

ANÁLISIS DE LAS GARANTÍAS DE ACCESIBILIDAD DE LOS TRABAJADORES
INFORMALES DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN
SALUD EN PARAGUAY, DESDE 1990

MARIA ALEJANDRA ORTIZ VARGAS

ANDRÉS FELIPE RIVAS

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ANTONIO JOSÉ CAMACHO
FACULTAD DE EDUCACIÓN A DISTANCIA Y VIRTUAL
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
SANTIAGO DE CALI

2020

ANÁLISIS DE LAS GARANTÍAS DE ACCESIBILIDAD DE LOS TRABAJADORES
INFORMALES DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN
SALUD EN PARAGUAY, DESDE 1990

MONOGRAFIA

PARA OPTAR AL TITULO DE:
PROFESIONAL EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

ALEJANDRA ORTIZ
ANDRÉS FELIPE RIVAS

DIRECTORA:
LUZ DARY GONZÁLEZ RESTREPO

ASESORA:
ABOGADA. ESTER JULIA ÁLVAREZ



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ANTONIO JOSÉ CAMACHO
FACULTAD DE EDUCACIÓN A DISTANCIA Y VIRTUAL
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
SANTIAGO DE CALI

2020

Nota de aceptación:

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Cali, Valle del Cauca, 14 de abril de 2020

DEDICATORIA

Este trabajo de grado está dedicado a Dios, por acompañarnos y fortalecer nuestro espíritu, por iluminar nuestra mente y por hacer realidad esta meta académica.

A nuestros padres, quienes han sido una fuente constante de apoyo incondicional, por brindarnos aliento durante los desafíos de la universidad y la vida.

AGRADECIMIENTOS

A los directivos y docentes de la Institución Universitaria Antonio José Camacho, Facultad de Educación a Distancia y Virtual, Programa Administración en Servicios de Salud, por compartir generosamente su tiempo y por el privilegio de recibir sus conocimientos.

De igual manera agradecemos a la directora del proyecto de grado Mg. Luz Dary González Restrepo por su compromiso y apoyo a este proyecto.

Y agradecemos a nuestros compañeros de estudio con quienes hemos compartido esta etapa de formación profesional.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.1.1. <i>Área temática:</i>	14
1.1.2. <i>Línea de Investigación: Salud pública</i>	14
1.1.3. <i>Eje temático:</i>	14
2. OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. JUSTIFICACIÓN	16
4. ANTECEDENTES	17
5. MARCO TEÓRICO	21
6. METODOLOGÍA	23
6.1. LOS ENFOQUES.....	23
6.2. TIPO DE ESTUDIO	23
CAPÍTULO 1.	27
CAPÍTULO 2.	32
2.1. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE PARAGUAY.....	32
2.2. LA LEGISLACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL EN PARAGUAY.....	33
CAPÍTULO 3.	35
3.1. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN PARAGUAY	35
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	48
GLOSARIO	48

ILUSTRACIONES

Pág.

Ilustración 1. El Sistema General de Seguridad Social.....	27
Ilustración 2. Ministerio de Salud Pública y Seguridad Social-Paraguay	28
Ilustración 3. Análisis DOFA del desarrollo normativo y sus repercusiones	41

RESUMEN

El objetivo de la presente monografía es investigar sobre las garantías de accesibilidad de los trabajadores informales dentro del sistema general de seguridad social en salud en Paraguay, desde 1990. Por lo cual se conceptualiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se determina el marco legal y constitucional que garantizan la accesibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los trabajadores informales y se identifican las políticas públicas que garantizan la accesibilidad de los trabajadores informales al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La salud es un derecho básico ubicado en un marco de referencia comprendido por la legislación nacional, las Normas Internacionales y las demás normas de seguridad social vigentes para todos los ciudadanos en Paraguay, sin embargo, están diseñadas para cubrir y servir a la población asalariada formal y a sus familiares. Por la naturaleza económica y moral del sistema general de seguridad social en salud, la accesibilidad debería estar disponible para el resto de la población y garantizarse para todos los trabajadores informales a través del estado, esta exclusión tiene que ver con la inaccesibilidad geográfica, cultural, informalidad laboral e inaccesibilidad económica debido a la pobreza.

En la práctica, el sistema de salud de Paraguay es variado en sus modalidades de financiamiento, regulación, afiliación y provisión, situación que ocasiona falta de continuidad, fomenta las desigualdades sociales en salud, el trabajo descoordinado, segmentado y fragmentado; por consiguiente, la planificación, la asignación de recursos y dadas las circunstancias la definición efectiva de metas nacionales en salud se visualiza como un proceso complejo o casi improbable de lograr.

A pesar del significativo crecimiento en los últimos años de los valores nominales del financiamiento y gasto en Salud tanto pública como privada, el Paraguay sigue rezagado en comparación con la mayoría de los países del Sur del continente americano (Colombia, Ecuador, Perú, Brasil, Chile y Argentina). El déficit de cobertura en salud tiene su raíz en la falta de recursos y se explica por factores como la falta de organización y las deficientes modalidades gerenciales; por lo tanto, debe fortalecerse la capacidad de gestión de las fuentes de financiación y realizar el uso racional, institucional, universal, solidario, equitativo y eficiente de los recursos.

Palabras clave: Accesibilidad, Informalidad, atención en salud, trabajador informal seguridad social, Paraguay.

SUMMARY

The objective of this monograph is to investigate the accessibility guarantees of informal workers within the general social security system in Paraguay, since 1990. Therefore, it's conceptualized the General System of Social Security in Health, it's determined the legal and constitutional framework that guarantee the accessibility to the General System of Social Security in Health of the informal workers, and the public policies that guarantee the accessibility of the informal workers to the General System of Social Security in Health are identified.

Health is a basic right located in a frame of reference comprised by national legislation, International Standards and other social security standards valid for all citizens in Paraguay, however, they are designed to cover and serve the formal salaried population And his relatives. Due to the economic and moral nature of the general social security system in health, accessibility should be available to the rest of the population and guaranteed to all informal workers throughout the state, this exclusion has to do with geographical inaccessibility, cultural factors, labor informality and economic inaccessibility due to poverty.

In practice, Paraguay's health system is varied in its modalities of financing, regulation, affiliation and provision, a situation that causes lack of continuity, fosters social inequalities in health, uncoordinated, segmented and fragmented work, therefore, planning, resource allocation and given the circumstances the effective definition of national health goals is visualized as a complex or almost unlikely process to achieve.

Despite the significant growth in the last years of the nominal values of financing and spending in Health, both public and private, Paraguay is still lagging in comparison with most of the countries of the South of the American continent. The health coverage deficit is rooted in lack of resources and is explained by factors such as lack of organization and poor management modalities; therefore, the management capacity of the sources of financing must be strengthened and the rational, institutional, universal, solidary, equitable and efficient use of resources must be made.

Key words: Accessibility, Informality, health care, informal workers, social security, Paraguay.

INTRODUCCIÓN

En el Libro I de la República de Platón, Sócrates plantea la difícil pregunta: “Pero dime: el médico, ¿acaso lo es por dinero o por curar a los enfermos?”. (Platón, - 385). La respuesta es necesariamente ambas, y equilibrar las dos es tan complicado para la prestación del servicio médico en este tiempo como en el tiempo de Platón.

La Declaración Universal de Derechos Humanos sigue siendo igual de pertinente hoy día que en 1948, cuando fue proclamada y aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Los compromisos contraídos por todos los Estados constituyen en sí mismos un gran logro, por consiguiente, obliga a Paraguay como parte de la ONU a cumplir con cada uno de los artículos (Naciones Unidas, 2015).

La accesibilidad a los servicios de salud tiene naturaleza tanto económica como moral, es decir, si la seguridad en salud debe prestarse solo al beneficiario del servicio, o la salud es un derecho básico al que todos los ciudadanos de un país pueden acceder, por lo tanto, debería estar disponible para los trabajadores informales a través del estado.

Las limitaciones para acceder a los servicios de salud de Paraguay, las circunstancias del país obligan al sistema de seguridad social a buscar estrategias para cumplir con el derecho a la salud que tienen los trabajadores informales al igual que los demás ciudadanos. El Instituto de Previsión Social tiene por principal finalidad brindar a sus asegurados y familiares un conjunto de servicios que pueden resumirse en: seguro de salud, pensiones y jubilación (Mersan, 2018). El Estado paraguayo al suscribir la Declaración Universal de los Derechos Humanos implica que, como Estado, se aviene a diseñar, sostener y promover un sistema de seguridad social que provea cuando menos los elementos mínimos de este concepto, según lo establecido en los artículos específicos de esta declaración.

Las garantías de accesibilidad de los trabajadores informales al sistema general de seguridad social en salud se ubican en un marco de referencia comprendido por la legislación nacional, las Normas Internacionales del Trabajo y las demás normas mínimas de seguridad social vigentes en Paraguay. Sin embargo, Los seguros sociales en Paraguay están diseñados para cubrir y servir a la población asalariada formal y a los familiares de estos trabajadores. Para el resto de la población; la única manifestación de seguridad social general es la cobertura de salud pública a cargo del ministerio del ramo (Ministerio de trabajo empleo y seguridad social).

Según el tipo de cobertura, el servicio de salud puede ser suministrado por los sectores públicos, privados y los subsectores mixtos, en cumplimiento de la política

nacional de salud que posibilite el pleno derecho a la salud de toda la población, con el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el sector salud. En Paraguay se mantienen dos sistemas ineficientes en salud, el del Instituto de Previsión Social (IPS) y el del Ministerio de Salud Pública, duplicando esfuerzos y costos innecesarios (Beltrán, 2013).

Según la Organización Panamericana de la Salud, la cobertura y acceso universal de salud implican que todas las personas, a nivel nacional y sin discriminación alguna, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad, tengan acceso, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, sin exponer a los usuarios a dificultades financieras (OPS, 2019).

El concepto de cobertura de los servicios de salud a la población se refiere a la "capacidad" de tener acceso a la atención en función de su capacidad de pago. Mide la capacidad de brindar los servicios en función de la disponibilidad y accesibilidad geográfica. Los indicadores proceden de relacionar las necesidades de atención de la población con la verdadera utilización de servicios (Paganini, 1998).

El gasto en salud medido como porcentaje del PIB, ha aumentado de manera significativa durante los últimos años, el Banco Mundial proporciona datos para Paraguay desde 2000 a 2016. Persisten deficiencias importantes como la baja cobertura de la población protegida, en 2015 el Instituto de Previsión Social (IPS) registró 510.636 trabajadores inscritos, cubriendo el 14,6% de la Población Económicamente Activa que alcanzó a 3.492.514 personas y respecto de la población total, la relación se ubicó en 7,4%. La baja cobertura se debe, en gran medida, a la alta informalidad que tiene la estructura del empleo en Paraguay, la discontinuidad de aportes y la alta evasión en las cotizaciones que supera el 70%, que perjudica en forma principal a los más pobres y, por tanto, el acceso a los servicios sigue dependiendo en gran medida de la capacidad de pago de las personas (Casalí, Cetrángolo, & Goldschmit, 2017).

La causa de la exclusión y baja cobertura en Paraguay se debe en gran medida a la alta informalidad en la estructura del empleo, a la discontinuidad de los aportes y a la alta evasión en las cotizaciones que supera el 70% (Casalí, Cetrángolo, & Goldschmit, 2017). El gran tamaño del empleo informal limita a la estructura de financiamiento y a la capacidad de los seguros sociales para brindar mayor cobertura. No obstante, el IPS es el seguro que más cobertura brinda a sus asegurados, pero no todos tienen los mismos beneficios (Gimenez, 2012).

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019, indica que el derecho humano a la seguridad social sigue sin realizarse para la mayoría de la población mundial. Solo el 45% tiene cobertura efectiva por al menos un beneficio de protección social, mientras que el 55% restante, unos 4000 millones de personas, no tienen protección alguna. Las estimaciones de la OIT indican que solo el 29% de la población mundial está protegida por un sistema de seguridad social integral que abarca toda la gama de prestaciones y que la amplia mayoría de la población mundial, el 71%, ó 5200 millones de personas, tiene solo una cobertura parcial o ninguna (OIT Ginebra, 2017).

Las condiciones de trabajo y a la elevada informalidad que lo caracteriza motivan un gran interés académico. La informalidad se caracteriza por un agudo déficit de trabajo decente, están expuestos a condiciones de trabajo inseguras, muy pocas oportunidades de formación. Sus ingresos son irregulares, variables y más bajos de los que se perciben en la economía formal. Las jornadas laborales son más extensas. No están representados ni pueden ejercer el derecho a la negociación colectiva. Están en una situación vulnerable porque la economía informal está fuera del alcance de la seguridad social y de la legislación (OIT, 2019).

En el plano de la cobertura de salud, la norma internacional promueve la garantía de atención de la salud esencial, y que cumpla los criterios de disponibilidad y accesibilidad (Casalí, Cetrángolo, & Goldschmit, 2017). La Constitución de la República de Paraguay de 1992 contempla lo referente al derecho a la salud. Así, el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y el interés de la comunidad (Guillén, 2011).

Más del 60% de la población ocupada trabaja independiente o en empresas que tienen entre dos y cinco trabajadores, por otra parte, menos del 10% lo hace en empresas medianas y grandes (de más de 50 trabajadores). La característica principal del mercado de trabajo paraguayo es la alta importancia del empleo informal (Casalí, Cetrángolo, & Goldschmit, 2017). Los trabajadores informales no cuentan con contratos de empleo seguros, prestaciones laborales, protección social o representación de los trabajadores. El empleo informal, incluye todo trabajo remunerado, tanto el autoempleo como el empleo asalariado que no está registrado, regulado o protegido por marcos legales o normativos, así como también el trabajo no remunerado llevado a cabo en una empresa generadora de ingresos (OIT, 2019).

Si bien no todos los trabajadores informales son pobres, la pobreza es una causa como una consecuencia de la informalidad. Los pobres enfrentan tasas más altas de empleo informal y las tasas de pobreza son más altas entre los trabajadores con empleo informal (Bonnet & Leung, 2018).

El nivel de educación es un factor clave que afecta el nivel de informalidad. A nivel mundial, cuando el nivel de educación aumenta, el nivel de informalidad disminuye, según el informe de la Organización Internacional del Trabajo. La agricultura es el sector con el nivel más alto de empleo informal, estimado en más del 90 por ciento (Bonnet & Leung, 2018). En Paraguay, la agricultura es la que más aporta a la informalidad, porque la población ocupada que vive en áreas rurales fue la más afectada por la informalidad, llegando en el año 2017 a 74,8% de los ocupados ante el 62,4% en áreas urbanas (Gobierno Nacional, 2017). La economía informal en las áreas rurales se refiere a uno de los sectores más vulnerables de la sociedad, que sustenta los medios de vida de las poblaciones empobrecidas a través de recursos naturales y actividades económicas basadas en la tierra (Weng, 2015).

Aunque esta responsabilidad es del Estado, la causa de la exclusión y baja cobertura en Paraguay se debe en gran medida a la alta informalidad en la estructura del empleo, a la discontinuidad de los aportes y a la alta evasión en las cotizaciones que supera el 70% (Casali, Cetrángolo, & Goldschmit, 2017). El gran tamaño del empleo informal limita a la estructura de financiamiento y a la capacidad de los seguros sociales para brindar mayor cobertura. No obstante, el IPS es el seguro que más cobertura brinda a sus asegurados, pero no todos tienen los mismos beneficios (Gimenez, 2012).

El Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral (SINAFOCAL) indican que el Paraguay es el tercer país con el nivel de empleo informal en Sudamérica alcanzando al 64% del total de los trabajadores (Acosta, 2017).

La informalidad en Paraguay es preocupante desde el enfoque de acceso a la seguridad social, afecta a aproximadamente el 78% de la población total, lo que equivale a más de 2 millones 400 mil personas que no acceden a la seguridad social (ONU, 2013). Sólo una pequeña proporción de la población disfruta de la seguridad social, basada en las cotizaciones de los beneficiarios que garantizan la protección de la salud (OIT, 2019).

El derecho humano a la seguridad social sigue sin realizarse para la mayoría de la población mundial caracterizada por la informalidad y un agudo déficit de trabajo decente. Según la Constitución, el Estado de Paraguay protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y el interés de la comunidad. La pobreza es tanto una causa como una consecuencia de la informalidad, el nivel de

educación es un factor clave que afecta el nivel de informalidad y la agricultura es el sector con el nivel más alto de empleo informal. La informalidad en Paraguay es preocupante desde el enfoque de acceso a la seguridad social, sólo una pequeña proporción de la población disfruta de la seguridad social, basada en los aportes de los trabajadores cotizantes que garantizan la protección de la salud.

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las garantías que tienen los trabajadores informales para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Paraguay desde 1990?

1.1.1. Área temática: Gestión en salud.

1.1.2. Línea de Investigación: Salud pública

1.1.3. Eje temático: Desarrollo y gestión organizacional en salud.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Investigar las garantías de accesibilidad de los trabajadores informales dentro del sistema general de seguridad social en salud en Paraguay, desde 1990.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conceptualizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Paraguay desde 1990.
2. Determinar el marco legal y constitucional que garantizan la accesibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los trabajadores informales en Paraguay desde 1990.
3. Identificar las políticas públicas que garantizan la accesibilidad de los trabajadores informales al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en Paraguay desde 1990.

3. JUSTIFICACIÓN

La revisión de la literatura científica en el ámbito de la Administración de Servicios de Salud resulta útil para mostrar evidencias documentales de los diferentes países, de esta manera puede aportar a la institución universitaria Antonio José Camacho ya que sus estudiantes pueden revisar este proyecto y realizar comparaciones o análisis de esta problemática.

La literatura previa se ha concentrado en otras áreas similares pero, hasta ahora, no ha considerado el aspecto particular al que se desea contribuir con este trabajo; de este modo, se suple la brecha en el cuerpo de literatura existente. Las brechas en las actuales investigaciones nos llevaron a revisar la bibliografía mediante las nuevas tecnologías y nuevos soportes que abren el panorama de la interpretación y confrontación de los hechos (Bellers & Smith, 2003).

Conocer en profundidad la bibliografía disponible sobre el tema accesibilidad de los trabajadores informales es primordial para la formación del Profesional en Administración de Servicios de Salud, quien debe distinguir los variados entornos y la calidad de vida de las personas en todas sus dimensiones.

Se aporta al conocimiento desde el punto de vista del Profesional en Administración de Servicios de Salud, aumentando su conocimiento contemplando y analizando las estrategias o políticas públicas de este país, su sistema de salud, su modelo de atención, las categorías que pueden influir a la hora de garantizar accesibilidad como lo son: El trabajo informal, la economía, la pobreza, la ubicación geográfica entre otras, de esta manera el profesional amplía su conocimiento, lo cual le servirá en lo largo de su carrera profesional a la hora de analizar y tomar decisiones sobre qué estrategia podría ser eficiente para cumplir con el derecho a la salud y cuales estrategias no servirían para lograr el objetivo esperado.

Presenta un aporte de la sociedad en cuanto a conocer la realidad de la atención en salud en ese país frente a los trabajadores informales, así pues, puede servir para consultar las estrategias aplicadas y su impacto.

4. ANTECEDENTES

“Informalidad y vulnerabilidad laboral: aplicación en vendedores con empleos de subsistencia”

Trabajo publicado en la revista Saúde Pública, elaborado por (Garzón, Cardona, Rodríguez, & Segura, 2017). Su objetivo era describir el origen, evolución y aplicación del concepto de vulnerabilidad laboral en trabajadores con empleos de subsistencia en las ventas callejeras.

Los métodos utilizados por los autores consistieron en análisis de la literatura en bases de datos en idioma español, portugués e inglés, sin restricción por país. Revisión de informes gubernamentales, artículos y documentos de América Latina y el Caribe. Analizaron información de economía informal, vulnerabilidad sociolaboral y trabajadores con empleos de subsistencia.

Los métodos utilizados por los autores, consistió en estudio bibliométrico de revisión narrativa crítica, con aplicación de búsquedas en cuatro bases de datos, revisión de artículos, informes gubernamentales y de agencias internacionales para América Latina y el Caribe.

El procedimiento de búsqueda se centró en la exploración de estudios, artículos, documentos de orden académico e informes de agencias gubernamentales y no gubernamentales, entre otros, directamente en sus páginas oficiales, en los que se hiciera referencia al contexto de la economía informal, sus referentes, usos y aplicaciones a nivel general, conexión de economía informal con vulnerabilidad laboral y sus características y relaciones.

Se buscó información de vulnerabilidad social como contexto amplio que incluye la vulnerabilidad laboral, enfoques y aplicaciones prácticas en páginas ministeriales y en el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE-Colombia). La información que no fue consultada en las bases de datos se recuperó a través de Google Académico.

Los resultados de la investigación indican que la forma de trabajo y el modelo económico son elementos que condicionan las poblaciones más pobres, y los empleos de subsistencia aportan a la configuración de la pobreza.

Los perfiles podrían facilitar el acceso a la adquisición de activos que apoyen su estructura de oportunidades, facilitando y mediando en el paso de la vulnerabilidad a la movilidad social, con oportunidades. Se propone como concepto de vulnerabilidad laboral para trabajadores del sector informal con empleos de

subsistencia, la condición de aquellos que deben trabajar de día para comer de noche, que presentan una escasa o inexistente posesión de activos y una mínima estructura de oportunidades para prevenir, hacer frente y resistir las situaciones críticas que se les presentan cotidianamente, poniendo en riesgo su subsistencia y la de las personas que tienen a su cargo, conectándose así vulnerabilidad social y laboral.

Salud y seguridad social de los trabajadores informales del centro de Maracay.

Realizan una investigación descriptiva con un diseño de campo, a fin de conocer la percepción de los trabajadores informales sobre sus condiciones laborales y el acceso a la salud y la seguridad social. Teniendo como objeto de estudio los trabajadores informales que laboraban en el Centro de Maracay con una muestra de 306 trabajadores escogidos de manera aleatoria, que cumplieron con los criterios de inclusión planteados. Permiten describir el medio ambiente, las condiciones laborales y el acceso a la salud y Seguridad Social de los trabajadores y trabajadoras informales en Maracay. Las características laborales de los trabajadores informales, tuvieron como antecedente laboral la condición de desempleados (52,60%) y 47,40% laboraban en el sector formal de la economía, antes de iniciarse en el sector informal; la mayoría tienen una antigüedad laboral menor a 10 años en el sector informal (51,30%) y un grupo considerable una antigüedad entre 10 a 19 años (42,80%), Esta investigación da cuenta de la existencia de condiciones precarias de trabajo en un grupo de trabajadores y trabajadoras del sector informal en Venezuela a comienzos de la segunda década del siglo XXI; y las dificultades que éstas presentan para contar con el acceso equitativo a la salud y a la Seguridad Social. (Ronald Rangel, 2017).

Políticas públicas en seguridad social para la protección de los trabajadores informales en Colombia

El objetivo de este artículo es revisar las políticas públicas en seguridad social dirigidas a proteger a los trabajadores informales en Colombia y analizarlas a la luz

de la situación de otros países de América Latina. Tuvieron como estrategia de búsqueda la revisión de normatividad de organismos colombianos y en los sitios oficiales en Internet de los diferentes estamentos oficiales. Para la búsqueda utilizaron como palabras claves como políticas públicas, salud pública, trabajador informal e informalidad.

Obteniendo como resultados la relación entre informalidad y seguridad social en Colombia, resulta importante anotar que los incrementos en la proporción de población afiliada a los servicios de salud en Colombia, Se identificaron políticas para proteger a los trabajadores informales, la afiliación a seguridad social sigue siendo baja y que esta situación no difiere sustancialmente de la de los demás países de América Latina. Por lo que consideran que se deberá generar mecanismos alternativos de aseguramiento para esta población. (Herrera, 2013).

Aportes a una nueva visión de la informalidad laboral en la Argentina

Esta investigación tiene como objetivo contribuir al debate y la formulación de políticas sobre la informalidad laboral y las consecuencias que se han presentado en Argentina, promueve el desarrollo de una visión integral, reconoce la importancia que existente, de estrategias sostenidas que en forma progresiva contribuyan al mejoramiento de la calidad, por consiguiente, de las condiciones de vida de la población.

En relación con la metodología utilizada, aplicaron un análisis multivariante, que permitió observar regularidades muy significativas al interior del trabajo informal. métodos, en oposición a los de estadística descriptiva que tratan únicamente una o dos variables, Las representaciones simplificadas de grandes tablas de datos han manifestado como un instrumento de síntesis notable, los principales resultados obtenidos a partir de métodos multivariantes para el conjunto de trabajadores independientes informales y asalariados no registrados en el sistema de seguridad social.

En este conjunto de trabajadores observan una estrecha relación entre informalidad y pobreza. Advierte que existe una asociación importante entre informalidad laboral

y un grupo de nivel socioeconómico. En todos los estudios que aquí se presentaron reiteran la fuerte variedad del trabajo informal. Las distintas situaciones laborales y económicas presentes en cada uno de los sectores encierran diferentes desafíos para la acción pública. (Bécue y Valls i Marsal, 2000; Waisgrais, 2007a; 2007b).

5. MARCO TEÓRICO

El sistema General de Seguridad Social

El primer país moderno en introducir el tipo de programas de asistencia social a los que estamos acostumbrados fue el Imperio alemán bajo el liderazgo del canciller Otto von Bismarck. Los programas de bienestar y las pensiones de vejez se crearon en 1881 y 1889, respectivamente. Desde entonces, los programas de seguridad social se han multiplicado en todo el mundo (Sala-i-Martin, 1995).

La corta historia de los sistemas de seguridad social sugiere que estos programas se introducen solo después de que se alcanza un cierto nivel de desarrollo o ingreso, sin embargo, esto ciertamente no es cierto para otros componentes del gasto público del país como el presupuesto de defensa y protección policial.

Los programas de seguridad social parecen no querer cuidar a los ancianos que no tengan ingresos, es decir, mientras no trabajen.

En los programas de seguridad social, los ingresos económicos de un trabajador determinan, total o parcialmente, sus beneficios en la Seguridad Social. La pensión que recibe una persona está vinculada a su historial salarial anterior, los beneficios son simplemente proporcionales a sus contribuciones.

Un plan de pensiones básico generalmente no estará relacionado con contribuciones anteriores, debe proporcionar una cantidad mínima de ingresos para todas las personas mayores, actuando como un programa de asistencia social para que las personas pobres obtengan un nivel mínimo de ingresos de subsistencia.

Por otra parte, un segundo nivel relaciona los beneficios de pensión con el historial de ganancias salariales anteriores. Antes de poder cobrar las pensiones, las personas deben haber trabajado y contribuido al sistema por un tiempo. La pensión recibida está relacionada con el número de años de contribución.

Las teorías sobre la Seguridad Social se ubican en cinco categorías (Cutler & Johnson, 2004).

- La teoría del capitalismo argumenta que el seguro social nació en la brutalidad de la vida capitalista; A medida que la vida económica se volvió menos estable, el seguro social creó una red de seguridad necesaria.

-La teoría de la legitimidad política argumenta que el seguro social fue creado para legitimar a los gobiernos no elegidos, al dar a las personas una participación en la continuación del estado.

-La Ley de Wagner postula que el seguro social es un bien de lujo; A medida que aumentan los ingresos, los países quieren minimizar su exposición a la pobreza extrema.

-La teoría de la heterogeneidad demográfica argumenta que la Seguridad Social es un programa de transferencia creado para personas similares; En países más homogéneos, la voluntad de instituir tales programas será mayor.

-La teoría de Leviatán sostiene que el seguro social se crea cuando los gobiernos tienen ingresos excesivos, más comúnmente al final de las guerras.

En el estudio sobre la creación de la seguridad social, se encontró la mayor evidencia de un efecto negativo del nivel del Producto Interno Bruto PIB per cápita en un país, es decir, lo contrario de la Ley de Wagner. Esto refleja el hecho de que algunos de los países más ricos tardaron particularmente en adoptar instituciones de Seguridad Social, como los Estados Unidos. La interpretación es que en los países más ricos, donde los mercados de capital privado están más desarrollados, hay menos necesidad y una mayor oposición privada a la introducción de sistemas de seguros estatales.

También se encuentra que los países étnicamente heterogéneos son más lentos en adoptar sistemas de Seguridad Social. Esto es consistente con la teoría de que diversas poblaciones son más propensas a los programas con efectos potencialmente redistributivos.

La teoría del capitalismo enfatiza el papel que juega el capitalismo en el fomento del desarrollo de los sistemas de seguridad social. La vida en las ciudades puede ser más difícil que la vida en entornos agrícolas, ya que la distinción entre empleo y desempleo se agudiza. Las recesiones también son más frecuentes en las sociedades capitalistas, lo que lleva a períodos crecientes de carencia de ingresos. Además, las familias extendidas pueden tener menos probabilidades de vivir juntas en las ciudades. Por lo tanto, se podría esperar que el seguro social se desarrolle más rápidamente en los sistemas capitalistas.

También se dan las condiciones para que los países imiten los programas de Seguridad social de sus vecinos. Muchos países introdujeron copias cercanas del sistema alemán, También hay una similitud con los programas de Seguridad social en los países de la Comunidad Británica. Dada esta historia, y la observación de que los países con vínculos lingüísticos o políticos introdujeron tipos similares de sistemas, puede ser que los efectos de demostración entre países sean más importantes que las condiciones dentro de los países.

6. METODOLOGÍA

6.1. LOS ENFOQUES

Se aplica un enfoque cualitativo, el cual se caracteriza por planteamientos abiertos que van enfocándose básicamente en ambientes naturales, los significados se extraen de los datos. El proceso es inductivo, utilizado para poder sacar conclusiones generales partiendo de hechos particulares Blasco & Pérez (2017), (Hernandez, 2014)

El análisis de las garantías de accesibilidad de los trabajadores informales dentro del sistema general de seguridad social en salud en Paraguay, desde 1990, es de enfoque cualitativo ya que es de naturaleza social, su principal mecanismo de medición es la percepción de los individuos de una población objeto de estudio, o que han sido testigos del fenómeno que se desea evaluar.

El enfoque cualitativo abarca una serie de técnicas para obtener información que son de tipo descriptivo, así pues esta investigación tiene un alcance descriptivo el cual se encarga de puntualizar las características de la población que está estudiando., se centra generalmente en el “qué”, en lugar del “por qué” del sujeto de investigación; es decir tiene como fin describir la naturaleza de un segmento demográfico, sin centrarse en las razones por las que se produce un determinado fenómeno; sin centrarse en abordar el por qué ocurre.

6.2. TIPO DE ESTUDIO

Se aplica un diseño de investigación no experimental el cual se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. De acuerdo a Kerlinger (1979, p. 116). Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

El diseño de investigación es no experimental de carácter transversal, es decir se analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido.

POBLACION OBJETO DE ESTUDIO:

La población seleccionada para el estudio son documentos (Tesis, monografías, Revistas científicas, proyectos de grado entre otros) que hablen sobre accesibilidad al sistema de seguridad social en salud; de los trabajadores informales en Paraguay.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Los criterios aplicados para evaluar la validez y calidad de los datos documentales consistentes en material escrito e imágenes se sitúan dentro de un marco de referencia teórico. Estos criterios tienen que ver con la autenticidad, credibilidad, representatividad y el significado (Jashim, 2010).

La autenticidad implicó evaluar la información por su solidez, refiriéndose a si el documento es un original, si el documento está completo y sobre la autoría. El criterio de credibilidad se refiere a la exactitud del documento seleccionado. Para evaluar la precisión, fue necesario observar las condiciones y qué tan cerca está el autor de los eventos tratados.

La representatividad implicó la evaluación de la disponibilidad de documentos relevantes para la investigación, lo cual puede estar limitada por consideraciones de confidencialidad.

El asunto más importante consistió en el significado de la información, tanto en la legibilidad en el idioma en el cual se escribió, que se pueda leer, entender, y lo referente a las citas bibliográficas para abordar el significado interpretativo más fundamental, consistente en la explicación para alcanzar una apreciación del contexto social y cultural y las formas que estructuran el documento analizado, implicando el análisis del texto y del contenido.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron datos documentales sobre la accesibilidad de los trabajadores informales dentro del sistema general de seguridad social en salud en Paraguay, desde 1990, consistentes en material escrito, documentos auténticos refiriéndose a la veracidad de sus orígenes, tomados de bibliotecas o de reconocidas bases de datos tal como SciELO, Dialnet, Google Académico, entre otros. En idioma español y en idioma inglés. Se asegura la credibilidad de los documentos consultados que no estén distorsionados, no se hayan producido para el beneficio personal o se hayan modificado deliberadamente para engañar al lector.

La fecha de publicación de la información incluye el periodo de tiempo comprendido entre los años 1990 al 2019, exceptuando información pertinente publicada con

anterioridad, tal como las leyes, decretos, declaraciones de derechos o principios éticos relevantes.

La investigación se realizó exclusivamente en el tema de la accesibilidad de los trabajadores informales dentro del sistema general de seguridad social en salud en Paraguay conforme a los objetivos específicos planteados.

De la bibliografía encontrada, se seleccionó no menos de 50 fuentes bibliográficas más representativas, que tuvieron significado, claras y comprensibles.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se incluyen fuentes documentales dudosas, poco confiables, de bases de datos no reconocidas o no concernientes a la accesibilidad de los trabajadores informales dentro del sistema general de seguridad social en salud en Paraguay. Ni se incluyó fuentes en idiomas diferentes al español e inglés, ni se tomó información con fecha de publicación anterior al año 1990, con excepción a las mencionadas en los criterios de inclusión.

No se tomó en consideración los documentos con información diferente a los objetivos específicos propuestos. No se incluyó la información considerada incomprensible, sin sentido, no clara, con errores obvios e inconsistencias.

6.3. FUENTES DE INFORMACIÓN

La investigación implicó acudir a las fuentes de información secundaria las cuales suministraron información básica. Está contenida en libros, revistas, periódicos y otros materiales documentales, como trabajos de grado y revistas especializadas. (Méndez, 2011, pág. 249). Las fuentes bibliográficas se consultaron en los sitios web teniendo claro el objeto de la información específica para el proyecto (Méndez, 2011, pág. 274).

6.4. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

En el trabajo de investigación se usaron técnicas para recolectar previamente la información de fuentes secundarias. Se utilizó la observación para obtener información tanto cualitativa como cuantitativa. En el del trabajo se empleó el paradigma cualitativo de tipo observación no cooperativa o no participante ya que no se involucra con los sujetos observados.

Como instrumento de recolección de información se utilizó una matriz o registro de observación.

La investigación utilizó documentos de diferentes orígenes, pudiendo incluir libros, artículos, diarios, folletos, publicaciones, fotografías, registros grabados, archivos impresos y especialmente de bases de datos digitales, entre otros (Oxford Reference, 2019).

A continuación, se presenta el formato de la matriz de recolección de datos:

Item	País	Autores/ Referent ^e	Año	Título	(Base datos) Dialnet, ebsco)	Norma APA	Garantías	Accesibilidad por
1	Paraguay	Constituyente	1992	Constitución Nacional	Google Académico	(Constituyente, 1992)	El derecho a la vida es inherente a la persona	Reconocimiento de la dignidad humana.
2	Paraguay	Congreso	1936	Decreto Ley 2001	Google Académico	(Congreso, 1936)	Custodia y defensa sanitaria de República	Funcionamiento del Ministerio de Salud Pública
3	Paraguay	Congreso	1980	Ley No 836	Google Académico	(Congreso, 1980)	Cuidado integral de la salud.	Código sanitario
4	Paraguay	Congreso	1996	Ley 1032	Google Académico	(Congreso, 1996)	Distribución equitativa de recursos Salud.	Sistema Nai Salud Derecho a Salud
5	Paraguay	Congreso	2001	Ley 1680	Google Académico	(Congreso, 2001)	Derechos, garantías deberes del niño y adolescente	Código de la Niñez y Adolescencia
6	Paraguay	Organización Panamericana	2008	Perfil de los sistemas Salud	Google Académico	(OPS/OMS, 2008)		Mapeo Institucional del Sistema Salud

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO 1.

Conceptualizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Paraguay desde 1990.

Ilustración 1. El Sistema General de Seguridad Social

AFILIACIONES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL



Fuente: Gob. Paraguay

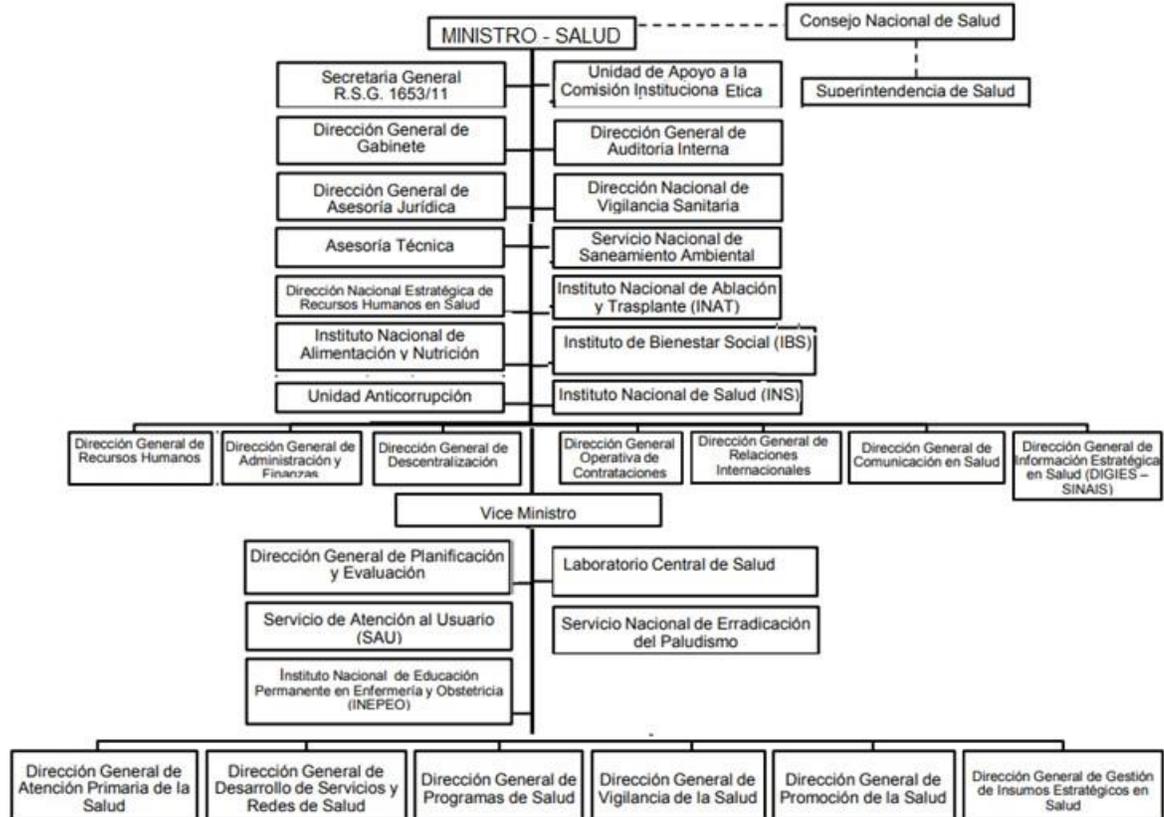
El sistema de seguridad social comprende las pensiones, la salud y los riesgos profesionales.

Salud: El sistema de Seguridad Social cubre las contingencias que afectan la salud del trabajador y de su familia que están establecidas en el programa de atención.

Pensiones: El sistema de Seguridad Social cubre los riesgos de invalidez, vejez y muerte.

Riesgos Laborales: El sistema de Seguridad Social cubre las contingencias que afectan la salud del trabajador por causa de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, e igualmente las pensiones por invalidez y muerte generadas por tales enfermedades.

Ilustración 2. Ministerio de Salud Pública y Seguridad Social-Paraguay



Fuente: Min. Salud Pública y Seguridad Social ¹

El Sistema de Salud está integrado por los sectores público, privado y mixto. Como parte del sector público se tiene a la administración central, conformada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), las Sanidades Militar, Policial y de la Armada. Por su parte, el Instituto de Previsión Social (IPS); la Universidad Nacional de Asunción, con el Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil; las Gobernaciones y Municipios, componen la administración descentralizada. El sector privado cuenta con entidades sin fines de lucro como las organizaciones no gubernamentales y las cooperativas. Las que tienen fines de

¹ Min. Salud Pública y Seguridad Social. <https://www.mspbs.gov.py/portal/organigrama.html>

lucro comprenden a la medicina prepagada y a los proveedores privados. Por último, la Cruz Roja Paraguaya es una entidad mixta sin fines de lucro, con financiamiento del ministerio y de una fundación privada.

El MSPBS (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) y Hospital Universidad de Asunción, tiene como población cubierta a Población en general, indigentes, desempleados y familiares, el origen de su financiamiento es gracias al aporte fiscal y copago de los usuarios por las prestaciones. OPS (2008) y (Lavigne, 2012)

Sanidad militar y policial y de la Armada, tiene como población cubierta a los trabajadores militares y policiales, sus grupos familiares y quienes cotizan directamente; el origen de su financiamiento, gracias al aporte fiscal y copago de los usuarios por las prestaciones. OPS (2008) y (Lavigne, 2012)

Instituto de Previsión Social, tiene como población cubierta Trabajadores activos dependientes e independientes que cotizan en IPS y sus grupos familiares. Excombatientes y personas con discapacidad que participaron en la Guerra del Chaco, el origen del financiamiento es a través de cotización previsional obligatoria para la salud de los trabajadores. Copago de los usuarios por las prestaciones. OPS (2008) y (Lavigne, 2012)

Seguros privados, tienen como población cubierta los trabajadores activos, dependientes e independientes y pasivos que cotizan en los seguros médicos, el origen de su financiamiento es con la cotización para la salud de los trabajadores. Copago de los usuarios por prestaciones. Pago directo por usuario. OPS (2008) y (Lavigne, 2012)

Servicios privados, tienen como población cubierta, trabajadores pasivos, el origen del financiamiento es por medio de aporte privado, pago por usuario OPS (2008) y (Lavigne, 2012)

El sistema de salud en el Paraguay existe superposición de acciones entre los diferentes subsectores, entre el MSP y BS y el Instituto de Previsión Social (IPS), así como entre el IPS y el sector privado, lo que se traduce en duplicación de actividades que se refleja en la distribución de establecimientos de salud localizados en las mismas áreas geográficas del país y su ausencia en otras localidades. No existe separación de funciones. El MSP y BS desarrolla funciones de rectoría, provisión y financiamiento. El IPS y el sector privado desarrollan funciones de aseguramiento, provisión y financiamiento.

La Constitución Nacional de Paraguay, sancionada en 1992 se ocupa del derecho a la seguridad social como un derecho universal; la Carta Magna vigente, consagra

el derecho de acceso a los sistemas de seguridad social como universalmente inherente a la población del país.

La Seguridad Social hace referencia a la protección que la sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia (OIT, 2019).

En Paraguay, la única manifestación de seguridad social general es la cobertura de salud pública a cargo del ministerio del ramo (Ministerio de trabajo empleo y seguridad social). Por lo demás, los seguros sociales en Paraguay están específicamente y sin excepción, diseñados para cubrir y servir a la población asalariada formal y a su grupo familiar que apliquen como beneficiarios (Amarilla, 2003).

Se puede evidenciar que el trabajo (el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos) según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) es pieza clave para tener seguridad social en Paraguay.

Los informales en el Paraguay son mayormente cuentapropistas no profesionales y empleados de microempresarios, ocupados en actividades como el comercio y servicios, ubicados en las zonas de mayores concentraciones urbanas, con niveles de educación primaria, con niveles salariales iguales o menores que el mínimo, y con una distribución de los ingresos menos desigual que la población ocupada en el sector rural y en el sector formal urbano (Masi, 2002).

Es considerada población con ocupación informal según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), adaptada a la realidad y circunstancias del Paraguay, las personas en el caso de las independientes, quienes no están inscritas en el Registro único de Contribuyentes (RUC) del Ministerio de Hacienda y para las dependientes, aquellas que no aportan a un sistema de jubilación o pensión (DGEEC, 2018).

La Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC), considera como empleo informal:

- Asalariados públicos y privados que no aportan al sistema de jubilación
- Cuenta propia que no poseen Registro Único del Contribuyente (RUC)
- Empleadores que no poseen Registro Único del Contribuyente (RUC)

- Trabajadores domésticos que trabajan 12 horas semanales o más y no aportan al sistema de jubilación.
- Trabajadores familiares sin remuneración.

En el periodo 2012-2017, la tasa de informalidad se mantuvo en alrededor del 65%, es decir 6 de cada 10 personas de 15 años y más ocupada en una ocupación no agrícola, están trabajando en una ocupación informal. En el año 2017, 1 millón 681 mil personas estuvieron ocupadas de manera informal. Desde el año 2012 hasta el 2017, la población ocupada en el sector informal aumentó en aproximadamente 240.000 personas (DGEEC, 2018).

Las actividades con alta participación del sector informal en el 2017 son la Construcción (88,4%). El Comercio (almacenes, mercado entre otros), Restaurantes y Hoteles (70,6%). Son alrededor de 519 mil los empleados privados informales que trabajan en empresas formales y de ellos, cerca del 60% están en empresas pequeñas. El 17,6% de los ocupados informales se encuentra en situación de pobreza.

Siendo la accesibilidad la posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud, es también uno de los componentes de la atención efectiva consistente en los elementos que convergen para cumplir con los objetivos de otorgar atención médica de manera oportuna y por sí misma está supeditada a la conjunción de aspectos económicos, culturales, sociales, geográficos y de contexto. Más allá del derecho de las personas para recibir atención a su salud, de la disponibilidad de las instituciones y de los medios para lograrla, la accesibilidad a los servicios de salud por sí misma está supeditada a la conjunción de aspectos económicos, culturales, sociales, geográficos y de contexto (Sanchez, 2017).

Al analizar la accesibilidad desde la perspectiva de la Exclusión Social en Salud durante el periodo comprendido entre 1997 al 2005, según datos del Ministerio de Salud Pública, el comportamiento de los indicadores en el Paraguay sobre el porcentaje de la población excluida se estima lo siguiente:

La inaccesibilidad financiera, pobreza, aumentó de 32,1% al 38,2%. La población con dolencias no leves que no consulta por razones económicas aumentó del 15% al 20%. La población con dolencias no leves que no consulta por razones geográficas disminuyó del 4,1% al 1,8%. La inaccesibilidad cultural por población que habla con mayor frecuencia el guaraní disminuyó del 56,3% al 48,2%. La inaccesibilidad laboral por la tasa de desempleo total disminuyó del 14,3% al 10,9%. La población empleada en el sector informal/ Población ocupada se mantuvo casi estable entre el 63,8% y 63,2%.

CAPÍTULO 2.

El marco legal y constitucional que garantizan la accesibilidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los trabajadores informales en Paraguay desde 1990.

En 1992 se votó una nueva Constitución que establecía la promoción de la calidad de vida como derecho universal, desde entonces, los gobiernos debieron enfrentar el tema de la pobreza como un problema importante, sin embargo, permanecía débil la estructura política y administrativa del Paraguay después de 35 años de régimen autoritario. El Estado paraguayo seguía teniendo las características del llamado "Estado depredador", debido a que el partido Colorado continuó a la cabeza del Estado aproximadamente 20 años más tras la caída de la dictadura y continuaban desarrollándose las prácticas de corrupción y de proselitismo electoral de Estado.

2.1. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE PARAGUAY

Los principios y valores de los derechos sociales y salud se establecieron en la Constitución de la República del Paraguay promulgada en el año 1992. La constitución contiene todo lo referente al derecho a la salud, en los artículos 68º, 69º y 70º, que establecen los principios y valores sobre los que se sustenta.

Según el artículo 68º de la constitución de Paraguay, sobre el derecho a la salud, el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. De esta manera, nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Así pues, toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana (Constituyente, 1992).

De igual manera, en el artículo 69, se define el Sistema Nacional de Salud como Sistema ejecutor de acciones sanitarias integradas de programas y recursos. Este promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado." (Constituyente, 1992).

Así también El artículo 70º Del Régimen de Bienestar Social, está relacionado con el conjunto de factores y elementos que participan en la calidad de vida y dan lugar a la satisfacción de la sociedad. La ley establece programas de bienestar social

mediante estrategias basadas en la educación sanitaria y en la participación comunitaria. (Constituyente, 1992).

Para finalizar, el Capítulo III del código del Trabajo (art. 92 y 03), nos habla de que se garantizan los derechos laborales (Sección I), en este se declara el derecho al trabajo, así como que el Estado promoverá políticas que tiendan al pleno empleo y a la formación de los recursos humanos, dando preferencia al trabajador nacional. No se admiten discriminaciones (art. 88).

2.2. LA LEGISLACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL EN PARAGUAY

La ley 1032 (1996): Crea el Sistema Nacional de Salud, concreta las finalidades y organización del Sistema Nacional de Salud con el fin de implementar acciones de prevención, recuperación y rehabilitación de las personas enfermas, a través de la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades.

Esta ley crea los Consejos de salud a nivel nacional, regional y local como organismos de coordinación, consenso y participación interinstitucional del sector público y privado de la salud. Así mismo, le confiere al Sistema las atribuciones para erradicar, evitar o disminuir los riesgos de enfermar y de morir, mediante acciones sanitarias concertadas entre instituciones sectoriales y extra sectoriales, gubernamentales y de la sociedad civil, como lo menciona el artículo 9° (Congreso, 1.996).

Decreto 21.376 (1998): Mediante este decreto, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) tiene el rol rector de los programas y actividades del sector para orientar y reglamentar las acciones públicas y privadas que tienen impacto en la salud individual y colectiva. Con la promulgación de este decreto se estableció la nueva organización funcional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Este documento oficial, según reza en su artículo primero, está en conformidad con los preceptos pertinentes de la Constitución Nacional y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. En esta normativa, ahora vigente, se puso especial énfasis en la función rectora de la salud humana y ambiental, y de bienestar social, que debía cumplir el Ministerio de Salud Pública que, a partir de ese momento, inició una etapa de reformas y modernizaciones, principalmente legislativas.

Ley 5115 de 2013: El objetivo de esta ley es la creación del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTESS), lo cual constituye un hito importante en la

seguridad social del país, al asignársele la rectoría y la autoridad administrativa de la seguridad social.

Además, el ministerio de Trabajo tiene a su cargo las atribuciones de formular, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas nacionales y sectoriales en materia de seguridad social en Paraguay. Sus competencias, funciones y objetivos se distribuyen en el Viceministerio de Trabajo y el Viceministerio de Empleo y Seguridad Social y en sus respectivos órganos.

El Ministerio cuenta con órganos que dependen jerárquicamente del Ministro: Secretaría General; Dirección General de Gabinete; Dirección General de Administración y Finanzas ; Dirección General de Talentos Humanos; Dirección General de Planificación; Dirección General de Asesoría Jurídica; Dirección General de Auditoría Interna.

Dependen jerárquicamente del Viceministro de Trabajo: Secretaría General, Dirección de Gabinete y Dirección de Trabajo; Dirección de Salud y Seguridad Ocupacional; Dirección General de Inspección y Fiscalización de Trabajo y Seguridad Social; Dirección General de Promoción de la Mujer Trabajadora y Dirección General de Protección de la Niñez y la Adolescencia.

Dependen jerárquicamente del Viceministerio de Empleo y Seguridad Social: Secretaría General, Dirección General de Gabinete, Dirección General de Empleo, Dirección General de Formación y Capacitación Laboral, y Dirección General de Seguridad Social.

La Ley 5407 de 2015 sobre trabajo doméstico constituye otro aporte importante para promover la incorporación de un grupo importante de trabajadoras al seguro social (Casali & Velásquez, 2016).

Por consiguiente, la relación laboral entre el trabajador y el empleador se rige por las disposiciones de la mencionada Ley, sin perjuicio de lo establecido en el Código del Trabajo. Entendiéndose el trabajo doméstico, como la prestación subordinada, habitual, remunerada, de servicios consistentes en la realización de las tareas de aseo, cocina y demás inherentes a un hogar, residencia o habitación particular.

Son considerados trabajadores domésticos, entre otros: los choferes del servicio familiar, amas de llave, mucamas, lavanderas y/o planchadoras en casas particulares, niñeras, cocineras de la casa de familia y sus ayudantes, jardineros en relación de dependencia y ayudantes, cuidadoras de enfermos, ancianos o minusválidos, mandaderos; y, trabajadores domésticos para actividades diversas del hogar.

CAPÍTULO 3.

Identificar las políticas públicas que garantizan la accesibilidad de los trabajadores informales al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en Paraguay desde 1990.

3.1. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN PARAGUAY

LEY N°5.446 del 2015, DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MUJERES RURALES:

Tiene como objetivo general promover y garantizar los derechos económicos, sociales, políticos y culturales de las mujeres rurales; fundamentales para su empoderamiento y desarrollo.

Esta ley, garantiza a las mujeres rurales el acceso y uso de servicios productivos, financieros, tecnológicos en armonía con el medio ambiente, de educación, salud, protección social, seguridad alimentaria y de infraestructura social y productiva brindados por el Estado, mediante planes, programas y proyectos.

LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD EN PARAGUAY: Fue formulada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, institución rectora de la salud pública nacional y el Consejo Nacional de Salud, máximo organismo de coordinación interinstitucional en salud, quienes consensuaron unos lineamientos fundamentales que orientan procesos y prácticas tendientes a lograr cambios favorables en la situación de salud de las personas, familias y comunidades.

La Política Nacional de Salud 2005-2008 “Construyendo Juntos una Política de Estado - Salud para todos con equidad”, Es un documento de orientación y conducción por el cual se define y enuncia en términos claros y precisos lo que se pretende alcanzar en la salud pública y las estrategias; para lograrlo. tiene como pilares:

- a) Reforma de la salud.
- b) Promoción de la salud.
- c) Protección social en salud con financiamiento solidario y aseguramiento.
- d) Salud ambiental y saneamiento básico;
- e) Desarrollo de los recursos humanos y de la educación permanente.

El Plan Estratégico Económico-Social 2008-2013 (PEES): Es un plan desarrollado por el Equipo Económico Nacional de Paraguay junto con el Gobierno de la República de Paraguay, el cual contiene una serie de propuestas para un crecimiento económico con inclusión social en Paraguay

El objetivo del PEES es asumir las dificultades sociales y económicas en el país con el fin de resolverlas. Algunos de sus objetivos son: 1. Mejorar la inversión social (educación y salud) y focalizar el gasto público en el ataque a la pobreza extrema; 2. Fortalecer las instituciones del Estado para hacer mejores políticas, entregar mejores servicios públicos y ofrecer garantía jurídica a las personas y a las inversiones. El PEES establece la necesidad del desarrollo productivo y la competitividad para ampliar mercados y generar empleos; así mismo señala la necesidad de una Reforma Agraria integral, la reactivación de la agricultura familiar y la generación de empleo como parte de la lucha contra la pobreza.

Las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay 2008-2013 se constituyen en la propuesta del MSPBS para garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía, sustentándose en los principios de universalidad, equidad, integralidad y participación social. Desde esta perspectiva, tiene el compromiso de facilitar el acceso universal a la atención de la salud con calidad, así como de incidir en los determinantes sociales de la enfermedad, junto a otros actores y sectores del desarrollo, buscando superar las inequidades en salud y construir calidad de vida para los y las habitantes del país.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, ha aprobado una **Política Nacional de Salud (PNS), 2015 – 2030**, cuyo objetivo es avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, mediante el planteamiento y aplicación de 7 estrategias, estas expresan de manera implícita las estrategias para abordar uno de los principales obstáculos identificados en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2010 para lograr la cobertura universal consistente en el uso ineficiente de los recursos. Las estrategias de la Política Nacional de Salud PNS son: (MSPBS, 2015).

- 1 Fortalecer la rectoría y gobernanza
- 2 Fortalecimiento de la atención primaria de la salud articulada en redes integradas.
- 3 Fortalecimiento de las acciones intersectoriales e interinstitucionales para el abordaje de los determinantes sociales.

4 Mejorar la eficiencia del sistema de salud, mediante el aumento, la optimización del uso y la debida preservación de los recursos.

5 Fortalecimiento de la gestión del talento humano en salud.

6 Desarrollo y fortalecimiento de la salud pública en las fronteras.

7 Garantizar el acceso, la calidad, la seguridad, la eficacia y el uso racional de los medicamentos. Así como, promover el acceso e innovación a tecnologías sanitarias.

De las 7 estrategias planteadas en el plan, 6 de ellas (estrategias 1, 2, 4, 5, 6 y 7) tienen directa relación con la búsqueda del incremento de la eficiencia en el uso de los recursos. La estrategia 4 tiene enunciados referentes al mecanismo actual de financiamiento a través del presupuesto, pero no plantea ninguna reforma o innovación del financiamiento. Es claro que hace falta revisar las estrategias y desarrollar líneas de acción, para traducirlas en un plan de acción a fin de hacerlas operativas.

En Paraguay la institución encargada del funcionamiento del mercado laboral y las políticas públicas de trabajo es el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (**MTESS**), creado por Ley N.º 5115/2013. Este Ministerio tiene la tutela de los derechos de los trabajadores y las trabajadoras, en lo que respecta al trabajo, empleo y seguridad social, como policía laboral (Ayala & et. al., 2016).

Programa "Unidad de Salud de la Familia". El objetivo del Programa es la universalización de la atención primaria de la salud, entendida como un derecho fundamental. Para ello, se instalan en todo el país las Unidades de Salud de la Familia (USF), que están conformadas por un equipo integrado por un médico, una licenciada, un auxiliar de enfermería y tres agentes comunitarios de salud. Cada una de estas USF cubre entre 3.000 y 5.000 personas.

Análisis comparativo:

El siguiente análisis contrasta los resultados y procedimientos con los de otros autores; mediante una postura crítica se mencionan las debilidades y fortalezas.

El trabajo de (Mancuello & Cabral, 2011) , “Sistema de Salud de Paraguay”, describe las condiciones de salud de los paraguayos y el Sistema Nacional de Salud del Paraguay, creado en virtud de la Ley 1032 de 1996. Aborda la estructura y cobertura de los subsistemas de salud público y privado, el cual desde su origen mantiene un modelo fragmentado, segmentado y poco eficiente. Actualmente el Sistema de Salud está reorientado hacia un modelo más funcional basado en la “Atención Primaria de Salud”.

Las autoras son médicas especialistas, docentes universitarias, profesionales en salud pública vinculadas al Ministerio de Salud Pública de Paraguay, por lo cual conocen de primera mano y certifican la información sobre las fuentes de financiamiento, la distribución del gasto en salud, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone el Sistema de Salud vinculado al empleo dentro de la economía formal y las actividades de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Por otra parte, el documento de (Dullak & et al., 2011) “Atención Primaria en Salud en Paraguay” presenta una visión panorámica de la Atención Primaria en Salud (APS) en Paraguay, para identificar las posibilidades de reordenar el Sistema de Salud. Adopta el concepto de Atención Primaria teniendo en consideración la segmentación del sistema, conformado por: el sector público sin fines de lucro, y el sector privado y mixto con fines de lucro. Analiza las dimensiones de rectoría, financiamiento, recursos, integración, continuidad, intersectorialidad, participación, por medio de la revisión de literatura, documentos oficiales, y entrevistas con expertos, gestores, profesionales y sociedad civil. Visualiza avances en el marco jurídico sanitario, orientado al servicio gratuito en todos los grupos de edad. El gasto público en salud está entre los más bajos de América Latina. La Atención Primaria en Salud se desarrolla en programas verticales, con escasa coordinación y articulación. La conclusión, es que la Atención Primaria en Salud puede contribuir para aumentar la salud, equidad y participación en Paraguay.

Además, según la investigación de (Giménez & et al., 2018), “Gasto catastrófico y cobertura universal de salud: Análisis en el Sistema Nacional de Salud del Paraguay”, la cobertura universal en salud es una meta para el Desarrollo Sostenible. La protección financiera para recibir atención médica ante una enfermedad es un componente importante de la cobertura en salud y la incidencia de Gastos Catastróficos por motivos de salud es un indicador de la protección financiera.

Este trabajo describe la evolución del Gasto Catastrófico de salud de los hogares paraguayos entre el 2000 y el 2015, definido como aquellos gastos de bolsillo mayores o iguales al 30% de la capacidad de pago de los hogares.

El material utilizado fue la Encuesta Permanente de Hogares de la Dirección General de Estadística. Los resultados indican que, la proporción de hogares afectados por gastos catastróficos varió entre 2,8% y 4,33%, siendo la mediana 4,10%. Los más afectados fueron los hogares rurales y los pobres. La proporción de hogares afectados presentó una tendencia al descenso, sobre todo para hogares urbanos y no pobres.

La conclusión es que los hogares paraguayos están expuestos a gastos catastróficos por motivos de salud. La ocurrencia es mayor según las referidas características socioeconómicas. El desempeño actual del sistema nacional de salud no es suficiente para alcanzar la cobertura universal con protección financiera para todos, por consiguiente es necesario implementar nuevas políticas para la población más expuesta.

CONCLUSIONES

1. Concepto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Paraguay desde 1990.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Paraguay desde 1990, no ha garantizado la accesibilidad de los trabajadores informales a los servicios de salud que todo ciudadano debe recibir según la constitución nacional, ocasionando un impacto negativo en la población económicamente menos favorecida, particularmente afecta a los niños, las madres y los ancianos.

Los sectores que realmente se han beneficiado de las garantías de atención en salud son las personas que por su estatus económico o por estar afiliado al sistema de Seguridad Social logran obtener este importante servicio.

Se evidenció que gran parte de la población enferma o accidentada con dolencia no leve, no consultó al médico, y la mayor causa fue la automedicación. De igual manera, las personas no acceden a los servicios de salud por razones geográficas, personas que estando enferma o accidentada no hicieron consulta alguna por no existir un lugar de consulta cercano. Al analizar la accesibilidad, en el área rural el problema es mayor desde la perspectiva de la Exclusión Social en Salud.

A nivel socio económico se presentan grandes diferencias en la prestación de servicios de salud, ya que la provisión de estos servicios cuando se requieren depende de la disponibilidad efectiva de los servicios en el sector público, del régimen de seguro en el componente previsional al cual esté afiliado, del tipo de enfermedad, del plan de beneficios del seguro privado y del periodo de carencia de cada seguro. Por este motivo el acceso a los servicios depende fundamentalmente de la capacidad de pago de las personas.

El sistema de salud continúa mostrando una gran fragmentación y las iniciativas de integración entre los servicios del ministerio e IPS han sido insuficientes y la articulación. La oferta privada le resta impacto redistributivo al sistema de salud.

2. El marco legal y constitucional que garantizan la accesibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los trabajadores informales en Paraguay desde 1990.

El Sistema Nacional de Salud paraguayo se sustenta en el marco jurídico brindado por la Constitución Nacional, el código sanitario y una escasa legislación. Se evidenció que no es muy amplio el marco legal y constitucional para garantizar la

accesibilidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los trabajadores informales en Paraguay desde 1990, dado que son pocas las normas que aplican con esta problemática.

Según la Constitución Nacional el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad, nadie será privado de asistencia pública. Sin embargo, el país no dispone del marco legal para cumplirlo, ni los recursos económicos, ni la infraestructura, tampoco el personal humano suficiente para cumplirlo.

Por lo tanto las leyes deben modificarse y ampliarse para lograr el propósito de defender el derecho fundamental a la salud.

Ilustración 3. Análisis DOFA del desarrollo normativo y sus repercusiones



Fuente: Elaboración propia

El análisis DOFA determina las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito del Sistema General de Seguridad Social en Salud y su orientación estratégica que afectan la capacidad para garantizar la accesibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud a los trabajadores informales en Paraguay desde 1990.

3. Las políticas públicas que garantizan la accesibilidad de los trabajadores informales al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en Paraguay desde 1990.

No existen políticas públicas que garanticen directamente la accesibilidad de los trabajadores informales al sistema general de seguridad social en salud en Paraguay desde 1990.

Las políticas públicas solo ayudan de manera indirecta a mejorar la situación por la falta de accesibilidad de los trabajadores informales al sistema de salud.

Conforme a las prioridades en materia de protección social, la socialización, del presente trabajo se puede convertir en un instrumento para la discusión y consensos acerca de las políticas públicas para fortalecer el Sistema de Seguridad Social en su conjunto, para extender la cobertura, mejorar la calidad de las prestaciones y su financiamiento.

Los alcances de las políticas públicas que pueden producir un gran impacto en la equidad en la prestación del servicio en salud exceden en mucho a los alcances reales de las partidas presupuestarias que son asignadas al sector Salud.

El Sistema de seguridad social en funcionamiento debe reorientarse con equidad y ser compatible con los objetivos de las políticas públicas nacionales, procurando la coordinación entre estas, considerando que la salud y la calidad de vida es un derecho fundamental del ser humano y se sustentan en los principios de universalidad, equidad, integralidad, interculturalidad y participación social.

BIBLIOGRAFÍA

- Velásquez, J. (2014). *Una Guía Corta para Escribir Revisiones Sistemáticas de Literatura. Parte 1.* Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/dyna/article/view/46758/48130>
- Acosta, S. (2017). *La informalidad laboral llega al 64%, según el Sinafocal.* Obtenido de <https://www.ultimahora.com/la-informalidad-laboral-llega-al-64-segun-el-sinafocal-n1073363.html>
- Amarilla, J. (2003). *El estado del derecho a la seguridad social en Paraguay.* Obtenido de clacso /biblioteca virtual: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Paraguay/cde/20121001042142/seguridad2003.pdf>
- Ayala, D., & et. al. (2016). *Ocupación Informal en Paraguay.* Obtenido de Observatorio laboral - OIT: https://sinafocal.gov.py/application/files/7014/9623/5077/Ocupacion_Informal_en_Paraguay.pdf
- Bellers, R., & Smith, L. (2003). *Justifying Research through the Literature Review.* Obtenido de Academia: https://www.academia.edu/1310266/_Justifying_Research_through_the_Literature_Review._
- Beltrán, S. (2013). *La seguridad social en el Paraguay.* Obtenido de <https://www.ultimahora.com/la-seguridad-social-el-paraguay-n589884.html>
- Bonnet, F., & Leung, V. (2018). *More than 61 pct of world's employed are in informal economy: ILO.* Obtenido de XINHUANET: http://www.xinhuanet.com/english/2018-05/01/c_137147712.htm
- Casali, P., & Velásquez, M. (2016). Obtenido de <https://socialprotection-humanrights.org/wp-content/uploads/2016/12/54136.pdf>
- Casalí, P., Cetrángolo, O., & Goldschmit, A. (2017). *Paraguay. Protección social en salud: reflexiones para una cobertura amplia y equitativa.* Obtenido de OIT: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_566978.pdf
- Chapple, M. (2019). *What is database?* Obtenido de <https://www.lifewire.com/what-is-a-database-1019737>

- Clarke, K. (2017). *Organizing Your Literature: Spreadsheet Style*. Obtenido de <https://www.insidehighered.com/blogs/gradhacker/organizing-your-literature-spreadsheet-style>
- Congreso. (1.996). *Ley N° 1032*. Obtenido de <http://www.mic.gov.py/v1/sites/172.30.9.105/files/Ley%2048.pdf>
- Constituyente. (1992). *Constitución Nacional*. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/spanish/par_res3.htm
- Cuttler, D., & Johnson, R. (2004). *The birth and growth of the social insurance state*. Obtenido de https://scholar.harvard.edu/files/cutler/files/the_birth_and_growth_of_the_social_insurance_state.pdf
- DGEEC. (2018). *La ocupación informal en Paraguay*. Obtenido de Dirección general de estadística, encuestas y censos: <https://www.dgeec.gov.py/news/DGEEC-presento-datos-sobre-ocupacion-informal-en-el-pais.php>
- DGEEC. (2018). *La ocupación informal en Paraguay*. Obtenido de Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos: <https://www.dgeec.gov.py/news/DGEEC-presento-datos-sobre-ocupacion-informal-en-el-pais.php>
- Dullak, R., & et al. (2011). *Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva*. Obtenido de SciELO: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600024
- Gallardo, Y., & Moreno, A. (1999). *Recolección de la información*. Obtenido de <http://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/images/CEUL/mod3recoleccioninform.pdf>
- Garzón, M., Cardona, M., Rodríguez, F., & Segura, A. (2017). *Informalidad y vulnerabilidad laboral: aplicación en vendedores con empleos de subsistencia*. Obtenido de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v51/es_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006864.pdf
- Gimenez, E. (2012). *Introducción al sector salud del Paraguay*. Obtenido de Instituto Desarrollo: <http://desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publications/12-10-2015-11-10-08-657753886.pdf>

- Giménez, E., & et al. (2018). *Gasto catastrófico y cobertura universal de salud: Análisis en el Sistema Nacional de Salud del Paraguay*. Obtenido de SciELO: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492018000300041
- Gobierno Nacional. (2017). *Ocupación Informal 2012 - 2017. Paraguay*. Obtenido de https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/ocupacion%20informal/2.%20Presentacion%20Ocupacion%20informal%202012-2017_%2025%2010%2018.pdf
- Guirao, S. (2015). *Utilidad y tipos de revisión de literatura*. Obtenido de Revista de enfermería: <http://enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/495/guirao>
- Guillén, M. (2011). *SISTEMAS DE SALUD EN SUDAMERICA: DESAFÍOS HACIA LA INTEGRALIDAD Y EQUIDAD*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: <https://www.medbox.org/paraguay-sistemas-de-salud-en-sudamerica-desafios-hacia-la-integralidad-y-equidad/download.pdf>
- Hernandez, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México DF: McGraw-Hill. Recuperado el 03 de 11 de 2018, de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Jashim, A. (2010). *Documentary Research Method: New Dimensions*. Obtenido de Research Gate: https://www.researchgate.net/publication/227441751_Documentary_Research_Method_New_Dimensions
- Lavigne, M. (2012). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Paraguay*. Obtenido de CEPAL: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4026/S2012908_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mancuello, J., & Cabral, M. (2011). *Sistema de Salud de Paraguay*. Obtenido de <http://revistas.ins.gov.py/index.php/rspp/article/download/20/19>
- Masi, F. (2002). *Sector informal y cuentapropismo en el Paraguay*. Obtenido de DGEEC: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Paraguay/cadep/20160721055241/7.pdf>

- Matlock, D. (2019). *Guiding Research Papers: Developing a Search Strategy*.
Obtenido de <https://gsi.berkeley.edu/research-strategy/>
- Méndez, C. (2011). *Diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en ciencias empresariales* (4A. Edición ed.). México D.F.: Limusa S.A.
Recuperado el 01 de 10 de 2018, de <https://es.scribd.com/document/324262554/METODOLOGIA-DE-LA-INVESTIGACION-CARLOS-MENDEZ-1-pdf>
- Mersan, O. (2018). *¿En qué consiste el régimen de seguridad social en Paraguay?*
Obtenido de <https://oscarmersan.com/index.php/es/blog/155-regimen-de-seguridad-social-en-paraguay>
- Mogalakwe, M. (2006). *The Use of Documentary Research Methods*. Obtenido de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.454.5260&rep=rep1&type=pdf>
- MSPBS. (2015). *Política Nacional de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/9753ad-POLITICANACIONALDESALUD.pdf>
- Naciones Unidas. (2015). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Obtenido de https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
- OIT. (2019). *Empleo informal*. Obtenido de Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional: <http://www.oitcinterfor.org/taxonomy/term/3366>
- OIT. (2019). *Hechos Concretos sobre la Seguridad Social*. Obtenido de Organización Internacional del Trabajo: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf
- OIT. (2019). *La Seguridad Social*. Obtenido de Organización Internacional del Trabajo: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf
- OIT. (2019). *Panorama Temático Laboral*. Obtenido de Oficina Regional para América Latina y el Caribe: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/plaboraltematico1.pdf
- OIT Ginebra. (2017). *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019*. Obtenido de La protección social universal para alcanzar los Objetivos de

- Desarrollo Sostenible: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_624890.pdf
- OPS. (2019). *Cobertura Universal de Salud*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es
- Oxford Reference. (2019). Obtenido de Documentary research: <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803095724431>
- Paganini, J. (1998). *La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe*. Obtenido de SciELO: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/1998.v4n5/305-310/>
- Platón. (-385). *La República*. Obtenido de UNSAM: <http://www.kimera.com/RECURSOS/PLATON/la%20republica.pdf>
- Sala-i-Martin, X. (1995). *A positive Theory of Social Security*. Obtenido de <http://www.columbia.edu/~xs23/papers/pdfs/pensions.pdf>
- Sanchez, D. (2017). *Accesibilidad a los servicios de Salud*. Obtenido de IMSS: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457749297021/html/index.html>
- Savin-Baden, & Major. (2013). *Revisión de la bibliografía en la investigación*. Obtenido de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/31200/6/Revision_bibliografia_Investigacion_cualitativa.pdf
- University of Leeds. (2019). *Literature searching explained. Develop a search strategy*. Obtenido de https://library.leeds.ac.uk/info/1404/literature_searching/14/literature_searching_explained/4
- Weng, X. (2015). *The rural informal economy*. Obtenido de <https://pubs.iied.org/pdfs/16590IIED.pdf>

ANEXOS

GLOSARIO

La seguridad social: Es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia ².

Pobreza: La pobreza de los trabajadores es sintomática de la falta de trabajo decente. Es una situación o una condición social y económica de la población que no le permite satisfacer sus necesidades básicas, ya sean estas físicas o psíquicas.

La alimentación, el acceso a una vivienda, la sanidad o la educación se consideran las principales necesidades básicas en todo ser humano. Sin estas necesidades cubiertas se considera que un ser humano no ha alcanzado un nivel mínimo en cuanto a calidad de vida ³.

La falta de un empleo o unos ingresos insuficientes están muy relacionados con la falta de cobertura de las necesidades básicas, por lo que se consideran indicadores de pobreza.

Trabajo decente: Es el empleo que proporciona ingresos suficientes para sacar al trabajador y a su familia de la pobreza. El trabajo decente disminuye la proporción de trabajadores pobres y a su vez impulsa el proceso de desarrollo del país.

El trabajo decente sintetiza las aspiraciones de las personas durante su vida laboral. Significa la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo, la seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración social, libertad para que los individuos expresen sus opiniones, se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas, y la igualdad de oportunidades y trato para todos, mujeres y hombres⁴.

Monografía: Es un trabajo escrito, metódico y completo que trata sobre la descripción especial de una determinada ciencia o asunto en particular.

² OIT. La Seguridad Social

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf

³ Pobreza: <https://www.asociacionproade.org/blog/qu%C3%A9-es-la-pobreza/>

⁴ OIT. Trabajo decente

<http://www.oit.org/global/topics/decent-work/lang--es/index.htm>

Tiene como principal función informar sobre un asunto determinado de interés para la comunidad. La monografía es escrita bajo una norma que regula la presentación de textos académicos y puede tomar la forma de tesis, informes científicos, trabajos de graduación y textos de investigación formal.

Se caracteriza por presentar formalmente por escrito un tema específico con metodología, una estructura ordenada y objetivos claros ⁵.

⁵ Monografía: <https://www.significados.com/monografia/>