud es la reducción del gasto de bolsillo.

Las implicancias de ello no son menores. Básicamente significa que las personas no son excluidas de su derecho a la salud por falta de recursos, tal como ocurre en los casos en que el acceso a los servicios sanitarios depende de la capacidad del pago individual o familiar.

Como se puede observar, Paraguay se encuentra entre los países de menor inversión en salud y consecuentemente 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 2.**  
**Inversión en salud y gastos de bolsillo**



OMS (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es>)

# Mito 2: el Estado no sirve



El segundo mito prevaleciente entre quienes no quieren reducir los privilegios tributarios es que en Paraguay la inversión social no sirve, lo cual se demostrará que no es cierto. A continuación, se presentan los datos relativos a la inversión en salud y la evolución de algunos indicadores.

Como se puede ver, la inversión en salud fue aumentando, aunque muy lentamente quedando hoy al descubierto la ausencia histórica de la prioridad estatal al sector. A partir del año 2005, la inversión pública en salud inicia una tendencia ascendente interrumpida en el año 2008. El crecimiento de la inversión en salud se vuelve a retomar con fuerza en el 2009. A partir del 2013, la tendencia ha sido de un crecimiento mínimo del presupuesto de salud, con un posterior estancamiento. Como se verá más adelante, este estancamiento coincide con el aumento de los pagos de los servicios de la deuda.

**Tabla 1.**  
**Gasto real en salud pública (total y por persona) y tasas de crecimiento anual**

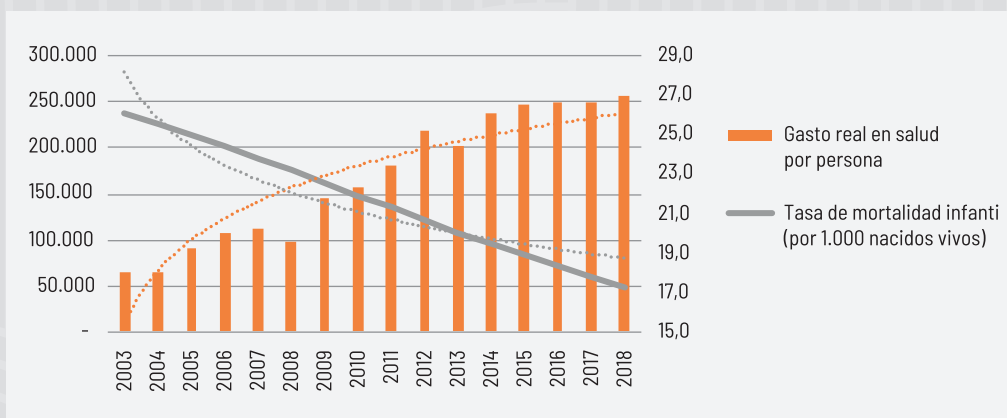
Años	Gasto real en salud (total) Guaraníes	Crecimiento anual (%)	Gasto real en salud por persona. Guaraníes	Crecimiento anual (%)
2003	367.443.015.130		65.809	
2004	368.567.410.766	0,3	64.867	-1,4
2005	527.109.171.791	43,0	91.199	40,6
2006	628.978.580.750	19,3	107.018	17,3
2007	671.023.519.472	6,7	112.311	4,9
2008	600.898.246.773	-10,5	98.966	-11,9
2009	895.601.444.651	49,0	145.183	46,7
2010	979.786.274.543	9,4	156.369	7,7
2011	1.153.970.214.069	17,8	181.348	16,0
2012	1.415.245.822.162	22,6	219.043	20,8
2013	1.323.046.787.154	-6,5	201.714	-7,9
2014	1.576.211.562.844	19,1	236.767	17,4
2015	1.665.695.843.730	5,7	246.560	4,1
2016	1.705.228.956.319	2,4	248.774	0,9
2017	1.728.522.365.295	1,4	248.578	-0,1
2018	1.815.640.132.336	5,0	257.429	3,6

Fuente: Ministerio de Hacienda. Plataforma BOOST ([http://168.90.176.79:8080/gastos\\_anual/](http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/)). DGEEC. Proyecciones de población. BCP. Anexo Estadístico.

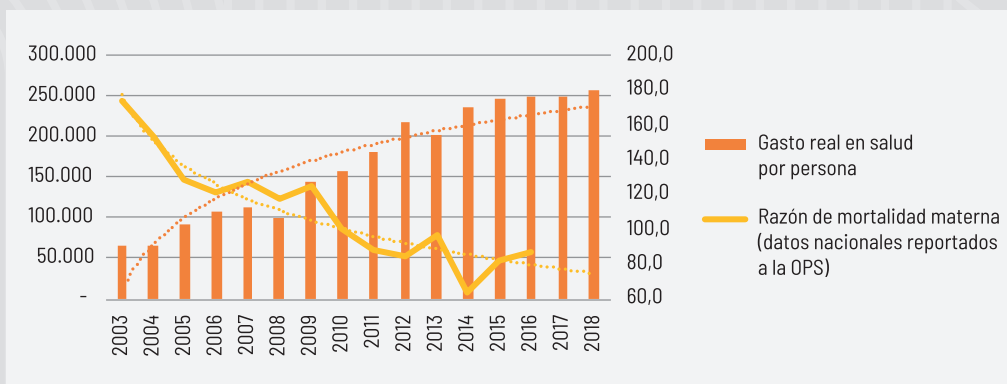
A pesar de la lentitud del crecimiento del presupuesto en salud, que ha mantenido al Paraguay en los últimos lugares de América Latina, se ha tenido avances en indicadores de resultados y de proceso. Como ejemplo se incluyen las tasas de mortalidad materna e infantil y el acceso a salud, agua y saneamiento.

La tendencia es muy clara. A medida que aumenta la inversión en salud se reducen ambas tasas de mortalidad y casi con la misma velocidad que el aumento presupuestario. Obsérvese que en los últimos años las mejoras se enlentecen ya que también deja de crecer la inversión en salud.

**Gráfico 3.**  
**Gasto real por persona y mortalidad infantil**



**Gráfico 4.**  
**Gasto real por persona y mortalidad materna**



Fuente: Ministerio de Hacienda. Plataforma BOOST ([http://168.90.176.79:8080/gastos\\_anual/](http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/)) y CEPALSTAT ([https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e](https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e))

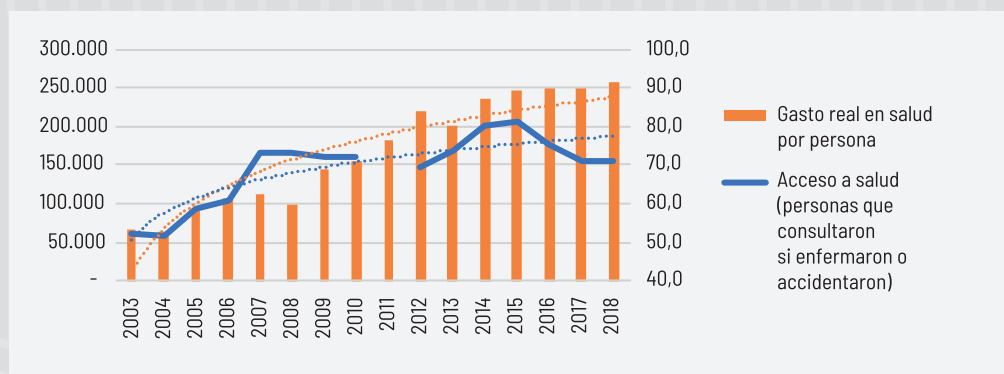
Otros dos indicadores relevantes para el desarrollo y en particular para el contexto de esta pandemia es el acceso a consultas y a servicios de agua y saneamiento. Los siguientes gráficos muestran que estas variables también presentan mejoras desde 2003. En el primer caso, se puede notar un aumento importante de las consultas a partir de 2011, en coincidencia con la implementación de las Unidades de Salud Familiar (USF), con una caída posterior vinculada a un desmantelamiento de las mismas y el retorno del enfoque centrado en la atención en los establecimientos de salud. Por ejemplo, en 2003 en el sector rural solo consultaba el 42,6% de la población que se enfermaba o accidentaba, en 2015 lo hizo el 79,2%. Con la caída de la inversión en salud y el retroceso del modelo de atención primaria cayó al 69,8% en 2018.

El acceso a agua y a saneamiento también muestra avances en el periodo. La inversión en salud incluye los recursos destinados a ampliar estos servicios. Además de una mayor proporción de personas cubiertas, hay que destacar un mayor efecto en el área rural, por lo que las brechas con el sector urbano se están reduciendo.

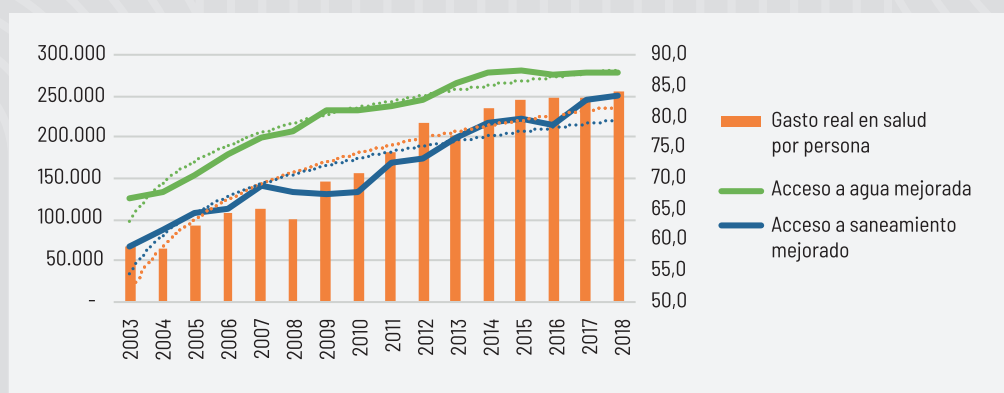
Así, al inicio del periodo para el que se cuenta con datos presupuestarios (2003), solo el 30,1% y 46,8%, respectivamente, de la población rural tenía acceso a agua y saneamiento mejorados. En 2018 estas proporciones llegaron a 81,4% y 64,2%. El menor avance en saneamiento es consistente con el menor esfuerzo presupuestario realizado en ese ámbito.

Estos indicadores son de cobertura, no hacen referencia a calidad: consultas con medicamento incluidos, potabilidad del agua, etc. No obstante y a pesar de que el ritmo de aumento en el sector rural está siendo más rápido que en el sector urbano, el sector rural se encuentra unos 15 años atrasado con respecto a las ciudades. La cobertura rural en saneamiento está más de 20 años atrasada, en agua más de 15 y en consultas alrededor de una década.

**Gráfico 5.**  
**Gasto real por persona y acceso a consultas**



**Gráfico 6.**  
**Gasto real por persona y acceso a agua y saneamiento mejorados**



Fuente: Ministerio de Hacienda. Plataforma BOOST ([http://168.90.176.79:8080/gastos\\_anual/](http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/)) y DGEEC (2018). Condiciones de vida.

El financiamiento de la salud por la vía del endeudamiento no es sostenible en el tiempo. Eso lo demuestran años de estudios sobre el impacto negativo que han tenido las olas de endeudamiento en América Latina, y que han derivado en los 80s en los programas de ajuste estructural y en la década pasada con las políticas de “austeridad”. Ambas respuestas afectaron 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 presenta un aumento del 0,7% promedio anual y la inversión en salud aumenta 29,2% promedio anual. En el

segundo periodo señalado, el servicio de la deuda aumenta 15,5% anual, mientras que la inversión en salud lo hace en solo 11,5% promedio anual.

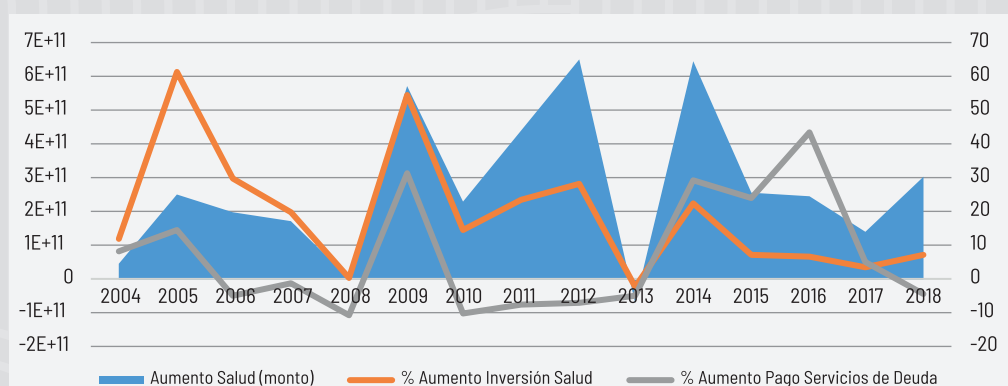
El siguiente gráfico ilustra la tasa de crecimiento anual de la ejecución presupuestaria en salud (línea naranja) frente a la tasa de crecimiento anual del servicio de la deuda (línea gris). Hasta el año 2013, la línea gris se mantiene por debajo de la línea naranja, incluso en algunos años a tasas negativas. 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, por lo cual la inversión real por persona se podría decir que muestra una tendencia al estancamiento, lo cual afecta actualmente a la capacidad del sistema de salud para enfrentar los problemas propios en tiempos normales y aún más en tiempos de 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 mantiene 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 electoral priorizándose la Justicia Electoral– o política. Es decir, si la gestión pública se enlentece por el trabajo de los operadores políticos en las instituciones sanitarias o por el temor de los funcionarios públicos ante el cambio de gestión, al no existir carrera del servicio civil.

**Gráfico 7.**  
**Inversión por persona en Salud y en Servicio de la deuda**



Fuente: Ministerio de Hacienda. Plataforma BOOST ([http://168.90.176.79:8080/gastos\\_anual/](http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/))

En contrapartida al estancamiento de la inversión en la salud pública, el Estado ha desviado recursos hacia el sector privado en seguros –llamados seguros VIP– y tercerizaciones. Una rápida revisión de los contratos muestra un rápido aumento de los recursos en la última década.

**Tabla 2.**  
**Adquisiciones públicas en el área de salud**

Año	Inversión Salud (Gs. corrientes)	Contratos privados para servicios de salud	
		Gs. corrientes	% respecto a la inversión pública
2010	1.847.370.463.414	80.650.123.902	4,4
2011	2.286.552.935.854	151.271.740.184	6,6
2012	2.938.349.850.852	121.375.929.340	4,1
2013	2.868.074.481.380	228.243.039.452	8,0
2014	3.512.714.787.947	188.852.394.225	5,4
2015	3.771.710.136.445	473.091.075.952	12,5
2016	4.020.481.682.108	401.892.610.940	10,0
2017	4.162.851.315.701	570.449.366.524	13,7
2018	4.466.668.167.559	521.252.599.200	11,7

Fuente: Dirección Nacional de Contrataciones Públicas.

Estos recursos contribuyen a la ineficiencia pública ya que son fondos públicos a “fondo perdido”. Es decir, cada año el Estado tiene que renovar el contrato y volver a pagar por cada funcionario o parlamentario aun cuando el seguro no sea usado. Al contrario de la opción mixta basada en un fondo solidario como es el caso del Instituto de Previsión Social (IPS), los fondos que no se utilizan en las edades de juventud, por que la probabilidad de sufrir una enfermedad grave es baja se acumulan para su uso en la vejez.

La situación se agrava si se considera que la edad de quienes integran el funcio-  
nariado público es relativamente baja y son personas con un estado de salud bueno  
en promedio. El sector público paga al sector privado por atender una población  
joven y más sana. Pero cuando los funcionarios se jubilan y son más propensos a  
sufrir enfermedades, pasan a utilizar los servicios públicos. Durante el periodo de la  
pandemia, esta población pasará a ser atendida por el sector público.

La población cubierta con los seguros privados, junto con estos recursos debería  
ir pasando al IPS paulatinamente a medida que se fortalezcan los servicios de esta  
entidad con una fuerte inversión en infraestructura.

# Algunas conclusiones, desafíos y recomendaciones



Paraguay se encuentra entre los países de menor desarrollo de la región y eso tiene directa relación con el lento avance de las políticas sociales, lo que a su vez se relaciona con la escasa capacidad de financiamiento derivada de la baja presión tributaria.

**Los problemas que se observan en esta pandemia son el resultado del escaso compromiso que tuvo el país en mejorar la calidad de vida de la población, reflejado en la baja presión tributaria que se traduce de manera directa en la reducida inversión social.**

**A pesar del escaso esfuerzo presupuestario realizado, se observan importantes mejoras en los indicadores básicos de salud, lo cual niega la hipótesis de que los impuestos generados en el país no han dado los resultados esperados. Han dado los resultados que se podían esperar.**

La política sanitaria, con baja cobertura e insuficientes recursos humanos, instalaciones y equipamiento no está preparada para enfrentar las causas de morbimortalidad en tiempos normales, menos aún en una pandemia, lo cual se muestra con terrible crueldad en estos momentos.

En el ámbito de la educación, se ha mejorado sustancialmente en la cobertura, no así en la calidad, sobre todo en una educación basada en valores. El resultado es una ciudadanía que no respeta las normas de aislamiento social por la ausencia de un sentido de pertenencia, cuyo origen no está solo en la educación sino también en la persistencia de profundas desigualdades que debilitan los lazos que sostienen la cohesión social.

Ante la necesidad de mantener el aislamiento social en un contexto de altos niveles de informalidad y bajos ingresos, los mecanismos para garantizar un consumo mínimo no están funcionando, razón por la cual el gobierno debió cambiar por lo menos 3 veces su propuesta de implementación y una vez iniciado el proceso se hizo sumamente lento. Al no existir un sistema de protección social, el Estado descubrió que no sabe quiénes son ni donde está la población mayoritaria y a la vez la más vulnerable a un shock.

Adicionalmente a la debilidad de las políticas públicas se encuentra el modelo de financiamiento. En el caso de salud en particular, el endeudamiento y la privatización de los servicios ponen en riesgo la capacidad presente y futura de proveer cobertura universal de salud y garantizar el ejercicio del derecho a la salud establecido en la Constitución y en numerosos compromisos internacionales ratificados por el país.

Este es el momento en que es necesario debatir sobre la trayectoria del desarrollo que se debería iniciar en unos meses más cuando se reduzca la presión de la pandemia. Ese debate tiene que tener lugar con información y transparencia, poniendo en primer lugar los derechos ciudadanos, lo que implicará romper con las ataduras que imponen los sectores que se niegan a perder sus privilegios para garantizar los derechos de la mayoría.

Los desafíos en el financiamiento a la salud son muy claros. A largo plazo, se necesita discutir el modelo: basado en impuestos, en contribuciones a la seguridad social o mixto. A corto y mediano plazo, los desafíos tienen relación con el aumento de la inversión en salud y la ampliación de la cobertura del Instituto de Previsión Social. Para ello, se hacen las siguientes recomendaciones:

- i. Paraguay necesita duplicar su inversión en salud en los próximos 5 años. Esto significa aumentar paulatinamente su presupuesto en unos US\$ 200 millones de dólares anualmente, cifra que se puede obtener de los impuestos a la soja, tabaco, alcohol, bebidas azucaradas y alimentos “chatarra”.
- ii. La salud no debe ser financiada con endeudamiento por dos razones. En primer lugar, porque esos son fondos temporales; en segundo lugar, porque el repago de la deuda siempre implica recortes al gasto social, tal como ya está ocurriendo en la actualidad en Paraguay.
- iii. El aumento de la cobertura de salud del IPS puede empezar incorporando a los funcionarios públicos que hoy están en el sector privado a medida que se produzcan vencimientos de los contratos. Ello requiere una ampliación en recursos humanos, infraestructura e insumos que podría financiarse con el traspaso paulatino de los fondos que actualmente se destinan a los seguros VIP.
- iv. Si es necesario, el Estado debería subsidiar al IPS en la inversión inicial, tanto por la entrada de los funcionarios públicos como de otras personas como trabajadores independientes que deseen ingresar de manera voluntaria pero que su aporte sea insuficiente porque sus ingresos no llegan al salario mínimo y no pueden cubrir el costo total.
- v. El sistema de salud pública debe garantizar mecanismos de intercambio de información y de financiamiento para reducir la ineficiencia de múltiples fondos garantizando el derecho a la salud. Por ejemplo, aportantes de IPS que acuden al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) no deberían ser excluidos de la atención de ese Ministerio, sino garantizarse el co-pago. Esto además disminuiría la necesidad de que el IPS requiera inversiones en lugares donde hay pocos aportantes y ya existe cobertura del MSPBS.

- vi. La experiencia de la implementación de la estrategia de atención primaria de la salud ha demostrado su bajo costo y alto impacto, por lo que debe fortalecerse para impulsar un aumento de la eficiencia en la inversión sanitaria y una mayor cobertura de los servicios de prevención.
- vii. El acceso a agua potable y saneamiento básico no puede ser desvinculado del financiamiento a la salud, tanto por ser un derecho básico como por su rol en la eficiencia de la política sanitaria. Una parte importante de las causas de enfermedad y muerte en Paraguay están relacionadas con la falta de estos dos servicios.



© 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](mailto:cadep@cadep.org.py)  
[www.cadep.org.py](http://www.cadep.org.py)

Diseño y diagramación: Karina Palleros  
Asunción, abril 2020



Ilustración: Shutterstock / De petovarga