



TESÄI HA TEKO  
PORAVE  
MOTENONDEHA  
MINISTERIO DE  
SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÄ REKUÁI  
GOBIERNO NACIONAL  
Iajapo ñande raperá ko'ága guive  
Construyendo el futuro hoy

# PARAGUAY CUENTAS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN  
DIRECCIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE FINANCIAMIENTO EN SALUD

2012 - 2016

Dr. Carlos Morínigo, Ministro de Salud  
Dra. María Teresa Barán Wasilchuk, Vice Ministra de Salud

Equipo de Cuentas de Salud  
Patricia Giménez León, coordinación  
Marta Viveros de Alfonzo  
Nancy Gadea de Torres  
Verónica Duarte Domaniczky  
Hilda Benítez  
Leticia González  
Edgar Ortega Portillo  
Fanny Paredes Franco  
Isidro Caballero  
Nidia Gómez  
Carlos Cáceres

#### Contactos

Economista Marta Viveros. Directora de Economía de la Salud. DGPE.  
Email: [martaviverosma@hotmail.com](mailto:martaviverosma@hotmail.com)  
Economista Nancy Gadea. Jefe Dpto. Financiamiento en Salud. DES\_DGPE.  
Email: [nangadea@hotmail.com](mailto:nangadea@hotmail.com)

Catálogo por el Centro de Información y Documentación de la Representación de la OPS/  
OMS/PAR  
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - MSPBS  
Cuentas de Salud 2012 - 2016  
Asunción: OPS/OMS, 2018, 38 págs.

ISBN: 978-99967-36-80-3

# Indice

Introducción .....	5
Capítulo I: Marco conceptual y Justificación .....	6
I.a. ¿Qué son Cuentas de Salud? .....	7
I.b. ¿Por qué Cuentas de Salud? .....	6
I.c. ¿Qué objetivos se trazaron para este trabajo? .....	8
I.d. ¿Cuáles son los marcos legales del trabajo? .....	8
I.e. Aspectos metodológicos sobre la estimación del gasto en salud .....	8
I.f. Tablas elaboradas .....	9
I.g. ¿Cuáles fueron las principales limitaciones? .....	15
I.h. ¿Cuáles son las fuentes de información utilizadas? .....	16
I. i. Descripción del Sistema de Salud .....	17
a) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) .....	17
b) Instituto de Previsión Social (IPS) .....	17
c) El Hospital de Clínicas .....	18
d) Sanidad de las Fuerzas Armadas .....	18
e) Hospital Policial .....	18
f) Otras entidades públicas, empresas públicas y gobiernos municipales y locales .....	19
g) Compañías de seguros que ofrecen cobertura en salud .....	19
h) Hogares .....	19
Capítulo II: Financiamiento del sector salud y principales fuentes de financiamiento .....	20
II.a. Ingresos de los Esquemas de Financiamiento del Sistema .....	21
II.b. Agentes de Financiamiento (FA) .....	22
Capítulo III. Gasto Corriente en salud (GCS) .....	23
III.a. Clasificación del Gasto según Proveedores de Servicios de Salud (HP) .....	23
III.b. Gasto en Salud clasificado según Funciones de Salud .....	26
III.c. Gasto en Salud clasificado según Factores de Provisión de Servicios .....	30
III.d. Gasto de Capital del sector público .....	31
Conclusiones .....	34
Principales retos .....	36
Bibliografía .....	37
Contactos .....	2



# Introducción

No es de sorprender que las personas consideren la salud como una de sus mayores prioridades, situándose en la mayoría de los casos sólo por detrás de problemas socio-económicos como la inseguridad, el desempleo, el sistema educativo y la corrupción; como consecuencia, la salud suele convertirse en un tema político, ya que el rol del Estado en el financiamiento de la salud es significativo y cuando el gasto de salud es bajo, el sector privado lo financia con mayor preponderancia en el concepto de gasto de bolsillo.

Es debido a esta importancia en la medición del gasto que el Ministerio de Salud en los últimos años ha realizado esfuerzos por contar con información respecto a la estructura, distribución y evolución del gasto de salud en el país. Como resultado se han elaborado de manera sistemática las Cuentas de Salud como un instrumento de transparencia y de contribución al monitoreo del avance hacia la cobertura universal de salud. Estas cifras que se encuentran disponibles desde el año 2003 bajo una misma metodología SHA2011, son elaboradas por la Dirección de Economía de la Salud bajo la coordinación de la Dirección General de Planificación y Evaluación y con el apoyo de un Comité Interinstitucional en cuya composición se encuentran organismos tales como el Ministerio de Hacienda, la Superintendencia de Salud, el Banco Central del Paraguay, la Secretaria Técnica de Planificación, la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos quienes validan el trabajo y los resultados son reportados a la Organización Mundial de la Salud – OMS para ser publicados en el Informe de la Salud en el Mundo.

## Capítulo I: Marco conceptual y Justificación

En Paraguay, las estadísticas financieras y económicas del sector salud, tienen un carácter bastante limitado y su uso por los profesionales sanitarios, generalmente responde a la única necesidad de disponer de indicadores agregados, tales como el gasto en salud, la relación de este con el Producto Interno Bruto y la composición institucional.

Desde el año 2014 la Dirección de Economía de la Salud, dentro del Departamento de Finanzas y Cuentas de Salud realiza el estudio de Cuentas de Salud, bajo la metodología del Manual de Cuentas de Salud versión 2011, el primer ejercicio partió del año 2012 al 2013 con apoyo de la OPS/OMS, con enfoque del financiamiento y gasto corriente en salud, cuyos resultados se han remitido a las autoridades ministeriales y realizado la exposición correspondiente, posteriormente se siguió realizando el estudio incorporando el año 2014, también gastos corrientes y ya se incluía el gasto de capital cuyos resultados e informe ejecutivo se ha elevado a las autoridades ministeriales y posteriormente estos a la OPS/OMS.

Desde un principio las tablas realizadas fueron: Clasificación por esquemas de financiamiento (HF), clasificación por agentes de financiamiento (FA), clasificación por ingresos de los esquemas de financiamiento (FS), clasificación por factores de provisión de servicios (FP), clasificación por proveedores de atención a la salud (HP), clasificación por funciones de atención a la salud (HC) y posteriormente se ha elaborado la clasificación por gasto de capital (formación bruta de capital). En estos dos ejercicios de elaborar las tablas bajo una misma metodología se han elaborado también las matrices de doble entrada de datos, o tablas cruzadas. En ocasión de la participación de nuestro país en el taller de aprendizaje de pares para la institucionalización de Cuentas de Salud (SHA 2011), la OPS/OMS ha solicitado elaborar una serie de datos desde el año 2000 al 2015, para las clasificaciones de Esquemas de Financiamiento (HF), Ingresos de los Esquemas de Financiamiento (FS), Factores de Provisión de Servicios de Salud (FP), Agentes de Financiamiento (FA), lo cual se ha podido cumplir a partir del año 2003 por la disponibilidad de datos tanto del sector público como privado, a partir de dicho año en adelante se logró realizar con éxito e incluso se ha agregado la clasificación de Gastos de Capital (HK), con lo cual como país hemos logrado introducir nuestros datos en la plataforma de datos de Organización Mundial de Salud, en la siguiente dirección: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

En esta oportunidad se han finalizado las mismas clasificaciones antes mencionadas, en formato de tablas básicas, de forma manual, ya que no se ha podido cargar la base de datos en la herramienta HAPT elaborada para este fin, por lo que se ha procedido a trabajar en planillas de cálculos Excel.

### I.a. ¿Qué son Cuentas de Salud?

---

Son un conjunto de cuadros en los que se encuentran organizados los distintos aspectos del gasto en salud de una nación. Lo que distingue las cuentas de salud de otras formas de revisión de gasto es una o varias de las siguientes consideraciones:

- una clasificación rigurosa de los tipos y los propósitos de todos los gastos y de todos los actores en el sistema de salud;
- una contabilidad completa de todo el gasto destinado a la salud, independientemente de su origen, destino u objeto del gasto;

- un acercamiento riguroso a la recolección, catalogación y estimación de todos los flujos de dinero relacionados con el gasto en salud;
- una estructura que busca el análisis continuo (en oposición a los estudios de una sola ocasión).

Cuando se construyen de manera adecuada, las cuentas de salud de una nación complementan otros sistemas de información a fin de proporcionar un panorama más completo del desempeño del sistema de salud.

Considerando su dependencia de clasificaciones estandarizadas de proveedores y funciones, las cuentas de salud ilustran los vínculos entre el financiamiento, la prestación y los resultados de los servicios y bienes de salud. (Guía del Productor de Cuentas Nacionales de Salud).

### Principales agregados

**Gasto corriente en salud:** es el consumo final de bienes y servicios de salud de las unidades residentes, incluyendo los servicios de salud ofrecidos a individuos y los servicios colectivos.

La formación bruta de capital en salud se define como la adquisición de activos producidos; es decir, los activos que se utilizan en la producción de otros bienes y servicios a lo largo de un año o un período más largo de tiempo.

Por referirse a momentos de consumo diferente el SHA 2011 recomienda no sumar estos dos conceptos.

### I.b. ¿Por qué Cuentas de Salud?

---

El país requiere contar con un reporte o informe anual con reconocimiento oficial, de la situación actual y tendencias de los principales indicadores del gasto y financiamiento, y un análisis consecuente con éstos y la realidad del sector salud. Este es un paso importante en una dinámica de retro-alimentación, un requisito indispensable para mejorar la producción, uso e interpretación de las estadísticas y datos en cuestión. La tarea parece adaptarse al rol rector del Ministerio de Salud, pero sin duda alguna, es obligatoria la participación activa de otros importantes actores (Instituto de Previsión Social, Banco Central, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos). También por razones tales como:

**Transparencia:** las cuentas propuestas están diseñadas para satisfacer las necesidades de los analistas de los sistemas de atención de la salud y los responsables de elaborar las políticas. Proporcionan un marco común para incrementar la comparabilidad de los datos en el tiempo y entre países. Están previstas para utilizarse en comparaciones internacionales que incluyan gran cantidad de países con formas diferentes de organizar la atención de la salud y su financiación.

La sociedad exige cada vez más la rendición de cuentas de los sectores público y privado, con el fin de transparentar tanto las fuentes de financiamiento de los bienes y servicios que producen, así como de los tipos de gasto que realizan. Además de esta necesidad social, está el hecho de que la rectoría en salud requiere de información detallada del financiamiento y gasto del sector, con el fin de reorientar el gasto y de promover mecanismos de financiamiento con equidad y solidaridad.

**Eficiencia:** para juzgar la eficiencia distributiva de los programas de salud del sector público, un país debe tener una imagen clara de lo que son sus gastos en áreas específicas, tales como la infraestructura, salarios del personal y medicinas; además, los funcionarios con poder de decisión deben saber el peso relativo del sector público y del privado. De la misma forma, para pronosticar el impacto sobre la salud y el bienestar, deben saber si los gastos en salud de cada hogar están aumentando o disminuyendo.

### **I.c. ¿Qué objetivos se trazaron para este trabajo?** \_\_\_\_\_

El presente estudio tiene como objetivo aportar evidencias en las siguientes tres dimensiones:

- La situación actual del financiamiento y gasto en salud.
- Las tendencias del gasto y financiamiento en el corto y mediano plazo, y
- Los retos prioritarios propios del sistema de salud.

### **I.d. ¿Cuáles son los marcos legales del trabajo?** \_\_\_\_\_

El trabajo se enmarca en la Política Nacional de Salud 2015-2030 estrategia 1: fortalecer la rectoría y la gobernanza y el Plan Estratégico Institucional 2013-2018 eje estratégico 3: garantizar la transparencia, eficiencia, la participación ciudadana y la calidad en la gestión.

Se halla vigente el Decreto 20.608/2003 que crea el comité interinstitucional de Cuentas de Salud el cual tuvo una ampliación de los representantes mediante el Decreto del Poder Ejecutivo N° 8.988/2018, para incluir a más instituciones del sistema sanitario del país, quedando la composición del mismo de la siguiente manera: 1) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2) Ministerio de Hacienda, 3) Secretaria Técnica de Planificación, 4) Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, 5) Banco Central del Paraguay, 6) Superintendencia de Salud, 7) Hospital de Clínicas, 8) Instituto de Previsión Social, 9) Secretaria Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (SENADIS), 10) Hospital Militar, 11) Hospital Policial.

### **I.e. Aspectos metodológicos sobre la estimación del gasto en salud** \_\_\_\_\_

El Manual del Sistema de Cuentas de Salud (SHA2011) ofrece una metodología estructurada, acordada internacionalmente para rastrear, mediante clasificaciones, todas las transacciones (flujos de dinero) involucradas en el consumo de bienes y servicios de los residentes, así como las operaciones relativas a los bienes de capital para la salud.

Este método permite ampliar la visión que proporciona el método tradicional, ya que suministra información sobre el origen y uso de los recursos, así como la forma en que éstos transitan a través de los principales actores sectoriales.

El gasto en salud que se presentan en las tablas y análisis en el presente documento se refieren únicamente al gasto corriente.

Este gasto está expresado en moneda nacional.

## I.f. Tablas elaboradas

### Tabla 1: Esquemas de Financiamiento (HF)

La primera tabla elaborada es la clasificación de Esquemas de Financiamiento (HF), ya que inicialmente se debe conocer adecuadamente cómo se organiza el sistema de salud del país, como se movilizan y se asignan los fondos con los que se pagan los servicios que la población recibe y esta tabla contiene los componentes básicos, "esquemas o módulos" de la estructura funcional del sistema de financiamiento, que incluyen también normas como la recaudación y mancomunación de recursos, por ejemplo los esquemas voluntarios de pagos, los pagos directos, los esquemas gubernamentales, contributivos y obligatorios, los cuales facilitan la notificación de los gastos políticamente relevantes a fin de que sea posible compararlos a lo largo del tiempo y entre diferentes países.

Para la elaboración de esta tabla se han presentado dos situaciones particulares: por un lado, las municipalidades tienen sus datos consolidados y no se pudo conocer lo referente al gasto destinado solamente a salud en lo reportado por las mismas al Ministerio de Hacienda, por lo que no ha sido posible introducir en la tabla el gasto en salud realizado por las municipalidades. Por otro lado, previo análisis se ha decidido excluir del cálculo los gastos administrativos del IPS bajo una decisión conjunta con representantes de dicha entidad. (Si bien para el periodo 2012-2013 se estimó un valor preliminar en base a los datos del Presupuesto de la entidad y del porcentaje de población con cobertura médica según datos de la DGEEC, dicho valor finalmente no ha sido incorporado).

### Tabla 2: Clasificación según Agentes de Financiamiento (FA)

La segunda tabla elaborada fue la Clasificación según Agentes de Financiamiento (FA) esta tabla complementa la anterior (HF) debido a que un agente de financiamiento como unidad institucional puede participar en uno o más esquemas de financiamiento, como componente de la estructura contable del financiamiento de la salud y lo hace a través de la gestión del pago de servicios en tres formas: financiando los servicios producidos en sus instituciones, comprando servicios de terceros o reembolsando a los pacientes que han pagado directamente a los proveedores.

Su elaboración no representó mayores desafíos y pudo terminarse en muy corto plazo.

Los agentes pueden agruparse en 5 grandes grupos:

1. La Administración Pública General:
  - 1.1. Administración Central que incluye al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Hospital de Policía, Sanidad Militar, Instituto Nacional de Protección a Personas Excepcionales – INPRO, SECRETARIA NACIONAL POR LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD – SENADIS, Dirección de Beneficencia y Ayuda Social – DIBEN, Hospital de Clínicas, Instituto Oncológico;
  - 1.2. La Administración Provincial/Regional/Local: que incluye a las gobernaciones;
  - 1.3. La Agencia de la Seguridad Social: integrada por el Instituto de Previsión Social;
2. Las empresas de seguros médicos;
3. Sociedades (que no sean de seguros);

4. Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares; y;
5. Hogares.

### Tabla 3: Clasificación según Ingresos de los Esquemas de Financiación (FS)

La tercera tabla elaborada obedece a la clasificación según Ingresos de los esquemas de financiación (FS), estos informan de los mecanismos específicos de aportación de los agentes de financiación (primas, cotizaciones sociales, etc.) de los esquemas de financiamiento (HF), las categorías de esta clasificación son los distintos tipos de transacciones a través de las cuales los esquemas de financiamiento obtienen sus ingresos cuyo objetivo es agrupar los tipos de ingresos en categorías excluyentes.

La elaboración de la presente tabla requirió un poco más de dedicación y atención a fin de ajustar al Manual de Cuentas de Salud los fondos provenientes de diferentes fuentes de ingresos, específicamente para el MSPBS en lo referente a "Préstamos" que se ha clasificado como una cuenta por debajo de la línea.

### Tabla 4: Clasificación de Factores de Provisión de los Servicios de Salud (FP)

La cuarta tabla corresponde a la clasificación Factores de Provisión de los Servicios de Salud (FP) en términos del SHA2011 se definen como el valor de los insumos utilizados en el proceso de prestación de servicios de salud con lo cual se puede ilustrar la proporción del gasto corriente asignado a mano de obra, productos farmacéuticos, uso de equipos y edificios, etc.

El grado de dificultad para la elaboración de esta tabla se centró básicamente en ajustar los insumos a las categorías indicadas por el SHA2011, lo cual demandó suficiente atención para la clasificación. La parte pública se pudo clasificar por objeto del gasto, pero ante la ausencia de datos precisos del gasto directo o de Hogares en el sector privado, se estimó un valor a partir del Consumo Privado, con año base 1994, reportado en el Anexo Estadístico por las Cuentas Nacionales del Banco Central del Paraguay al cual se le aplicó el peso del gasto en salud reportado en la metodología de Índice de Precios al Consumidor (IPC)<sup>1</sup> base diciembre 2007, que se halla clasificado según bienes y servicios conforme a la Clasificación del Consumo Individual por Finalidades (CCIF). Una vez hecho esto se obtuvo una estimación del valor del gasto de los hogares en salud. El siguiente paso fue distribuir dicho valor según sea la conducta del gasto en salud de las personas que no recurren a un seguro médico o institución pública; y para este efecto, las Encuestas Permanente de Hogares que se realiza anualmente (EPH\_DGEEC) ha servido de parámetro ya que la información es clasificada por componente del gasto de hogares, es decir, consulta, hospitalización, medicamentos, alimentos, transporte y otros y un total que se refiere al sector de la población que declaró estar enferma o accidentada en los últimos 90 días anteriores a la encuesta. Estos pesos se aplicaron al total de gasto de hogares para luego distribuir a cada ítem antes mencionado, e ir ajustando a la metodología SHA2011. El caso es parecido con la información que se recoge de los balances de medicina prepaga que Superintendencia de Salud facilita, cuya ventaja es que viene clasificado en ítems como honorarios médicos, servicios pre hospitalarios, medicamentos, imágenes y laboratorio, medicamentos, gastos operativos, impuestos, los cuales se pueden adaptar a las categorías requeridas por la metodología SHA2011.

Con estas estimaciones se consolidan todos los agentes de financiamiento para obtener un total que debe coincidir con las demás tablas. En esta ocasión se diseñaron tablas que puedan

<sup>1</sup> <https://www.bcp.gov.py/notas-tecnicas-y-metodologicas-i131>.

mostrar estos gastos por sectores: público (8 agentes) y privado (2 agentes), así como las dos más representativas del sector público: MSPBS e IPS, agrupando al Hospital de Clínicas, Hospital Militar, Hospital Policial, Gobernaciones, DIBEN, SENADIS en una sola columna a efectos comparativos. También se confeccionó otra tabla que consolida todos los datos sin discriminar por agentes, pero recoge las cifras de cinco años, con esta representación se puede cumplir con uno de los objetivos del presente trabajo que es mostrar las tendencias del gasto y financiamiento en el corto y mediano plazo; se procedió de la misma forma en las subsiguientes clasificaciones.

### Tabla 5: Proveedores de Atención de Salud

La quinta tabla es la de Proveedores de Atención de Salud, la cual implicó un gran esfuerzo tanto en la aplicación de conocimiento del sistema de salud, como de tiempo que ha llevado su elaboración; no encontrando una fuente de datos que demuestre cual es el gasto por proveedor de servicios, se procedió a realizar cálculos auxiliares por agente, se comenzó con el Ministerio de Salud, como anfitriones del trabajo, es el que más se conoce del manejo organizativo, por tanto se procedió a seguir aplicando la manera en la que hemos estimado para el primer trabajo de los años 2012 y 2013, así como también 2014. En este punto se tomó para el HP.1 en las subcategorías: hospitales generales, materno infantiles y distritales, el modelo de distribución que realiza la 11° Región Sanitaria de Central, cuya distribución del gasto se acerca a lo que las demás regiones sanitarias realizan. Se toma la participación de estos niveles mencionados en relación al total de gasto de la región y esta es la ponderación estándar que se atribuye a nivel país. Por otra parte, como se sabe que la Dirección General de Insumos Estratégicos en Salud es la encargada de la distribución de medicamentos e insumos a todo el MSPBS, y por tanto a cada región sanitaria según las diferentes necesidades previstas en el presupuesto vigente, y que se le provee durante todo el año, se ha realizado en un cálculo auxiliar estimativo de lo que se envió a cada región sanitaria.

Una vez obtenidas estas cifras de medicamentos se pasa a otra hoja de cálculo donde ya se tienen previstos los gastos por tipo de proveedor como distritales, puestos, centros e inclusive la parte del staff o área administrativa, que se mencionó con anterioridad en esta clasificación. En esta hoja de cálculo se suma el medicamento y se resta el staff que a propósitos de la metodología del SHA2011 debe ir en forma separada de los proveedores de servicios individuales. Logradas estas estimaciones se tienen las categorías y solo resta prestar atención para colocar las categorías presupuestarias dentro de las categorías del SHA2011 lo cual se ha logrado con la lectura detenida del Manual. El total debe coincidir con las otras tablas en esta institución.

Para la siguiente institución grande del sistema de salud que es IPS, se debió solicitar los datos de la producción por niveles de atención: consultas y días cama ocupada para realizar las estimaciones correspondientes. Se tuvo el cuidado de pasar la cantidad de días cama ocupada reportado por el IPS a un mismo lenguaje de consultas. Este fue un enfoque aprendido en ocasión del taller llevado a cabo en Perú para el manejo de la herramienta HAPT, donde nos instaban a unificar dos unidades de medidas diferentes: consultas e internación, con esto nos dimos cuenta de que debíamos pasar todo a consultas.

En relación a lo reportado como "convenios interiores" y "centros especializados" se averiguó con personal de estadísticas del IPS el nivel de atención que prestan estos convenios en el interior del país y estos centros, a lo que nos respondieron que solo se realizan consultas ambulatorias, por ende su nivel es de HP 3.4 centros de atención de la salud ambulatoria para SHA2011, (para IPS según la fuente disponible se compuso de los centros especializados, las clínicas periféricas y los convenios interiores).

Mediante los cálculos realizados se sumaron el total de consultas de los proveedores (es decir hospitales generales, distritales, materno infantiles, centros ambulatorios, puestos) y se dividió por nivel, a fin de utilizar estas ponderaciones con lo reportado como presupuesto ejecutado del IPS (del presupuesto del fondo de enfermedad y maternidad, es decir, solo salud que utiliza el IPS para sus beneficiarios).

Se hicieron cálculos para los años 2015 y 2016 a objeto de completar este estudio, ya que con anterioridad solo había datos al 2014.

Para las gobernaciones el tratamiento fue diferente, ya que no reportaron sus gastos en salud, en la ocasión en que se había solicitado por nota, se procedió a estimar acorde a lo distribuido por Factores de Provisión de Servicios, por asociación, de la siguiente manera: del total del presupuesto ejecutado por las 17 gobernaciones del país por objeto de gasto, se resta lo concerniente a los servicios de salud que en la metodología SHA2011 se encuentran bien claro (servicios de atención de salud y productos de atención de salud), se agrega otras partidas de gastos sobre los insumos (que generalmente solo son impuestos), con esta suma se tiene la base para el gasto administrativo. El siguiente paso por lógica es hallar la diferencia con el presupuesto total para obtener la parte del gasto en salud; de esta forma se preparan dos columnas una correspondiente a los centros que son el tipo de proveedor que este agente proporciona a la población cuyo resultado va en la categoría HP.3.4 Centros de atención a la salud ambulatoria y HP.7 Proveedores de administración y financiación del sistema de salud.

Para la Dirección de Beneficencia y Ayuda Social (DIBEN) la categorización en las tablas SHA2011 fue más fácil debido a que en el presupuesto se divide en programa administrativo y programa de acción por analogía se coloca estos montos en la tabla.

Para el Hospital Policial se utilizó todo el presupuesto ejecutado por la entidad en HP 1.1 Hospitales Regionales/Generales, por tratarse de un solo proveedor de servicios de salud.

En el Hospital Militar se utilizó la clasificación presupuestaria debido a que se conoce que dentro del programa de acción en el apartado de "Atención Integral de Salud a la Salud y Servicios Sociales de Calidad" se tiene el gasto ejecutado en el Hospital ubicado en la capital y que la salud ambulatoria, que funcionan a nivel de puestos, se encuentran en el apartado "Asistencia Médica Ambulatoria de las Fuerzas Terrestres", no hicieron falta estimaciones, se distribuyeron los años 2015 y 2016.

El gasto del Hospital de Clínicas se encuentra consolidado para el año 2016 dentro del presupuesto de la Facultad de Ciencias Médicas, estos datos se tuvieron que pedir al representante del Ministerio de Hacienda, y viene en formato PDF con el cual se pudo trabajar en una hoja de cálculo auxiliar, situación diferente que en el año 2015 ocasión en que se podía ver todavía su gasto en el sistema BOOST del Ministerio de Hacienda (en el apartado fuente se explicará esta parte con mayores detalles), inclusive por rubros presupuestarios pero no así el rubro 100, que a partir de ese año 2015 se tuvo que estimar tomando lo último conocido que es el año 2014 y obteniendo el peso que le correspondió a este rubro 100 (serie control) en relación al total de la Facultad de Ciencias Médicas (serie indicadora), para así poder extrapolar en los años siguientes donde falta este tipo de información. Una vez salvada esta situación se distribuye el gasto correspondiente en HP.1.1 Hospitales Generales (regionales). En años anteriores el presupuesto traía el gasto de la Unidad de Hemato-Oncología Infantil que se hallaba dentro del presupuesto de la Facultad de Ciencias Médicas, hasta el año 2014, posteriormente se han consolidado los datos y a efectos de conservar lo reportado en el estudio de 2012-2013 e inclusive 2014, se optó por estimar el gasto de acuerdo al peso que le correspondía en el último año aparición del reporte, es decir 2014, y aplicar dicho ponderador al gasto consolidado de la Facultad de Ciencias Médicas de los años 2015 y 2016., esta cifra corresponde a HP.1.3 Hospitales Especializados según la descripción que de los mismos se tiene en el SHA2011.

Una vez que tenemos todas las instituciones proveedoras de salud, se puede consolidar ya sea por sectores de salud (público y privado) como por una serie periódica de datos. Las cifras así obtenidas deben coincidir con todas las tablas, tanto en forma particular como de resultados finales.

La siguiente tabla implicó un esfuerzo aún mayor porque no se tienen datos disponibles y con antelación se previó esta situación y se aprovechó la recopilación de datos que hace la Memoria Institucional del MSPBS para agregar una planilla por funciones de salud, que no todas las regiones sanitarias, ni instituciones componentes y presupuestadas del MSPBS tienen, para salvar este inconveniente se utilizaron datos reportados en el año 2014. Fue muy importante contar con la tabla por proveedores ya que sirvió de base para obtener las cifras en las categorías parecidas como internaciones, ambulatorias, o los programas preventivos que por proveedores también se pudo calcular.

Hechas estas aclaraciones lo más relevante en el proceder fue distribuir las producciones reportadas por las instituciones y/o programas para a su vez poder calcular según los requerimientos de la metodología SHA2011, ajustar los datos en categorías pertinentes, tanto del año 2015 como 2016. En resumen, se tuvo que cruzar la tabla HP con el grueso de las funciones de salud reportadas para posteriormente ajustar en las categorías HC. Se consolidaron en una hoja de cálculo por sectores y por años desde el 2012 al 216.

Como en el IPS tampoco se dispone de información de gastos por funciones de salud, se pudo estimar a partir de la aplicación de las cifras de producción de consultas y días cama ocupada, reportada por la Dirección de Planificación de dicha institución y como previamente se tenían elaboradas las clasificaciones en una hoja auxiliar pues se utilizó para HP, lo siguiente era ajustar a los requerimientos SHA2011 referentes al sector solo salud, es decir no se tuvo en cuenta los gastos en jubilaciones. Se trabajaron los años 2015 y 2016, sin los gastos de administración, y se agregaron los años anteriores para ir preparando para el gran total del sistema de salud.

Las gobernaciones tampoco reportan sus gastos por funciones de salud, se estimó a partir del objeto de gasto que es de fuente oficial y por deducción se ajusta acorde a los requerimientos del Manual SHA2011, como sus servicios corresponden a la atención ambulatoria, el cálculo se facilita y se ajusta la parte administrativa deduciendo de los servicios que son de salud y productos que son para la atención a la salud de la tabla FP; se trabajó por los años 2015 y 2016, también consolidando con lo que se tenía de trabajos anteriores para los años 2013 al 2014.

Para SENADIS se tuvo que estimar para conservar lo reportado en años anteriores y en razón de que el Presupuesto General de la Nación (PNG) consolidó la información sobre la administración (el programa era apoyo y coordinación a personas con discapacidad y protección y rehabilitación a personas con discapacidad), se hicieron cálculos sobre los pesos que le correspondieron al año 2014 tanto para administración como para salud y esos se aplicaron a los presupuestos de años 2015 y 2016. Lo siguiente al conocer el área de salud era ajustar a los requerimientos del SHA2011 y para ello se recurrió a los datos oficiales del objeto de gasto, ya que como es una institución donde no se realizan internaciones fue fácil a partir de su tabla FP que muestra sus gastos en servicios sociales (rubro 270) para HC 5.2, medicamentos pudo ajustarse en HC.5.1 fármacos y otros bienes médicos perecederos (rubro 350). El resto del presupuesto ajusta en la función de rehabilitación debido a la naturaleza de la institución.

Para DIBEN tampoco había datos precisos por lo cual se estimaron los gastos a partir de la tabla FP que tiene su origen en datos oficiales por objeto del gasto y una vez más por aproximación con las categorías del Manual SHA2011 se clasificaron sin mayores inconvenientes los años 2015 y 2016 y se adhirieron los años anteriores que luego se necesitaría para la consolidación del sistema de salud.

Para el Hospital Militar en vista a la falta de información por funciones de salud se estimó a partir de los datos reportados por la DGEEC en el Anuario Estadístico sector salud que reporta datos de consultas y días cama ocupada, con lo cual se pudo proceder como en el ejercicio realizado para el IPS. Se tuvo en cuenta los presupuestos para tanto del Hospital como para las atenciones ambulatorias (Asistencia medica hospitalarias ambulatoria de las Fuerzas Terrestres en el PGN).

Para los cálculos de las funciones de salud del Hospital Policial también se realizaron estimaciones a partir de los reportes estadísticos que la misma institución acercó, en forma de consultas y días cama ocupada, por lo que la estimación no representó mayores desafíos. Se elaboraron las cifras para los años 2012 al 2016 porque se tenían estadísticas propias de la institución, es decir en esta institución por los primeros años no habrá coincidencia entre lo reportado en años anteriores a la OPS/OMS, esto es normal en CS ya que es un trabajo ajustable y perfectible.

Para los gastos del Hospital de Clínicas y la Unidad de Hemato-Oncología Infantil también dependiente de la Facultad de Medicina de Asunción, se tuvieron que estimar las funciones de salud a partir de los datos reportados en los Anuarios Estadísticos de la DGEEC desde los años 2012-2015 y este último año 2015 se utilizó para los cálculos del año 2016 no habiendo a la fecha de elaboración del presente estudio el Anuario 2016. También se utilizaron los datos de consultas y días cama ocupada y los reportes estimados de gastos elaborados previamente en la tabla HP y ajustando con la producción acorde a la naturaleza misma de la institución.

En lo referente a los gastos de las empresas de medicina pre paga, como ya se había trabajado para la tabla HP se aprovechó y se clasificó HC en dicha hoja de cálculo acorde a los requerimientos del Manual SHA2011. Se trabajaron los años 2015 y 2016 y se consolidaron en otra hoja de cálculo con los años anteriores.

Para los gastos por funciones de salud de los hogares se presentó similar situación que, con la medicina prepaga, ya que previamente en cálculo auxiliar se trabajó para la tabla HP de hogares y en ese mismo momento se había preparado los códigos ICHA que les corresponden a funciones de salud. Como se tiene la EPH solo al año 2014 reportado por gasto en salud, se tomaron dichos pesos para los demás años faltantes, es decir 2015 al 2016 tienen los mismos pesos del año 2014.

Y con estas tablas por funciones de salud por agentes se pudo consolidar y obtener los años 2015 y 2016, para finalmente poder clasificar por sectores público y privado, así como la serie temporal 2012 al 2016.

La última tabla de gastos de capital (HK), de relativamente fácil obtención de datos porque en el rubro 500 (inversiones) se pueden ir deduciendo las categorías que el Manual SHA2011 requiere, esto por el sector público, el cual se procede por cada una de las ocho instituciones antes mencionadas y en referencia al sector privado, no se ha podido contar con la información.

Luego vinieron los cálculos de los indicadores macroeconómicos que son cifras obtenidas a partir de los resultados de los montos consolidados de las CS y otras variables económicas reportadas por instituciones oficiales tales como el Banco Central del Paraguay para el Producto Interno Bruto o la población que es correspondiente a la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, para los gastos per cápita por ejemplo, cuya fuente constituye la Proyección de la población nacional 2000-2025, revisión 2015.

## I.g. ¿Cuáles fueron las principales limitaciones?

El problema principal en relación al financiamiento y gasto en salud, no sólo está asociado con la producción insuficiente o de baja calidad de los datos, se halla también la falta de un buen sistema de información y si existe información no hay registro acorde a las necesidades de las Cuentas de Salud, por ejemplo, en el sector público el clasificador de gastos no permite la clasificación por funciones de atención, por lo que se han realizado estimaciones acordes a la producción de los servicios de las instituciones. Además, en las regiones sanitarias no se cuenta con presupuestos detallados, lo mismo va para las demás instituciones. Un ejemplo de ello es la falta de información de las actividades de salud de SENADIS y DIBEN para calcular exclusivamente lo referido a salud de estas instituciones.

Otro ítem difícil durante el proceso de captura de información constituye el otorgamiento de la información. Una práctica usual en muchas dependencias estatales, es que los funcionarios responsables de su administración, ejerzan la potestad discrecional de otorgar o no ciertas estadísticas y datos relativos al uso de recursos públicos.

Por lo anterior, la tabla de beneficiarios y enfermedad es una tabla que se encuentra pendiente de elaboración.

En el sector privado la Superintendencia de Salud no ha podido abarcar la totalidad de establecimientos de salud del sector privado debido principalmente a un déficit de profesionales y un bajo presupuesto. Los datos de las empresas pre pagas se hallan en forma completa y no se cuentan con datos de las empresas de medicina que no son prepagas, ni de las ONG.

En cuanto a gobernaciones se cuenta con el presupuesto detallado, pero en la rendición de cuentas de dicha ejecución el dato viene en forma global, por ello se han realizado estimaciones para la obtención de funciones de atención.

No existía información disponible de las Municipalidades.

La información del sector privado y de las ONGs es todavía insuficiente e incompleta y los datos en general no tienen la desagregación y clasificación necesarias para responder ciertas preguntas básicas sobre el gasto y financiamiento de la salud en el país.

La entrega oportuna de los resultados es también crítica, la información tanto pública como privada se tiene con más de un año de atraso.

No se pudo desarrollar los cálculos en el sistema HAPT SHA 2011 que es la herramienta de producción de las cuentas de salud, así como también el de análisis HAAT (herramienta de análisis en inglés), debido que al iniciar el uso se debe actualizar la versión a la 4.0.0.3 y no se baja el archivo de internet por lo que no se puede actualizar la herramienta, no obstante se probó con la versión antigua 3.3.0.3 y no importa los cuadros que se tienen previamente elaborados, por tanto se procedió a continuar en forma manual.

El cálculo de los gastos de administración de los sistemas de salud tiene una complejidad mayor cuando determinados esquemas de financiamiento operan simultáneamente como prestadores de servicios de salud. Esta problemática se da en varias de las unidades institucionales, sin embargo, representaba especial complejidad en el caso de los seguros voluntarios otorgados por cooperativas y en menor medida en empresas de medicina prepaga, y en la seguridad social, que finalmente en este estudio no se han podido determinar.

## I.h. ¿Cuáles son las fuentes de información utilizadas?

En la presente estimación de las Cuentas de Salud se consideró el período 2012 - 2016 debido principalmente a que es necesario unificar el planteamiento metodológico que permita homologar la diversidad en la presentación de las cifras de financiamiento y gasto en años anteriores, tanto del sector privado como público.

Por otro lado, se consideró que la información de años más recientes, como son los años 2012 y 2016, es más oportuna para la toma de decisiones de la política pública de salud.

Para la elaboración de los cuadros se han utilizado diversas fuentes de información, a continuación, se detallan dichas fuentes en función al gasto de salud realizado por el sector público y privado.

### Sector Público

Reportes de ejecución presupuestaria de gastos generados por el Sistema Integrado de Contabilidad General del Estado (SICO), consulta al sistema Boost para los datos correspondientes a las instituciones individualizadas del sector público.

Universidad Nacional de Asunción, Hospital de Clínicas se ha solicitado del Ministerio de Hacienda debido a que su presupuesto no se encontraba en el aplicativo Boost de Hacienda.

Las cifras del sector público utilizadas, corresponden a cifras obligadas (presupuesto ejecutado) del Presupuesto General de Gastos de la Nación en los diferentes ejercicios fiscales, es decir se han considerado las cifras de la etapa de emisión de documentos que representan una obligación de pago para la institución y que a su vez constituye el momento efectivo del gasto.

En el sector público, con la implementación del SIAF en el año 1999 y el sistema Boost, se uniformó la presentación y clasificación de las cuentas contables de la administración central, regional y local lo que ha facilitado la obtención de la información. Sin embargo, para el detalle requerido de las funciones de atención (productos) de los proveedores de servicios de salud, ha sido necesaria una recolección individualizada de la producción para estimar cuanto han sido los gastos en promoción, prevención, recuperación, urgencias y rehabilitación.

### Sector privado

La medición del gasto privado consistió en la utilización de los balances de las pre-pagas de los registros de la Superintendencia de Salud.

Para calcular el Gasto de Bolsillo en Salud se utilizó la información del Consumo Privado del sistema de Cuentas Nacionales del Banco Central, y la ponderación del peso en gasto de salud del IPC, porque utilizando estas fuentes, que poseen criterios de cuentas nacionales en sus clasificaciones, se evitan los sesgos que pudieran estar relacionados con la representatividad de la muestra (personas enfermas o accidentadas en el caso de Encuestas Permanentes de Hogares), o con el período de referencia (últimos noventa días en el caso de EPH) además de las limitaciones inherentes a las respuestas del cuestionario.

Por concepto los gastos de bolsillo en salud engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia y los concernientes a nutrición especial. Es

<sup>2</sup> Sistema del que se extrae la información de la Pagina WEB del Ministerio de Hacienda de Paraguay.

importante señalar que al gasto de bolsillo debe ser deducido cualquier reembolso realizado por un seguro. Se excluyen las primas y pagos.

Para diseminar los resultados a través de determinados indicadores tales como el PIB del Banco Central del Paraguay se utilizaron el de base 1994 y la población país de la Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos la cual fue calculada teniendo en cuenta las Proyecciones del Censo de Población y Vivienda 2012.

### **I.i. Descripción del Sistema de Salud**

Según la OMS un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.

La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

En nuestro país está compuesto por las siguientes organizaciones:

#### **a) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)**

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cumple no sólo la función de autoridad en materia sanitaria, sino que gestiona y canaliza los recursos presupuestarios institucionales para la provisión directa de servicios de salud a toda la población (con o sin seguro de salud público o privado), a través de sus distintos establecimientos.

El sistema corresponde mayoritariamente a un esquema de Asistencia Social del Gobierno, en el que el grueso del financiamiento institucional corresponde a impuestos generales; y, la provisión es otorgada directamente por instituciones dependientes del ministerio.

Aproximadamente el 74% de la población (5.072.331 personas según EPH año 2016) no dispone de un esquema de aseguramiento en salud; por lo tanto, sus atenciones de salud son cubiertas por el MSPBS.

En el caso del MSPBS, dicha entidad dispone de 1.410 instalaciones y 5.569 camas, según datos de los Indicadores Básicos de Salud 2017 del MSPBS, con datos del año 2016.

En términos generales, está cubierta bajo esta modalidad la población en situación de pobreza y aquellos no asegurados bajo esquemas de seguridad social o seguros privados. No obstante, como ocurre frecuentemente en este tipo de esquemas, parte de los afiliados (cotizantes y beneficiarios) de otros

esquemas de aseguramiento en salud, suelen ser también atendidos en los establecimientos dependientes del MSPBS.

#### **b) Instituto de Previsión Social (IPS)**

Es una institución que realiza funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud, así como otras funciones distintas de salud, relacionadas con el sistema previsional (administración de pensiones y otras propias de la protección social: subsidio en dinero en caso de maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales). El IPS, está conformado por las siguientes dependencias en el año 2016: 3 Hospitales

Especializados, 10 Hospitales Regionales, 24 Unidades Sanitarias, 7 Clínicas Periféricas, 29 Puestos Sanitarios y 40 en convenio, 4 servicios tercerizados, 3 centros especializados, según datos proveídos por la Dirección de Planificación.

Sus recursos proceden de tres fuentes: del aporte del Estado, de los aportes patronales (empresas privadas e instituciones del Estado) en mayor proporción de cotizaciones de los trabajadores del sector formal de la economía (impuestos a los salarios) y de ingresos propios: por renta de las inversiones financieras e inmobiliarias, los ingresos por multas y recargos por mora.

El aporte patronal corresponde a un 14%; y, el del trabajador a un 9% del salario mensual y para el seguro de salud aportan los jubilados y pensionados de la institución.

Su red asistencial de servicios cuenta con 1.600 camas propias, según el Anuario Estadístico del año 2016 de la Dirección de Planificación del IPS. La población asegurada bajo este esquema de seguridad social, alcanza en el año 2016 al 18.35%, aproximadamente 1.235.801 personas, con datos de la EPH/2016. Su cobertura en salud alcanza solamente a los afiliados (contribuyentes activos y pasivos), sus cónyuges y a los hijos de derechohabientes, hasta los 18 años de edad (servicios de salud para atenciones ambulatoria y hospitalización), los hijos con discapacidad mientras dure la misma y los padres mayores de 60 años, en situación de dependencia económica de los asegurados titulares.

### **c) El Hospital de Clínicas**

Financiado por el Presupuesto General de la Nación y dependiente de la Universidad Nacional de Asunción, funciona con 591 camas en el año 2015, según datos del Compendio Estadístico 2015, DGEEC. Cuenta además con el Servicio Materno Infantil con instalaciones propias ambulatorias en la ciudad de San Lorenzo.

### **d) Sanidad de las Fuerzas Armadas**

Depende del Ministerio de la Defensa y su objetivo fundamental es brindar servicios de salud al personal con carrera militar y al personal administrativo de sus dependencias, en sus propios establecimientos. Sin embargo, atiende bajo condiciones especiales y/o a través de venta de servicios a personas particulares.

Posee 219 camas (año 2015 Compendio Estadístico\_DGEEC) y se estima que dicha entidad cubre aproximadamente al 0.68% de la población, unas 47.355 personas en el año 2015 (según datos de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos DGEEC), para lo cual cuenta con un hospital localizado en la capital. El financiamiento procede, en su mayor parte, de aportes de impuestos generales, aunque también recibe contribuciones aportadas por sus derechohabientes e ingresos propios.

### **e) Hospital Policial**

Sanidad Policial tiene una infraestructura hospitalaria de 65 camas en Asunción y en el interior se tiene dispensarios médicos en la mayoría de las jefaturas policiales con personales médicos y paramédicos y medicamentos en dichos lugares, dando cobertura a 54.618 personas (policías en actividad, retirados y familiares), según datos de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos DGEEC.

## f) Otras entidades públicas, empresas públicas y gobiernos municipales y locales

Las Gobernaciones con ingresos provenientes del Presupuesto General de la Nación. De su presupuesto un 10% se dedica a gastos sociales, sin que esté precisado cuanto va para salud, los Municipios con autonomía financiera, cuyos ingresos derivan de tasas por servicios municipales y desde 1993 del impuesto inmobiliario. No se conoce con precisión el aporte a salud por no detallar adecuadamente la cuantía de sus gastos, pero se estima son escasos en este sector. La Dirección de Beneficencia y Ayuda Social (DIBEN) cuyo objetivo es brindar servicios en salud con la provisión de insumos para medicina de alta complejidad, la Secretaria Nacional por los Derechos Humanos de las personas con discapacidad (SENADIS) cuyos objetivos además de evaluar y ofrecer consultas ambulatorias, odontológicas, laboratorio de análisis clínicos, imágenes es también desarrollar propuestas para diseñar programas de prevención, promoción de salud.

## g) Compañías de seguros que ofrecen cobertura en salud

Las empresas del sector privado están compuestas predominantemente por las clínicas privadas, hospitales, consultorios odontológicos, provistos por compañías de seguros en forma individual o colectiva, se encuentra escasamente extendido en Paraguay. De hecho, se estima que menos del 0.64% de la población posee este tipo de seguros (44.214 personas en el año 2015, con datos de la DGEEC), lo que desde el punto de vista de la organización del sistema sanitario es marginal.

## h) Hogares

En este punto se muestra el comportamiento del gasto familiar en salud, o sea la proporción que destinan los hogares de sus recursos para cubrir los servicios de salud en forma inmediata, sin recurrir a intermediarios (seguros públicos o privados).

### Capítulo II: Financiamiento del sector salud y principales fuentes de financiamiento

Durante el año 2016 el sector salud captó un financiamiento total de Gs 12.479 mil millones de los cuales Gs 6.400 mil millones (52%) provienen de las instituciones públicas, mientras Gs 6.000 mil millones fueron recursos aportados por el componente privado (48%).

En el periodo de años 2012 al 2016 se registró un crecimiento del financiamiento público del 10% en tanto que el financiamiento privado alcanzó el 13%, lo que significa un crecimiento promedio anual de 11%. En terminos per cápita significa que en cada paraguayo se invirtió en salud un promedio de Gs 1.895.768 al año (U\$S 337) monto menor al invertido en Ecuador, Perú o Argentina pero encima de otros países como Guatemala o Bolivia (considerando las cifras publicadas al respecto en el Informe de Salud del Mundo en el año 2017 OMS).

Respecto a la composición público/privada del gasto sanitario los resultados indican que en promedio de los últimos cinco años el 53% fue realizado por entes públicos, mientras el restante 46% fue cubierto por entes privados (principalmente los hogares). Ello significa que de los Gs 1.895.768 invertidos per cápita, las instituciones públicas aportaron en promedio Gs 809.244 (U\$D168), mientras el subsector privado aportó el resto (U\$D150). De ahí que Paraguay sea uno de los países con más baja inversión pública en salud respecto a otros países en América Latina y el Caribe.

## Capítulo II: Financiamiento del sector salud y principales fuentes de financiamiento

Durante el año 2016 el sector salud captó un financiamiento total de Gs 12.479 mil millones de los cuales Gs 6.400 mil millones (52%) provienen de las instituciones públicas, mientras Gs 6.000 mil millones fueron recursos aportados por el componente privado (48%).

En el periodo de años 2012 al 2016 se registró un crecimiento del financiamiento público del 10% en tanto que el financiamiento privado alcanzó el 13%, lo que significa un crecimiento promedio anual de 11%. En terminos per cápita significa que en cada paraguayo se invirtió en salud un promedio de Gs 1.895.768 al año (U\$S 337) monto menor al invertido en Ecuador, Perú o Argentina pero encima de otros países como Guatemala o Bolivia (considerando las cifras publicadas al respecto en el Informe de Salud del Mundo en el año 2017 OMS).

Respecto a la composición público/privada del gasto sanitario los resultados indican que en promedio de los últimos cinco años el 53% fue realizado por entes públicos, mientras el restante 46% fue cubierto por entes privados (principalmente los hogares). Ello significa que de los Gs 1.895.768 invertidos per cápita, las instituciones públicas aportaron en promedio Gs 809.244 (U\$D168), mientras el subsector privado aportó el resto (U\$D150). De ahí que Paraguay sea uno de los países con más baja inversión pública en salud respecto a otros países en América Latina y el Caribe.

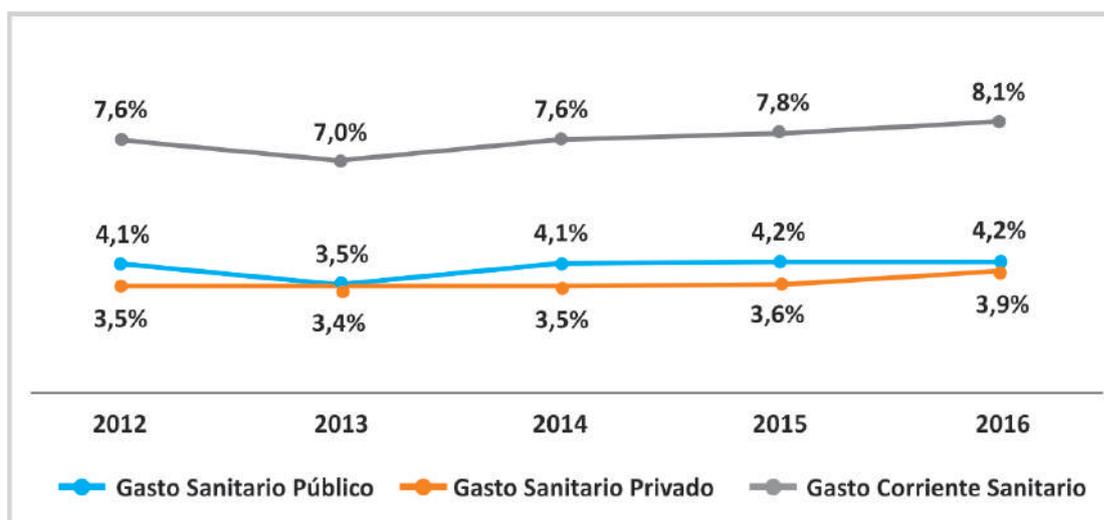
**Cuadro N° 1**  
**Gasto corriente en salud: público y privado en millones de guaranías**

años	Gasto sanitario corriente			Proporción en relación al total		Gasto per cápita		
	público	privado	total	público	privado	público	privado	total
2012	4.476.794	3.815.041	8.291.835	54%	46%	692.890	590.469	1.283.359
2013	4.425.954	4.296.391	8.722.346	51%	49%	674.788	655.035	1.329.823
2014	5.699.935	4.807.925	10.507.860	54%	46%	856.202	722.211	1.578.413
2015	5.955.731	5.148.631	11.104.362	54%	46%	881.579	762.110	1.643.689
2016	6.448.490	6.030.940	12.479.430	52%	48%	940.762	879.847	1.820.609

Fuente: Portal del Ministerio de Hacienda, Superintendencia de Salud, BCP y cálculo Dirección de Economía de la Salud\_DGPE\_MSPBS

El gasto como proporción del PIB muestra una tendencia levemente creciente en promedio de los últimos cinco años del 7,6%.

Gráfico N° 1  
Gasto Sanitario en salud, público y privado en relación al PIB



Fuente: Dpto. Financiamiento en Salud\_DES\_DGPE\_MSPBS en base a datos de M. Hacienda, BCP, Superintendencia de Salud.

## II.a. Ingresos de los Esquemas de Financiamiento del Sistema

Las instituciones públicas fundamentalmente dependen de dos fuentes: los fondos procedentes del tesoro público (impuestos generales) y los fondos captados mediante los impuestos a los salarios (aportes patronales y de los trabajadores), entre ambas fuentes representan el mayor peso del total de recursos disponibles en dichas instituciones.

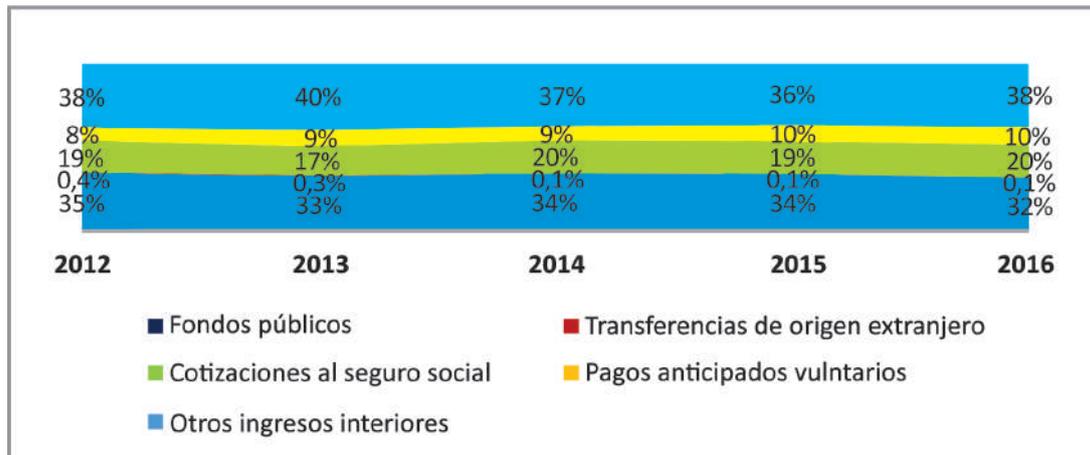
Cuadro N° 2  
Clasificación según los ingresos de los esquemas de Financiamiento (ICHA FS)

Fuente		2012	2013	2014	2015	2016	promedio
	millones de Gs.	2.881.240	2.882.412	3.623.992	3.801.581	3.987.220	3.435.289
Fondos públicos	participación	35%	33%	34%	34%	32%	34%
	evolución	-	0,0%	25,7%	4,9%	4,9%	8,9%
	millones de Gs.	33.843	29.989	5.830	11.028	17.796	19.697
Transferencias de origen extranjero	participación	0,4%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	2,0%
	evolución		(0)	(1)	89%	61%	15%
	millones de Gs.	1.561.711	1.513.553	2.070.113	2.143.121	2.443.475	1.946.395
Cotizaciones al seguro social	participación	19%	17%	20%	19%	20%	19%
	evolución	-	(0)	37%	4%	14%	13%
<b>Sector Público</b>		<b>4.476.794</b>	<b>4.425.954</b>	<b>5.699.935</b>	<b>5.955.731</b>	<b>6.448.490</b>	<b>5.401.381</b>
	millones de Gs.	644.403	828.328	902.481	1.097.122	1.306.505	955.768
Pagos anticipados voluntarios	participación	8%	9%	9%	10%	10%	9%
	evolución		29%	9%	22%	19%	20%
	millones de Gs.	3.170.639	3.468.063	3.905.443	4.051.509	4.724.435	3.864.018
Otros ingresos interiores	participación	38%	40%	37%	36%	38%	38%
	evolución		9%	13%	4%	17%	11%
<b>Sector Privado</b>		<b>3.815.041</b>	<b>4.296.391</b>	<b>4.807.925</b>	<b>5.148.631</b>	<b>6.030.940</b>	<b>4.819.786</b>
<b>Total de Ingresos</b>		<b>8.291.835</b>	<b>8.722.346</b>	<b>10.507.860</b>	<b>11.104.362</b>	<b>12.479.430</b>	<b>10.221.167</b>

Fuente: Dpto. Financiamiento en Salud\_DES\_DGPE\_MSPBS en base a datos de M. Hacienda, BCP, Superintendencia de Salud y estimaciones propias en hogares.

Los ingresos provenientes de Fondos Públicos en el periodo 2012-2016 han crecido en promedio 8,9% y representan el 34% del total de financiamiento; las Cotizaciones al Seguro Social han experimentado un crecimiento promedio del 13% y representan el 19% del total del financiamiento. Las "Transferencias de Origen Extranjero" crecieron en promedio 15% pero son muy marginales como fuente de financiamiento, representando el 0,2% del total.

**Gráfico N° 2**  
**Distribución porcentual de orígenes de ingresos de los esquemas de salud**



Fuente: Dpto. Financiamiento en Salud\_DES\_DGPE\_MSPBS en base a datos de M. Hacienda, BCP, Superintendencia de Salud y estimaciones propias en hogares.

En el componente privado en los que se incorporan los ingresos reportados por las compañías de seguros que brindan cobertura de salud y los hogares en su carácter de financiadores de salud a través de los gastos de bolsillo, se evidencia la importancia que han adquirido las familias en el financiamiento de la salud, representando sus aportes el 78% del total de ingresos del componente privado para el sector salud. El crecimiento de los "Pagos anticipados voluntarios" en dicho periodo corresponde al 20% y su participación dentro del total de financiamiento es del orden del 9%, estos fondos son referidos a los pagos que realizan las personas y hogares para la cobertura de su salud.

## II.b. Agentes de Financiamiento (FA)

Un agente de financiamiento es una unidad institucional que participa en uno o más esquemas de financiamiento. Puede encargarse de recaudar ingresos, pagar (comprar) servicios de un determinado esquema de financiamiento de la salud, y participar en la gestión y regulación del financiamiento de la salud.

En el Cuadro N° 3 se testimonia el rol preponderante que tiene el MSPBS en el sistema de salud del Paraguay, como agente de financiamiento. Sus aportes en promedio en dicho periodo representan el 2,4% del PIB. Su participación constituye el 31% relacionados con el total de ingresos. El papel de la Agencia de Seguridad Social es importante también ya que representa el 1,4% del PIB (promedio 2012-2016) y conjuntamente con el MSPBS hacen en cada año el mayor peso y en el 2016 el 50% del total financiado.

Asimismo, los fondos que intermedia la Universidad Nacional de Asunción destinados al Hospital de Clínicas, crecieron entre 2012 y 2016 un 10% en guaraníes corrientes y tienen como orígenes fondos provenientes del Presupuesto Nacional, en relación al Gasto Corriente Total del año 2016 representa el 1%, muy escaso para ser un Hospital Escuela.

Hogares constituye el otro agente cuyo aporte en salud es significativo, representando el 3% del PIB y su participación durante el año 2016 es del 38%; en el periodo 2012-2016 en valores absolutos los montos se han ido incrementado, sin embargo, al medir su participación en relación al total de ingresos en estos años, la tendencia es de una leve disminución, pasando del 38,2% en 2012 al 37,9 % en 2016.

La otra parte del sector privado que hace a Empresas de Seguros le corresponde el 0,7% del PIB y en este periodo de análisis ha crecido en 103% (incremento 2012 al 2016). En el país el mecanismo de seguros privados tiene un desarrollo limitado debido a la cobertura y monopolio legal que tiene el IPS, para el seguro de salud y para el seguro de riesgos del trabajo, además de que el MSPBS desde el año 2008 ha implementado la gratuidad de los servicios, en consecuencia, la participación de los seguros privados como instrumento financiero es poco significativa en Paraguay alcanzando en promedio del 2012 al 2016 un 10% del ingreso corriente en salud.

Las Encuestas de Hogares del periodo de años 2012 a 2016 revelan que solo el 7% de las personas tenían seguros privados, en promedio durante los últimos cinco años.

**Cuadro N° 3**  
**Clasificación por Agentes de Financiamiento (FA), en millones de Guaraníes**

ICHA FA	Descripción	2012	2013	2014	2015	2016
<b>FA.1</b>	<b>Administración Pública General</b>	<b>4.476.794</b>	<b>4.425.954</b>	<b>5.699.935</b>	<b>5.955.731</b>	<b>6.448.490</b>
FA.1.1	Administración Central	2.883.532	2.879.392	3.597.788	3.776.280	3.966.671
FA.1.1.1	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	2.722.738	2.674.508	3.356.396	3.541.247	3.761.922
FA.1.1.1.2	Otros ministerios y unidades públicas	160.794	204.884	241.393	235.033	204.749
FA.1.1.1.2.1	Ministerio del Interior- Hospital de Policía Ministerio de Defensa -	4.204	7.321	36.727	38.958	15.223
FA.1.1.1.2.2	Sanidad Militar	8.026	6.698	12.374	12.264	11.908
FA.1.1.1.2.3	INPRO	33.386	-	-	-	-
FA.1.1.1.2.4	SENADIS	-	46.875	50.283	44.914	43.475
FA.1.1.1.2.5	DIBEN	30.279	31.753	33.500	33.968	40.356
FA.1.1.1.2.6	Universidad Nacional Asunción - Hospital de Clínicas, Instituto Oncológico	84.899	112.237	108.509	104.928	93.787
FA.1.2	Administración provincial/regional/local	31.550	33.009	32.033	37.076	38.344
	Municipios	-	-	-	-	-
	Gobernaciones	31.550	33.009	32.033	36.330	38.344
FA.1.3	Agencia de la Seguridad Social	1.561.711	1.513.553	2.070.113	2.143.121	2.443.475
<b>FA.2</b>	<b>Empresas de seguros</b>	<b>644.403</b>	<b>828.328</b>	<b>902.481</b>	<b>1.097.122</b>	<b>1.306.505</b>
<b>FA.3</b>	<b>Sociedades (que no sean sociedades de seguros)</b>	-	-	-	-	-
<b>FA.4</b>	<b>Instituciones sin fines de lucro sirviendo a los hogares (ISFLSH)</b>	-	-	-	-	-
FA.5	Hogares	3.170.639	3.468.063	3.905.443	4.051.509	4.724.435
FA.6	Resto del mundo	-	-	-	-	-
<b>All FA</b>	<b>Todos los agentes de financiación</b>	<b>8.291.835</b>	<b>8.722.346</b>	<b>10.507.860</b>	<b>11.104.362</b>	<b>12.479.430</b>

Fuente: Dpto. Financiamiento en Salud\_DES\_DGPE\_MSPBS en base a datos del Ministerio de Hacienda, Superintendencia de Salud, BCP para gasto de hogares

## Capítulo III. Gasto Corriente en salud (GCS)

### III.a. Clasificación del Gasto según Proveedores de Servicios de Salud (HP)

Los proveedores de salud comprenden un grupo de organizaciones y actores cuya actividad principal es la entrega de bienes y servicios de salud, así como otro grupo para el cual la prestación de servicios de salud es sólo una parte de las actividades que realizan. La actividad principal es el criterio básico para clasificar los proveedores.

**Cuadro 4:**  
**Distribución de gastos por Proveedores de Salud según sectores. Año 2016**

CODIGO	DESCRIPCION	MSPBS	Seguridad Social	Otras instituciones públicas	Sector Público	Pre pagas	Hogares	Sector Privado	Gasto Corriente en salud
<b>HP.1</b>	<b>Hospitales</b>	<b>8,8%</b>	<b>18,1%</b>	<b>1,3%</b>	<b>28,3%</b>	<b>6,6%</b>	<b>5,7%</b>	<b>12,3%</b>	<b>40,6%</b>
HP.1.1	Hospitales Generales (regionales)	4,4%	3,6%	0,9%	9,0%	6,6%	5,7%	12,3%	21,3%
HP.1.1.1	Hospitales Regionales/Generales	1,7%	2,7%	0,9%	5,4%	6,6%	5,7%	12,3%	17,7%
HP.1.1.2	Hospitales Materno Infantil	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%
HP.1.1.3	Hospitales Distritales	1,1%	0,9%	0,0%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%
HP.1.2	Hospitales de salud mental	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
HP.1.3	Hospitales especializados	4,2%	14,5%	0,4%	19,1%	0,0%	0,0%	0,0%	19,1%
<b>HP.2</b>	<b>Establecimientos residenciales de atención de larga duración</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,01%</b>
<b>HP.3</b>	<b>Proveedores de atención de la salud ambulatoria</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,3%</b>	<b>0,1%</b>	<b>2,6%</b>	<b>0,0%</b>	<b>1,7%</b>	<b>1,7%</b>	<b>4,3%</b>
<b>H.P.4</b>	<b>Proveedores de servicios auxiliares</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,4%</b>	<b>1,0%</b>	<b>8,7%</b>	<b>9,7%</b>	<b>10,1%</b>
<b>HP.5</b>	<b>Minoristas y otros proveedores de productos médicos</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>16,2%</b>	<b>16,2%</b>	<b>16,2%</b>
<b>HP.6</b>	<b>Proveedores de atención preventiva</b>	<b>6,4%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>6,5%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>6,5%</b>
HP.6.1	Programas de Salud	2,3%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%
HP.6.2	SENEPA	0,6%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
HP.6.3	Centro Antirrábico Nacional	0,03%	0,0%	0,0%	0,03%	0,0%	0,0%	0,0%	0,03%
HP.6.4	Puesto de Salud	1,9%	0,1%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
HP.6.5	USF	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%
<b>HP.7</b>	<b>Proveedores administración y financiación del sistema atención salud</b>	<b>12,5%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,1%</b>	<b>12,6%</b>	<b>2,9%</b>	<b>0,0%</b>	<b>2,9%</b>	<b>15,5%</b>
<b>HP.8</b>	<b>Resto de la economía Proveedores de servicios relacionados</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>HP.9</b>	<b>con atención de la salud</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,4%</b>	<b>1,3%</b>	<b>0,0%</b>	<b>5,4%</b>	<b>5,4%</b>	<b>6,7%</b>
<b>HP.10</b>	<b>Resto del mundo</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>All HP</b>	<b>TODOS LOS PROVEEDORES</b>	<b>30,1%</b>	<b>19,6%</b>	<b>1,9%</b>	<b>51,7%</b>	<b>10,5%</b>	<b>37,9%</b>	<b>48,3%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Dpto. Financiamiento en Salud\_DES\_MSPBS.

Obs.: para Seguridad Social estimaciones en base a datos de producción del IPS.

En el año 2016, los proveedores con mayor gasto corriente en salud son los Hospitales con el 40,6% del total, de los cuales el 17,7% corresponde a Hospitales Generales, 1,5% a Hospitales Materno Infantil, 2,1% a Hospitales Distritales, 19,1% a Hospitales Especializados y 0,2% a Hospitales de Salud Mental.

Por su importancia en el gasto total en salud, los Minoristas y Otros Proveedores de Productos Médicos (principalmente farmacias) constituyen la segunda categoría de proveedor, gracias al financiamiento de los hogares, representando el 16,2% del gasto total en salud para el año 2016. Como proveedor de servicios como tal, en el sector público no se ha logrado desagregar el gasto en productos medicinales, ya que las fuentes primarias de datos consolidan plenamente la información en este aspecto.

El tercer proveedor más importante es el de Proveedores de Financiamiento y Administración del Sistema de Salud, que representan el 15,5% del gasto total en salud, seguido por Proveedores

de Servicios Relacionados con Atención a la Salud (6,7% del Gasto Corriente en Salud).

Los Proveedores de Atención Preventiva constituyen la quinta categoría de proveedores de mayor gasto, representando el 6,5% del Gasto Corriente en Salud del año 2016. De estos, el mayor gasto corresponde a 2,3% correspondiente a los programas de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, seguidos por los Puestos de Salud 2% (MSPBS 1,9% y IPS 0,1%) y las Unidades de Salud de la Familia (solo en el MSPBS) que representan 1,5%.

Entre el MSPBS y el IPS existen aproximaciones en la proporción muy alta del gasto que se dirige a Hospitales, aunque con mayor magnitud en la Seguridad Social y también en el hecho de dirigir una menor proporción de su gasto a Proveedores de Atención Ambulatoria. Al observar con más detalle la distribución del gasto por tipo de establecimiento existen diferencias en la estructura del gasto en salud debido a que en el IPS se concentra esencialmente en las Clínicas Periféricas y los Centros Especializados como primer nivel de atención y en los Hospitales Regionales, y el Hospital Central como referencia mientras que en el MSPBS la estructura es más uniforme entre Centros de Salud, Hospitales Básicos, Generales, Materno Infantiles y las Unidades de Salud de la Familia.

Aunque incipiente y poco representativo, existe un gasto en los establecimientos de atención de larga duración, constituyendo apenas el 0,01% del total de gastos en el año 2016 y se presenta únicamente en el MSPBS, a través de las residencias para adultos mayores.

Analizando la estructura del gasto corriente por proveedor de los años anteriores, el mayor cambio observado concierne un incremento de la proporción de gasto realizado en Proveedores de Financiamiento y Administración del Sistema de Salud: este representaba el 7,1% del gasto corriente en salud en el año 2012 y 9,3% en el año 2014 para incrementarse progresivamente hasta representar el 15,5% del gasto corriente en salud en el año 2016.

**Cuadro N° 5 - Proporción del Gasto Corriente Total en relación a la clasificación por Proveedores de Servicios de Salud**

CODIGO ICHA- HP	DESCRIPCION	2012	2013	2014	2015	2016
HP.1	Hospitales	43,8%	45,4%	45,9%	41,9%	40,6%
HP.1.1	Hospitales Generales (regionales)	19,1%	23,0%	21,5%	22,1%	21,3%
HP.1.1.1	Hospitales Regionales/ Generales	13,2%	17,0%	16,1%	17,9%	17,7%
HP.1.1.2	Hospitales Materno Infantil	1,9%	2,0%	1,9%	1,7%	1,5%
HP.1.1.3	Hospitales Distritales	4,0%	3,9%	3,5%	2,5%	2,1%
HP.1.2	Hospitales de salud mental	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%
HP.1.3	Hospitales especializados	24,4%	22,1%	24,2%	19,5%	19,1%
HP.2	Establecimientos residenciales de atención de larga duración	0,0%	0,0%	0,0%	00,1%	00,1%
HP.3	Proveedores de atención de la salud ambulatoria	4,4%	4,6%	3,8%	4,7%	4,3%
H.P.4	Proveedores de servicios auxiliares	10,2%	11,6%	10,7%	10,8%	10,1%
HP.5	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	19,8%	17,1%	15,9%	15,6%	16,2%
HP.6	Proveedores de atención preventiva	7,8%	6,3%	7,4%	8,1%	6,5%
HP.7	Proveedores administración y financiación del sistema atención salud	7,1%	7,8%	9,3%	12,2%	15,5%
HP.8	Resto de la economía	-	-	-	-	-
HP.9	Proveedores de servicios relacionados con atención de la salud	6,7%	7,2%	6,9%	6,6%	6,7%

Fuente: Dpto. Financiamiento en Salud\_DES\_DGPE\_MSPBS.

Por otra parte, se observa una pequeña disminución de la proporción del gasto realizado por los proveedores de atención preventiva representando el 6,5% en el año 2016, mientras que en el año 2015 representaba el 8,1% del gasto total en salud. En este punto se resalta la insuficiente repartición del gasto sobre todo teniendo en cuenta el camino hacia la cobertura universal de salud.

En valores absolutos la representación en moneda nacional: guaraníes, sería correspondiente al siguiente cuadro:

**Cuadro N° 6**  
**Clasificación por Proveedores de Atención a la salud, en millones de guaraníes**

Código ICHA-HP	DESCRIPCION	2012	2013	2014	2015	2016
HP.1	Hospitales	3.635.532	3.957.906	4.827.304	4.649.834	5.065.540
HP.1.1	Hospitales Generales (regionales)	1.586.421	2.004.927	2.258.728	2.456.942	2.656.804
HP.1.2	Hospitales de salud mental	26.164	28.446	29.074	26.364	24.502
HP.1.3	Hospitales especializados	2.022.947	1.924.533	2.539.502	2.166.528	2.384.234
HP.2	Establecimientos residenciales de atención de larga duración	-	-	-	1.109	944
HP.3	Proveedores de atención de la salud ambulatoria	368.720	398.059	394.679	526.052	542.780
H.P.4	Proveedores de servicios auxiliares	849.427	1.014.397	1.127.134	1.201.835	1.261.908
HP.5	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	1.639.910	1.487.544	1.675.148	1.737.800	2.026.436
HP.6	Proveedores de atención preventiva	650.833	549.715	780.861	898.761	809.483
HP.7	Proveedores administración y financiación del sistema atención salud	589.633	684.132	978.676	1.359.895	1.932.398
HP.8	Resto de la economía	-	-	-	-	-
HP.9	Proveedores de servicios relacionados con atención de la salud	557.780	630.592	724.057	729.078	839.940
HP.10	Resto del mundo	-	-	-	-	-
All HP	TODOS LOS PROVEEDORES	8.291.835	8.722.346	10.507.860	11.104.362	12.479.430

Fuente: Dpto. Financiamiento en Salud\_DES\_DGPE\_MSPBS.

Resto de la Economía, y Resto del Mundo han sido estimados en cero en esta versión de las Cuentas de Salud de Paraguay. Esto se explica principalmente por falta de información primaria y por criterio de relevancia económica.

### III.b. Gasto en Salud clasificado según Funciones de Salud

De acuerdo con la estructura de gasto de 2016 por función, los Servicios de Atención Curativa constituyen el mayor gasto, ya que representa el 42,2% del gasto total en salud, de los cuales el 36,2% son atenciones curativas con internamiento: 6,2% para el MSPBS, 17,9% para el IPS, 0,9% las demás instituciones de salud en el sector público; 5,7% corresponde a Hogares y 5,4% a la medicina pre paga, estos dos últimos del sector privado.

En cambio, la atención ambulatoria, solo representa el 6% del gasto total en salud: correspondiendo al MSPBS el 2,5%, 1,7% en el IPS, 0,1% para las demás instituciones de salud, que suma el 4,3% dentro del sector público, por otra parte, el sector privado distribuye su gasto en los hogares el 1,7% y las empresas de medicina pre paga el 0,005% lo que totaliza 1,7% para el sector privado.

La segunda función con mayor gasto constituye los Bienes Médicos, correspondiente mayormente a fármacos y otros bienes médicos perecederos, que representa el 17,7% del gasto total en salud para la gestión 2016: 0,3% empleados en el sector público y 17,5% en el sector privado, principalmente en los hogares, sin embargo, se constatan algunas incoherencias en la estructura de gastos por la falta de información en este punto para el sector público, debido a la forma en que se organizan los servicios de salud. Por ejemplo, un hospital público generalmente incluye los servicios de laboratorio o imágenes y, por lo tanto, el costo de los servicios ambulatorios y hospitalarios incluirá de forma implícita el costo de esos servicios de apoyo. De la misma forma, el consumo de medicamentos puede ser considerado como un consumo intermedio que realizan los establecimientos para proveer un servicio de atención a los pacientes. En cambio, en el sector privado un sanatorio o clínica no siempre dispone de esos servicios de apoyo, por lo que los pacientes deben comprar directamente esos servicios en otra unidad productiva que se dedica exclusivamente a proveer servicios de laboratorio o imágenes. En estos casos, los costos de los servicios de apoyo aparecerán separados y explícitos. La recomendación en esta materia es reflejar la forma real en que están organizados los servicios de salud.

Las funciones relacionadas con servicios auxiliares (laboratorio, imagenología, transporte de pacientes) corresponden al 11,9% del gasto total en salud, de estos, solamente el 0,4% corresponde al sector público, mientras que el 11,5% corresponde al sector privado, principalmente a los hogares con 10,5% del gasto total en salud.

Dentro de la función de Gobernanza y Administración del Sistema de Salud, que representa para el año 2016 el 11,7% del gasto en salud, el gasto principal concierne a las administraciones del sector público (8,8%) y el 2,9% al sector privado perteneciendo a las administraciones de la medicina pre paga. No se pudo separar en el estudio el gasto del IPS en administración, ya que los mismos se encuentran comprendidos en forma integral con los gastos de salud y la separación no es posible debido a un principio dictado por la carta magna de dicha institución que versa sobre la intransferencia de fuentes entre fondos (por ejemplo los gastos por la administración de beneficios de corto y largo plazo: reposos por accidentes de trabajo, enfermedades, maternidad, así como también de las jubilaciones y pensiones).

Los Otros Servicios de Salud no Clasificados en Otra Parte que ocupa el quinto lugar en orden de gastos, corresponde el 5% al sector público. Esta categoría comprende una serie de servicios de salud pública, como diversas actividades con un interés de salud colectiva.

La Atención Preventiva representa el 7,3% del gasto total en salud recayendo principalmente sobre del sector público y específicamente sobre el MSPBS: el 3,2% del gasto dentro de esta función se dirige a los Programa de Detección Temprana de la Enfermedad, la prevención de enfermedades trasmisibles: 1,9% en vacunas, los Programas de Información, Educación y Consejo participaron con el 1,9% del gasto total en salud, mientras que solamente el 0,02% va a Programas de Vigilancia del Estado de Salud y el 0,3% a Vigilancia Epidemiológica y Programas de Control del Riesgo de la Enfermedad. Durante el periodo de análisis (del 2012 al 2016) alcanzó un incremento del orden de 32%.

Por otra parte, la Atención de Rehabilitación corresponde al 0,6% del gasto en salud: de estos servicios, en igual proporción se hallan los gastos que conciernen a los servicios del MSPBS (0,3% del gasto) y las demás instituciones públicas también con 0,3%. Comparativamente sin embargo esta es una de las funciones que en el quinquenio ha experimentado uno de los mayores incrementos con 102% del 2012 al 2016.

**Cuadro N°7**  
**Gasto por Funciones de Salud en relación al total de gastos. Año 2016**

ICHA-HC	DESCRIPCIÓN	MSPBS	IPS	Otras instituciones públicas	PÚBLICO	Hogares	Pre pagas	Sector Privado	Total
<b>HC.1</b>	<b>Servicios de atención curativa</b>	<b>8,7%</b>	<b>19,6%</b>	1,0%	<b>29,3%</b>	<b>7,5%</b>	<b>5,4%</b>	<b>12,8%</b>	<b>42,2%</b>
HC.1.1	Atención curativa hospitalaria/internamiento	6,2%	17,9%	0,9%	25,1%	5,7%	5,4%	11,1%	36,2%
HC.1.1.1	Atención general con internamiento	2,6%	3,8%	0,9%	7,3%	5,7%	5,4%	11,1%	18,4%
HC.1.1.2	Atención con internamiento especializada	3,6%	14,1%	0,0%	17,7%			0,0%	17,7%
HC.1.3	Atención ambulatoria	2,5%	1,7%	0,1%	4,3%	1,7%	0,005%	1,7%	6,0%
HC.1.3.1	Atención ambulatoria general	1,8%	1,3%	0,1%	3,1%	1,7%	0,005%	1,7%	4,9%
HC.1.3.3	Atención ambulatoria especializada	0,7%	0,4%	0,0%	1,1%			0,0%	1,1%
<b>HC.2</b>	<b>Atención de rehabilitación</b>	<b>0,3%</b>		0,3%	<b>0,6%</b>			0,0%	<b>0,6%</b>
<b>HC.3</b>	<b>Servicios de atención de larga duración (Salud)</b>	<b>0,01%</b>		0,0%	0,0%			0,0%	<b>0,01%</b>
HC.3.4	Atención domiciliaria de larga duración	0,0%		0,0%	0,0%			0,0%	0,01%
<b>HC.4</b>	<b>Servicios auxiliares</b>	<b>0,4%</b>		0,0%	<b>0,4%</b>	<b>10,5%</b>	<b>1,0%</b>	<b>11,5%</b>	<b>11,9%</b>
HC.4.1	Servicios de laboratorio	0,1%		0,0%	0,1%	3,5%	0,5%	3,9%	4,1%
HC.4.2	Servicios de imagenología	0,0%		0,0%		3,5%	0,5%	3,9%	3,9%
HC.4.3	Transporte de pacientes	0,3%		0,0%	0,3%	3,6%		3,6%	3,9%
<b>HC.5</b>	<b>Bienes médicos</b>	<b>0,0%</b>		0,3%	<b>0,3%</b>	<b>16,2%</b>	<b>1,2%</b>	<b>17,5%</b>	<b>17,7%</b>
HC.5.1	Farmacos y otros bienes médicos perecederos	0,0%		0,1%	0,1%	16,2%	1,2%	17,5%	17,5%
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros bienes médicos no perecederos	0,0%		0,2%	0,2%			0,0%	0,2%
<b>HC.6</b>	<b>Atención preventiva</b>	<b>7,3%</b>		0,0%	<b>7,3%</b>			<b>0,0%</b>	<b>7,3%</b>
HC.6.1	Programas de información, educación y consejo	1,9%		0,0%	1,9%			0,0%	1,9%
HC.6.2	Programas de inmunización	1,9%		0,0%	1,9%			0,0%	1,9%
HC.6.3	Programas de detección temprana de la enfermedad	3,2%		0,0%	3,2%			0,0%	3,2%
HC.6.4	Programas de vigilancia del estado de salud	0,02%		0,0%	0,02%			0,0%	0,02%
HC.6.5	Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad	0,3%		0,0%	0,3%			0,0%	0,3%
HC.6.6	Programas de respuesta a desastres y situaciones de emergencia	0,0%		0,0%				0,0%	0,0%
<b>HC.7</b>	<b>Gobernanza y Administración del sistema de salud y del financiamiento</b>	<b>9%</b>		0,1%	<b>8,8%</b>		2,9%	2,9%	<b>11,7%</b>
HC.7.1	Gobernanza y administración del sistema de salud	9%		0,1%	8,8%		2,9%	2,9%	11,7%
<b>HC.8</b>	<b>Otros servicios de salud no clasificados en otra parte (n.c.p.)</b>	<b>5%</b>		0,2%	<b>5,0%</b>	3,7%		3,7%	<b>8,6%</b>
	<b>Totales</b>	<b>30,1%</b>	<b>19,6%</b>	<b>1,9%</b>	<b>51,7%</b>	<b>37,9%</b>	<b>10,5%</b>	<b>48,3%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Dpto. Financiamiento en Salud\_DES\_DGPE\_MSPBS

Obs.: para Seguridad Social estimaciones en base a datos de producción del IPS.

Analizando la estructura de gasto por función de los años anteriores, se constata una evolución positiva en toda la estructura y principalmente en Gobernanza y Administración del Sistema de Salud, en Atención de Rehabilitación y en Otros Servicios de Salud no Clasificados en otra parte. En los Servicios de Atención Curativa: la Atención Hospitalaria ha ido creciendo cada año, aunque en menor medida que los mencionados anteriormente, así se observa que la Atención Ambulatoria se mantuvo relativamente estable en cinco años, lo que no es igual en Servicios Auxiliares que casi ha duplicado su monto del 2012 al 2016.

En cuanto a los Bienes Médicos como fármacos y otros bienes percederos han aumentado su participación dentro del gasto total en salud y el incremento se da a partir del año 2014: en el año 2012 representaba Gs. 1.756.372 millones y luego para el año 2016 el gasto fue de Gs. 2.215.022, pero en mayor medida se da en el componente Dispositivos Terapéuticos y Otros Bienes No Percederos en el periodo de estudio.

**Cuadro N°8**  
**Gasto por Funciones de Salud en relación al total de gastos. Año 2016**

Código ICHA HC Descripción	2012	2013	2014	2015	2016
<b>HC.1 Servicios de atención curativa</b>	<b>3.923.652</b>	<b>4.179.126</b>	<b>4.904.336</b>	<b>4.842.411</b>	<b>5.260.306</b>
Atención curativa hospitalaria/internamiento	3.200.532	3.404.753	3.966.999	4.148.667	4.511.321
HC.1.2 Atención del día curativa	0	0	0	0	0
HC.1.3 Atención ambulatoria	723.120	774.373	937.337	693.744	748.984
HC.1.4 Atención curativa domiciliaria	0	0	0	0	0
<b>HC.2 Atención de rehabilitación</b>	<b>34.638</b>	<b>50.448</b>	<b>65.907</b>	<b>76.487</b>	<b>69.943</b>
<b>HC.3 Servicios de atención de larga duración</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.109</b>	<b>944</b>
HC.3.4 Atención domiciliaria de larga duración	0	0	0	1.109	944
<b>HC.4 Servicios auxiliares</b>	<b>863.055</b>	<b>1.176.802</b>	<b>1.310.020</b>	<b>1.391.561</b>	<b>1.483.147</b>
HC.4.1 Servicios de laboratorio	274.565	414.524	465.183	494.625	507.185
HC.4.2 Servicios de imagenología	258.410	395.996	438.910	476.224	492.297
HC.4.3 Transporte de pacientes	330.079	366.283	405.928	420.712	483.665
<b>HC.5 Bienes médicos</b>	<b>1.756.372</b>	<b>1.590.016</b>	<b>1.776.309</b>	<b>1.866.973</b>	<b>2.215.022</b>
HC.5.1 Fármacos y otros bienes médicos percederos	1.745.723	1.579.404	1.762.560	1.850.766	2.189.369
HC.5.2 Dispositivos terapéuticos y otros bienes médicos no percederos	10.649	10.612	13.749	16.207	25.653
<b>HC.6 Atención preventiva</b>	<b>685.198</b>	<b>628.449</b>	<b>955.276</b>	<b>1.037.996</b>	<b>906.987</b>
<b>HC.7 Gobernanza y Administración del sistema de salud y del financiamiento</b>	<b>553.097</b>	<b>605.045</b>	<b>815.001</b>	<b>1.133.085</b>	<b>1.465.474</b>
HC.7.1 Gobernanza y administración del sistema de salud	553.097	605.045	815.001	1.133.085	1.465.474
<b>HC.8 Otros servicios de salud no clasificados en otra parte (n.c.p.)</b>	<b>475.824</b>	<b>492.460</b>	<b>681.010</b>	<b>754.741</b>	<b>1.077.607</b>
<b>Totales</b>	<b>8.291.835</b>	<b>8.722.346</b>	<b>10.507.860</b>	<b>11.104.362</b>	<b>12.479.430</b>

Fuente: Dpto. Financiamiento en Salud\_DES\_DGPE\_MSPBS

### III.c. Gasto en Salud clasificado según Factores de Provisión de Servicios

De acuerdo con la estructura de gasto 2016 el principal gasto está dado por los Materiales y Servicios utilizados con 59,5% del total de gastos, esta clasificación comprende: los Servicios de Atención a la Salud 18,4%, los Servicios que No son de Atención a la Salud 8,1%, los Productos de Atención a la Salud llevan el 31% del total y los Productos no de Atención de Salud representan el 2%.

Los Servicios de Atención a la Salud, representados por los servicios sociales con 18,4%, en el sector privado concentra el 18% y en sector público es dado en menor medida con 0,4% del total de gastos. Dentro de Productos de Atención a la Salud principalmente gasto en productos farmacéuticos participa el sector privado en mayor medida con el 17,5% y el sector público con 13,5% del total de gastos, mientras los suministros no medicamentos como alimentos, textiles, combustibles, papel y otros representaban el 2% del gasto en salud. Dentro del gasto en Servicios que No son de Atención a la Salud como transporte, alquileres, aseo, mantenimiento y reparaciones, entre otros, representó el 8,1% del gasto en salud.

En segundo lugar, los servicios personales constituyen el principal objeto del gasto, representando el 33,1% del gasto total en salud, correspondiendo al sector público el principal gasto con 30,3% (MSPBS 20,8%, IPS 8,8% y otras instituciones públicas 0,7%).

**Cuadro N° 9**  
**Gastos según Factores de Provisión de servicios en relación GCS. Año 2016**

ICHA-FP	DESCRIPCION	MSPBS	IPS	Otras instituciones públicas	Sector Público	Hogares	Pre pagas	Sector Privado	Total
<b>FP.1</b>	<b>Remuneraciones empleados</b>	<b>20,8%</b>	<b>8,8%</b>	<b>0,7%</b>	<b>30,3%</b>	<b>0,0%</b>	<b>2,8%</b>	<b>2,8%</b>	<b>33,1%</b>
FP.1.1	Sueldos y salarios	18,5%	6,6%	0,6%	25,6%	0,0%	2,8%	2,8%	28,4%
FP.1.2	Cotizaciones sociales (subsidio para la salud)	0,7%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%
FP.1.3	Todos los demás costos relacionados con los asalariados	1,6%	2,3%	0,1%	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%
<b>FP.2</b>	<b>Remuneraciones profesionales de los asalariados</b>	<b>0,03%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,01%</b>	<b>0,05%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,05%</b>
<b>FP.3</b>	<b>Materiales y servicios utilizados</b>	<b>8,7%</b>	<b>8,1%</b>	<b>0,9%</b>	<b>17,8%</b>	<b>36,0%</b>	<b>5,7%</b>	<b>41,8%</b>	<b>59,5%</b>
FP.3.1	Servicios de atención a la salud	0,2%	0,0%	0,2%	0,4%	14,4%	3,6%	18,0%	18,4%
FP.3.2	Productos de atención a la salud	6,2%	6,8%	0,5%	13,5%	16,2%	1,2%	17,5%	31,0%
FP.3.3	Servicios que no son de atención a la salud	1,4%	1,2%	0,1%	2,7%	5,4%	0,0%	5,4%	8,1%
FP.3.4	Productos de atención no de salud	0,9%	0,1%	0,1%	1,1%	0,0%	1,0%	1,0%	2,0%
<b>FP.4</b>	<b>Consumo de capital fijo</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>FP.5</b>	<b>Otras partidas de gastos sobre los insumos</b>	<b>0,6%</b>	<b>2,6%</b>	<b>0,3%</b>	<b>3,5%</b>	<b>1,8%</b>	<b>2,0%</b>	<b>3,8%</b>	<b>7,3%</b>
FP.5.1	Impuestos	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%
FP.5.2	Otras partidas de Gasto	0,5%	2,5%	0,3%	3,3%	1,8%	1,8%	3,7%	7,0%
<b>All FP</b>	<b>Todos los factores de producción</b>	<b>30,1%</b>	<b>19,6%</b>	<b>1,9%</b>	<b>51,7%</b>	<b>37,9%</b>	<b>10,5%</b>	<b>48,3%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Dpto. Financiamiento en Salud\_DES\_DGPE\_MSPBS.

La evolución de la estructura del gasto en salud según objeto no es muy marcada en el periodo 2012-2016, excepto para Servicios de Atención a la Salud que en el año 2012 representaban el 13,4%, a partir del año 2014 ha crecido hasta alcanzar en el año 2016 los 18,4%; mientras que los Productos de Atención a la Salud, básicamente gastos en productos farmacéuticos representaban solamente el 32,8% del gasto en salud en el año 2012, fluctuando año a año sin poder alcanzar el mismo peso del año 2012.

**Cuadro N° 10**  
**Participación del GCS clasificado por Factores de Provisión de servicios.**

ICHA-FP	DESCRIPCION	2012	2013	2014	2015	2016
<b>FP.1</b>	<b>Remuneraciones empleados</b>	<b>37,8%</b>	<b>41,6%</b>	<b>36,5%</b>	<b>36,4%</b>	<b>33,1%</b>
FP.1.1	Sueldos y salarios	32,3%	35,2%	30,8%	31,4%	28,4%
FP.1.2	Cotizaciones sociales	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,7%
FP.1.3	Todos los demás costos relacionados con los asalariados	5,1%	6,0%	5,3%	4,5%	4,0%
<b>FP.2</b>	<b>Remuneraciones profesionales de los asalariados</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,05%</b>
<b>FP.3</b>	<b>Materiales y servicios utilizados</b>	<b>55,3%</b>	<b>50,1%</b>	<b>57,8%</b>	<b>56,3%</b>	<b>59,5%</b>
FP.3.1	Servicios de atención a la salud	13,4%	13,5%	17,4%	18,0%	18,4%
FP.3.2	Productos de atención a la salud	32,8%	28,0%	30,6%	28,9%	31,0%
FP.3.2.1	Gasto en productos farmacéuticos	32,8%	28,0%	30,6%	28,9%	31,0%
FP.3.3	Servicios que no son de atención a la salud	7,5%	7,2%	8,3%	8,0%	8,1%
FP.3.4	Productos de atención no de salud	1,6%	1,4%	1,5%	1,3%	2,0%
<b>FP.4</b>	<b>Consumo de capital fijo</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>FP.5</b>	<b>Otras partidas de gastos sobre los insumos</b>	<b>6,8%</b>	<b>8,2%</b>	<b>5,6%</b>	<b>7,3%</b>	<b>7,3%</b>
FP.5.1	Impuestos	0,3%	0,3%	0,2%	0,4%	0,3%
FP.5.2	Otras partidas de Gasto	6,4%	7,9%	5,4%	6,9%	7,0%
<b>All FP</b>	<b>Todos los factores de producción</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Dpto. Financiamiento en Salud\_DES\_DGPE\_MSPBS.

### III.d. Gasto de Capital del sector público

En este apartado están calculados los gastos de capital como Formación Bruta de capital entendido como la descripción de las adquisiciones de activos fijos nuevos o existentes menos las cesiones, que llevan a cabo los productores residentes, durante un periodo determinado. El consumo de capital no está incluido en el presente ejercicio debido a que las depreciaciones no se encuentran disponibles en ningún sector, ni público ni privado, además debe tenerse presente que los datos de capital estadísticamente disponibles son los correspondientes al sector público, no así el sector privado. El resultado de cada ejercicio tiene un monto muy poco significativo, medidos desde la perspectiva del Producto Interno Bruto no llega al 0,3% en el año 2016 y midiendo con el Gasto Corriente en Salud representa un 4,1% en el mismo año. Los montos en este periodo de análisis, tuvieron un crecimiento del 40%, llegando en el año 2016 a Gs. 513.403.349.038, en dólares representan U\$S 91.584.745.

**Cuadro N° 11**  
**Gastos de Capital del sector público, millones de guaraníes. Año 2016**

ICHA.HK	Descripción	MSPBS	IPS	Otras instituciones públicas	Total
	<b>HK TOTAL</b>	<b>210.319</b>	<b>272.144</b>	<b>30.941</b>	<b>513.403</b>
<b>HK.1</b>	<b>Formación bruta de capital</b>	<b>210.315</b>	<b>272.144</b>	<b>30.941</b>	<b>513.399</b>
HK.1.1	Formación bruta de capital fijo	209.348	272.144	30.941	512.432
HK.1.1.1	Infraestructuras	84.275	200.924	9.983	295.183
HK.1.1.2	Maquinaria y equipos	124.958	68.928	18.194	212.080
HK.1.1.2.1	Equipos médicos	5.829			5.829
HK.1.1.2.1.1	Equipos de Salud y Laboratorio	5.829			5.829
HK.1.1.2.2	Equipos de Transporte	12.308			12.308
HK.1.1.2.2.1	Equipos de Transporte	12.308			12.308
HK.1.1.2.3	Equipos TIC	8.022	20.760	2.145	30.926
HK.1.1.2.3.1	Equipos De Computación	1.358			1.358
HK.1.1.2.3.2	Equipos De Enseñanza Y Recreacionales	97			97
HK.1.1.2.3.3	Equipos De Comunicación	46			46
HK.1.1.2.3.4	Maquinarias Y Equipos De Imprenta				
HK.1.1.2.3.5	Adquisiciones de Equipos de Oficina y Computación	6.521	20.760	2.145	29.426
HK.1.1.2.4	Maquinaria y equipos no clasificados en otra parte	98.800	48.168	16.049	163.017
HK.1.1.2.4.1	Máquinas Y Equipos De Oficina	9			9
HK.1.1.2.4.2	Maquinarias Y Equipos Agropecuarios	3			3
HK.1.1.2.4.3	Maquinarias Y Equipos De Construcción				
HK.1.1.2.4.4	Maquinarias Y Equipos Industriales	152			152
HK.1.1.2.4.5	Muebles Y Enseres	509			509
HK.1.1.2.4.6	Equipos De Seguridad				
HK.1.1.2.4.7	Adquisición de maquinarias equipos y herramientas mayores	98.083	48.168	16.049	162.300
HK.1.1.2.4.8	Herramientas. Aparatos Y Equipos Varios	44			44
HK.1.1.3	Productos de propiedad intelectual	114	2.291	2.763	5.169
HK.1.2	Variaciones en inventarios	967			967
HK.1.3	Adquisiciones menos enajenaciones de objetos valiosos				
<b>HK.2</b>	<b>Activos no producidos no financieros</b>	<b>4</b>			<b>4</b>
HK.2.1	Terreno	4			4

Fuente: Dpto. Financiamiento en Salud\_DES\_DGPE\_MSPBS.

Durante el año 2016 la formación bruta de capital ascendió a Gs. 513.403 millones, unos 91 millones de dólares americanos. Estos se distribuyen en 53% para el IPS, 41% en el MSPBS y otras instituciones públicas ocupan el 6%.

El 53% del IPS se clasifica principalmente en 39.1% de infraestructura, 13.4% en maquinarias y equipos y 0.4% en productos de propiedad intelectual.

En el MSPBS con 41% la clasificación de esta Formación Bruta de Capital se distribuye de la siguiente manera: 24% en maquinarias y equipos, 16,4% en infraestructura y 0,02% en productos de propiedad intelectual.

Para las otras instituciones con 6% del sector público (DIBEN, SENADIS, Hospital Policial, Hospital Militar, Gobernaciones, Hospital de Clínicas) el 3,5% fue dirigido en la compra de maquinarias y equipos, 1,9% invertido en infraestructura y 0,5% en productos de propiedad intelectual.

**Cuadro 12**  
**Gastos de Capital, millones de guaraníes. Años 2012-2016**

	Cuenta de Capital	2012	2013	2014	2015	2016
<b>HK TOTAL</b>	<b>Cuenta Capital</b>	<b>368.870</b>	<b>392.269</b>	<b>261.525</b>	<b>326.240</b>	<b>513.192</b>
HK.1	Formación bruta de capital	363.360	390.283	261.525	326.240	513.188
HK.1.1	Formación bruta de capital fijo	359.007	389.811	259.926	325.436	512.221
HK.1.1.1	Infraestructuras	188.296	199.798	134.464	205.513	295.183
HK.1.1.1.1	Edificios residenciales y no residenciales					295.183
HK.1.1.1.1.1	Edificaciones					0
HK.1.1.1.1.2	Construcciones					295.183
HK.1.1.1.2	Otras estructuras					
HK.1.1.1.2.1	Obras De Infraestructura					
HK.1.1.1.2.2	Obras Civiles En Ejecución					
HK.1.1.2	Maquinaria y equipos	166.388	183.033	114.480	116.542	211.869
HK.1.1.2.1	Equipos médicos					5.829
HK.1.1.2.1.1	Equipos De Salud Y Laboratorio					5.829
HK.1.1.2.2	Equipos de transporte					12.308
HK.1.1.2.2.1	Equipos De Transporte					12.308
HK.1.1.2.3	Equipos TIC	38.071	19.091	15.321	11.641	30.772
HK.1.1.2.3.1	Equipos De Computación					1.358
HK.1.1.2.3.2	Equipos De Enseñanza Y Recreacionales					97
HK.1.1.2.3.3	Equipos De Comunicación					46
HK.1.1.2.3.4	Maquinarias Y Equipos De Imprenta					0
HK.1.1.2.3.5	Adquisiciones de Equipos de Oficina y Computación					29.271
HK.1.1.2.4	Maquinaria y equipos no clasificados en otra parte	0	0	16	14	162.960
HK.1.1.2.4.1	Máquinas Y Equipos De Oficina					9
HK.1.1.2.4.2	Maquinarias Y Equipos Agropecuarios					3
HK.1.1.2.4.3	Maquinarias Y Equipos De Construcción					0
HK.1.1.2.4.4	Maquinarias Y Equipos Industriales					152
HK.1.1.2.4.5	Muebles Y Enseres					509
HK.1.1.2.4.6	Equipos De Seguridad					0
HK.1.1.2.4.7	Adquisición de maquinarias equipos y herramientas mayores					162.243
HK.1.1.2.4.8	Herramientas, Aparatos Y Equipos Varios					44
HK.1.1.3	Productos de propiedad intelectual	4.323	6.980	10.982	3.381	5.169
HK.1.1.3.1	Software y bases de datos	3.668	3.112	8.099	2.987	4.924
HK.1.1.3.1.1	Programas Y Sistemas De Computación	0	0	0	0	105
HK.1.1.3.1.2	Adq. De Activos Intangibles	0	0	0	0	4.819
HK.1.1.3.2	Productos de propiedad intelectual	655	3.868	2.883	395	245
HK.1.1.3.2.1	Estudios y proyectos de Inversión	655	3.868	2.883	395	241
HK.1.1.3.2.2	Bibliotecas y Museos					4
HK.1.2	Variaciones en inventarios	4.354	472	1.599	804	967
HK.1.2.1	Reparaciones Mayores De Inmuebles	0	0	0	0	0
HK.1.2.2	Reparaciones Mayores De Equipos	0	0	0	0	0
HK.1.2.3	Reparaciones Mayores De Herramientas Y Otros	0	0	0	0	0
HK.1.2.4	Otros Gastos de Inversión y Reparaciones Mayores	0	0	0	0	967
HK.1.3	Adquisiciones menos enajenaciones de objetos valiosos	0	0	0	0	0
HK.1.1.c	Consumo de capital fijo	0	0	0	0	0
HK.1.1.n	Formación de capital neto	0	0	0	0	0
HK.2	Activos no producidos no financieros	5.510	1.986	0	0	4
HK.2.1	Terreno	5.510	1.986	0	0	4
HK.2.2	Otros activos no producidos no financieros	0	0	0	0	0

Fuente: Dpto. Financiamiento en Salud\_DES\_DGPE\_MSPBS.

El mayor crecimiento del 2012 al 2016 fue en Infraestructuras con 57%, seguido de Maquinarias y Equipos con 27% y productos de propiedad intelectual con 20%. Por otra parte, en Variaciones de Inventarios hubo un decrecimiento notable del -78%, para el año 2016 en comparación con el año 2012.

## Conclusión

**Macro:** el gasto corriente total en salud asciende a 12.4 billones de guaraníes en el año 2016, representa el 8% del PIB y equivale a 2.218 millones de dólares (Gs. 5.625,19 por cada 1 US\$, promedio compra venta, fuente Banco Central del Paraguay) del mismo año. Significa un gasto per cápita de Gs. 1.820.609, en US\$ 324 por persona por año.

La distribución de esta inversión entre los sectores públicos y privados permanecen muy próximos en el periodo analizado, siendo en el año 2016 el gasto público 4,2% y el gasto privado 3,9% del PIB. La OMS recomienda un gasto público en salud de por lo menos un 6% del PIB nacional, cifra de la cual estamos muy lejos aún.

El gasto público en salud se concentra en el gasto del MSPBS y el gasto del IPS, los cuales en 2016 se encontraban cada uno en 2% del PIB, lo que se ha mantenido relativamente invariable desde 2012.

El gasto de capital en el 2016 fue de Gs. 513.403 millones que en US\$ son alrededor de 91 millones, esto representa el 0,3% del PIB.

**Fuentes:** las principales fuentes de financiamiento 2016 fueron: las recaudaciones fiscales que realiza el gobierno con Gs. 4 billones, 32,1% del total y las cotizaciones sociales que obliga el Instituto de Previsión Social (Gs. 2.4 billones, 19,6% del total). Ambas fuentes constituyen el 51.7% del origen de los fondos del gasto público en salud.

En el sector privado la mayor fuente constituye los ingresos de hogares con Gs. 4.7 billones que representa el 38% del total, por otra parte, las fuentes pagos voluntarios de personas y hogares constituyen el 10% del total, sumados aportan el 48% de las fuentes.

Los fondos de créditos externos no son muy representativos, constituyendo el 0,1% del total de fondos del sistema de salud y son otorgados solo para el MSPBS. Esta falta de financiamiento para el sector salud denota una disminución de la importancia del financiamiento externo demostrando la necesidad de encontrar mecanismos de financiamiento para asegurar la cobertura universal en el país.

**Agentes:** durante el año 2016 los principales agentes de financiamiento, entendidos como los responsables de canalizar los fondos que proporcionan las fuentes de financiamiento, son los hogares con 4,7 billones, representando el 38% del total, el Ministerio de Salud Pública (Gs. 3,7 billones; 30%), la seguridad social (Gs. 2,4 billones; 20%), seguido de las empresas de medicina pre paga con Gs. 1,3 millones que representa el 11% del total. Las demás instituciones públicas solo alcanzan el 1,9% del total.

**Provisión:** del total general del gasto público en salud para el año 2016 los servicios personales representaron el 58,8%, compuesto por los sueldos y salarios, cotizaciones sociales y todos los demás costos relacionados con asalariados. Los Servicios que no están relacionados a salud

llegan a un 8%, los que son comprendidos como servicios básicos, transporte y almacenaje, pasajes y viáticos, alquileres, derechos y otros servicios. Entre los Productos de atención no de salud compuesto por productos alimenticios, textiles y vestuarios, bienes de consumo de oficinas e insumos solo alcanza el 2% del total de gastos.

El gasto en medicamentos se incluye en el de los Materiales y Servicios utilizados. Representa el 31% del gasto corriente total en salud que se consume por la vía de los Hogares (16,2%), Medicina pre paga (1,2%), el Instituto de Previsión Social (6,8%), el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (6,1%), el Hospital de Clínicas (0,3%), principalmente.

El gasto de salud del MSPBS, clasificado por el costo de los factores, da cuenta que el rubro de recursos humanos mantiene la mayor participación del gasto en salud de la institución (18,2%), en IPS corresponde el 6,6% y para las demás instituciones corresponde el 0,6%.

**Funciones:** en 2016 un 42,7% del gasto sanitario total se destinó a servicios de asistencia curativa (42,2%) y de rehabilitación (0,6%). Le siguen en importancia el gasto en productos médicos con un 17,7%, el gasto en servicios auxiliares de atención de la salud que supuso un 11,9% del gasto sanitario total. Para la gobernanza y administración del sistema sanitario se emplearon el 11,7% del total de gastos y el 8,6% para otros servicios de salud no clasificadas en otra parte. El gasto en atenciones preventivas llega al 7,3% del gasto sanitario total, aunque con estas atenciones, en teoría se podría resolver la mayor parte de los problemas de salud y descongestionar los niveles especializados, las cifras del quinquenio muestran que no ha sido una prioridad para salud pública.

Durante el quinquenio, el peso del gasto en las principales funciones de atención de la salud fue desigual: si bien los servicios de asistencia curativa, la atención preventiva y en bienes médicos se incrementaron, los gastos en atenciones de rehabilitación, de servicios auxiliares, en la gobernanza y administración del sistema y otros servicios de salud aumentaron en mayor medida que los anteriores.

**Proveedores:** la mayor parte de los recursos de todo el sistema se destina a la atención en hospitales con 41% durante el año 2016, se puede advertir que la prioridad en el gasto es la atención especializada y no la salud básica ni la colectiva. Puede ser que eso sea lo que necesita la población, y a fin de determinar efectivamente esta necesidad se requiere de otro tipo de estudios, como los de situación de salud y carga de enfermedad.

Específicamente en 2016, unos Gs. 5 billones fueron consumidos por los hospitales generales 21,3%, de salud mental 0,2% y los hospitales especializados 19,1%, los cuales originaron el 40,6% del gasto total de los hospitales.

Además, cabe destacar el menor gasto de los proveedores de atención ambulatoria, Gs 542 mil millones que representan el 4,3% del gasto sanitario total, aproximadamente nueve veces menor a de los hospitales; el de los minoristas y otros proveedores de productos médicos, con un 16,2%, y el de atención preventiva con un 6,5%. El 2,6% del gasto de los proveedores de atención ambulatoria se realizó con recursos públicos en 2016. Los centros de atención ambulatoria absorbieron el 2,6% del gasto de los proveedores de atención ambulatoria financiados por las administraciones públicas. Los consultorios supusieron el 1,7% del gasto de los costeados por el sector privado.

El gasto en minoristas y otros proveedores de productos médicos alcanza en 2016 el 16,2% del gasto total en salud, específicamente determinado por el sector privado a falta de la desagregación de gastos en forma de proveedor principal de servicios de salud en el sector público.

En el quinquenio 2012-2016, los gastos de administración y financiación del sistema de atención

de salud, los proveedores de servicios relacionados con atención de la salud y los proveedores de servicios auxiliares son los que experimentaron los mayores incrementos seguidos por los hospitales, proveedores de atención de salud ambulatoria, minoristas y otros proveedores de productos médicos, y los proveedores de atención preventiva.

## Principales retos

A fin de tener cifras más precisas, lo más cercana a la realidad del financiamiento y gasto en salud se pueden describir cuatro aspectos considerados como aquellos que demandan intervenciones más urgentes y cuyos progresos pueden ayudar irrefutablemente en el mejor uso y beneficio de los recursos invertidos en la salud.

- 1.** Utilización de los resultados en la toma de decisiones ligada estrechamente a la evidencia disponible.
- 2.** Perfeccionar la información procediendo sobre la confiabilidad y la consistencia en las tablas de las funciones de salud y los proveedores de atención de salud cuyas desagregaciones son útiles respecto al tipo de actividad desarrollada (curativa, de promoción y prevención, de rehabilitación; hospitalaria, ambulatoria, domiciliar), mejorando en los procesos de construcción, recolección y procesamiento de datos en el sector público así como también en el sector privado, donde la fragmentación de oferentes junto con la resistencia en facilitar datos respecto a su actividad, se ve ampliamente limitado. Una de las posibles alternativas para superar las barreras de información en el sector privado, es la inclusión de módulos especiales en la Encuesta de Hogares o la Encuesta de Ingresos y Gastos, apropiados para la estimación y caracterización del gasto privado en salud de los individuos y hogares. Es una posibilidad que demanda el logro de acuerdos interinstitucionales y el apoyo técnico y económico de organizaciones internacionales.
- 3.** Desarrollar estimaciones sobre el gasto de bolsillo y su distribución entre los hogares de diferentes niveles de ingresos y el impacto que tienen en el presupuesto familiar, realizar las aproximaciones del gasto catastrófico que tienen para las personas en su salud. Además, desarrollar los gastos por enfermedades y la cuenta de consumo de capital. Desarrollar los gastos por regiones sanitarias de todo el sistema de salud.
- 4.** Dotar de mayores atribuciones y herramientas normativas a la Superintendencia de Salud, en función de mejorar la obtención de información financiera y no financiera de los seguros y de los prestadores, en particular, mayor precisión y desagregación de la información de estados financieros, datos sanitarios y cartera de beneficiarios, y realizar las estimaciones necesarias en cuanto a gastos de inversión, e incorporar dicha estimación para llegar al Gasto Nacional en Salud (corriente y de capital).

# Bibliografía

1. Manual del Sistema de Cuentas de Salud SHA 2011.
2. Decreto 8.988/2018. Presidencia de la República.
3. Decreto 20.608/2003. Presidencia de la República.
4. Metodología IPC Base 2007. BCP.
5. Anuarios Estadísticos 2012 al 2015. DGEEC.
6. Encuesta Permanente de Hogares 2012 al 2014. DGEEC.
7. Proyección de la Población Nacional 2000 al 2025. DGEEC.
8. Anexo Estadístico Informe Económico al 27 de marzo de 2018. BCP.
9. Anuario Estadístico de IPS años 2015 y 2015. IPS.
10. Política Nacional de Salud 2015-2030. MSPBS.
11. Plan Estratégico Institucional 2013-2018. MSPBS.
12. Cuentas de Salud 2012-2013. DES, DGPE, MSPBS.
13. Cuentas de Salud 2012-2014. DES, DGPE, MSPBS.
14. [www.who.int/es](http://www.who.int/es).
15. [http://isdatbank.info/boost\\_paraguay/](http://isdatbank.info/boost_paraguay/)
16. Ley 5.385/2015. Anexo Clasificador presupuestario de Ingresos, Gasto y Financiamiento.
17. Cuestionario EPH 2013. DGEEC.
18. Indicadores Básicos de Salud\_DGIES\_MSPBS.
19. Manual del Asegurado de IPS. IPS

ISBN: 978-99967-36-80-3



9 789996 736803



TESĀI HA TEKO  
PORAVE  
MOTENONDEHA  
MINISTERIO DE  
SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL

TETĀ REKUĀI  
GOBIERNO NACIONAL  
Jajapo hante raperā ko'āga guive  
Construyendo el futuro hoy

# PARAGUAY CUENTAS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN  
DIRECCIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE FINANCIAMIENTO EN SALUD

2012 - 2016