

Determinantes sociales de la salud y el trabajo informal | Social Determinants of Health and Informal Work

Consuelo Vélez Álvarez¹, María del Pilar Escobar Potes², María Eugenia Pico Merchán³

1. Doctora en Salud Pública. Enfermera. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Manizales. Colombia consuelo.velez@ucaldas.edu.co

2. Magíster en Investigación y Tecnología Educativa. Enfermera. Universidad de Caldas. pilares@ucaldas.edu.co

3. Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Enfermera. Universidad de Caldas. maria.pico@ucaldas.edu.co

Recibido: 25 abril 2013 Aprobado: 26 julio 2013

RESUMEN

Objetivo: Describir elementos teóricos sobre los determinantes sociales de la salud en la población trabajadora informal y condiciones sociales, modos de vida y repercusiones en el proceso salud-enfermedad.

Estrategia de búsqueda: Búsqueda sistemática en bases de datos especializadas (Ovid, Proquest, Hinary, Medline, LILACS, Literatura gris). Se utilizaron las siguientes palabras claves: condiciones sociales, factores socioeconómicos, fuerza de trabajo, empleo; de igual forma se retoman textos de expertos que han buscado un desarrollo conceptual en esta temática.

Desarrollo: La informalidad en el trabajo actúa como Determinante Social de la salud y condiciona el proceso salud enfermedad, al interrelacionarse con otros determinantes estructurales e intermedios como edad, género, nivel educativo, estrato socioeconómico, entre otros. El desarrollo económico de las fuerzas productivas materiales de un país determina el proceso de vida social y político de las personas.

Conclusión: Las condiciones laborales saludables y dignas, no se garantizan en el trabajo informal, en consecuencia, esta modalidad laboral, no favorece el derecho a la salud y el trabajo decente de los trabajadores.

Palabras Clave: Condiciones Sociales, Factores Socioeconómicos, Trabajo, Fuerza de Trabajo, Medio Ambiente, Salud Pública (fuente: DeCS, BIREME).

ABSTRACT

Objective: To describe theoretical elements on the social determinants of health in the informal working population and their social conditions, ways of life and impact on the health-disease process.

Search strategy: A literature review of articles in specialized databases was conducted (Ovid, Proquest, Hinary, Medline, LILACS, "gray literature") with the following keyword search strategies: social conditions, socioeconomic factors, labor force, employment; likewise texts are taken up experts who have searched for conceptual development in this topic.

Development: Informality at work acts as a social determinant of health and conditions the health-disease process, through interaction with other structural and intermediate determinants such as age, gender, educational level, socioeconomic status, among others. The economic development of the material productive forces of a country determines the process of social and political life of the people.

Conclusion: Healthy and decent working conditions cannot be guaranteed in informal work; therefore this type of work, does not favor the right to health and decent work for laborers.

Key Words: Social Conditions, Socioeconomic Factors, Work, Labor Force, Environment, Public Health (source: MeSH, NLM)

La economía informal es definida como aquellas unidades productivas organizadas de manera rudimentaria cuyo funcionamiento se da a pequeña escala, las cuales en raras ocasiones distinguen entre el capital y el trabajo. En la economía informal las relaciones de empleo son básicamente por empleo ocasional, parentesco, o relaciones sociales y personales y no median los contratos, característicos de empresas formales (1).

En la XV Conferencia Internacional de Estadísticas de Trabajo en 1993, La Organización Internacional del Trabajo (OIT), reiteró la necesidad de medir el sector informal, [posteriormente se revaluó el término sector] dado que cumple una función importante como fuente de empleo, ingresos y factor de desarrollo económico y social. La conferencia planteó que en el sector informal se encuentran oficios heterogéneos, relacionados con comercio, construcción, industria manufacturera, transporte, servicios y el financiero (2).

La economía informal, es un tema complejo (3). Según la OIT, entre las características de los trabajadores informales, se encuentra la desprotección legal que tanto a ellos, como a los empresarios informales los hace vulnerables socialmente, su empleo es inestable y sus ingresos bajos e irregulares (4), además están en desventaja competitiva respecto a quienes se encuentran en la economía formal (5), además viven cierto grado de inseguridad, sobre todo en aspectos como beneficios de políticas macroeconómicas; seguridad del empleo y desarrollo de competencias; seguridad y salud laboral; estabilidad en el empleo y protección al derecho de asociación (6).

Diferentes organizaciones como la OIT, autores como Tokman (7), Programa de Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC) derivada de la Decimoquinta Conferencia Internacional de Estadísticas del Trabajo, Informe III del 1993 (8), definen que la situación de los trabajadores informales se debe analizar desde la perspectiva del trabajo decente y su consiguiente carencia, ámbito integrado en su mayoría por mujeres, trabajadores jóvenes y de mayor edad.

El Estado en su rol por mejorar la competitividad de las economías se enfrenta a la disyuntiva, por una parte, de atender los mandatos del mercado globalizador y por otra, demandas ciudadanas por la protección y regulación en lo social, que incluye lo laboral (9). A raíz de las reformas derivadas del Consenso de Washington en América Latina (10)

predominaron procesos desreguladores de normas con auge de la economía de mercado, expansión del sector privado y liberación financiera y comercial, y reducción del papel Estatal. Según Tokman (7), primaron intereses económicos sobre los sociales y la equidad, cuyas consecuencias se evidencian en políticas privatizadoras, alta inversión extranjera, deslaboralización y flexibilización e informalidad laboral.

Es una realidad que la economía informal emplea un grueso de trabajadores en la región, se registran 93 millones de personas en 16 países. De éstos, 60 millones están en el sector informal de empresas, 23 millones tienen empleo informal trabajando en empresas formales, más de 10 millones se desempeñan en servicio doméstico y actividades de bajo capital y escasa productividad (11).

La economía informal, es un tema que permanece relativamente inexplorado en países como Colombia (12), que parece estar en una trampa de altos niveles de informalidad y baja capacidad institucional. En la mayoría de los casos, las empresas del sector informal no cuentan con acceso a recursos del sistema financiero, restringiendo su capacidad de expansión y desarrollo.

El estudio sobre informalidad en Colombia (12), cuantificó el tamaño de la economía informal en los últimos quince años, en particular, corroboró lo afirmado por Schneider (13) quien concluyó, que los niveles de informalidad han aumentado en las últimas décadas, siguiendo el patrón de los países en desarrollo.

El objetivo del presente artículo es describir elementos teóricos sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) en la población trabajadora informal y condiciones sociales, modos de vida y repercusiones en el proceso salud-enfermedad.

MÉTODOS

Se realizó una revisión temática a partir de un listado de temas de interés y palabras clave, dentro de las cuales se encuentran: Condiciones sociales, factores socioeconómicos, fuerza de trabajo, medio ambiente y salud pública, con el fin de adelantar una búsqueda de artículos científicos de donde se obtuvieron los escritos publicados. Dicha búsqueda se adelantó en bases de datos como ProQuest, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Ovid, Hinary, Medline, e- libro y libros de expertos en el área. Se estableció como criterio de exclusión, artículos publicados en idiomas

diferentes al inglés, español y portugués, así como literatura y artículos de literatura gris. Se acopiaron aproximadamente 48 publicaciones que reunían los requerimientos de la revisión.

DESARROLLO TEMÁTICO

Concepto de salud. En cada una de los períodos de la historia, la salud ha sido entendida de manera diferente, ésta tiene su propio significado, se puede afirmar que “salud” es un término polisémico (14). La Organización Mundial de la Salud en 1948, expresa que la salud no es solamente la ausencia de enfermedad y de sufrimiento, sino que también incluye consideraciones que permiten concebirla como algo positivo, al incluir en su definición “[...] un estado de completo bienestar físico, mental y social [...]”, la cual trasciende la concepción biologicista del hombre, al reconocer otras dimensiones como son la social y la mental.

Sigerist en 1941, considera que “la salud es, no solamente la ausencia de enfermedad sino algo positivo, una actitud gozosa de la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo” (15), cuya concepción positiva se ve reflejada en la definición de la OMS, permite valorarla como fuente de riqueza para la vida cotidiana, mediante la adquisición de recursos personales y sociales (16) entre los cuales está el trabajo.

La salud se considera parte de la cotidianidad, razón por la cual es un componente esencial de la calidad de vida, permite hacer elecciones y alcanzar satisfacciones por el hecho de vivir, reforzando la concepción de salud como recurso (17). La libertad de elección y el papel individual o colectivo permite la definición de la propia salud como proceso que se intenta lograr, mantener o recuperar y no una consecuencia del tratamiento o curación (17), determinada por factores biológicos, ambientales, estilos de vida y sistemas sanitarios (14).

El trabajo es uno de los componentes esenciales del derecho a la salud individual o colectiva, así se plantea “el derecho a condiciones saludables y dignas en el trabajo” (18), el cual además es uno de los DSS, por lo tanto en la medida que se afecte positivamente, se contribuye al goce de la salud.

Terris, propone la salud como característica subjetiva del bienestar, en la medida que se percibe como una sensación, y otra característica objetiva capacidad de funcionar, éstas se encuentran en un continuo entre dos polos, el positivo la salud

y el negativo la enfermedad, en el “área central”, coexisten situaciones normales y patológicas, las cuales serían difíciles de separar (19).

El proceso salud-enfermedad desde los determinantes relacionados con su biología, el medio ambiente, el sistema de salud que le atiende y los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, su cultura (20), han convertido la salud en un bien social y la concibe como uno de los determinantes del desarrollo personal y de felicidad. Este concepto la convierte en objetivo social y logrando que los gestores sanitarios, políticos, pacientes y usuarios exijan explicaciones de cómo y cuánto el cuidado de la salud es capaz de fomentar la salud y prevenir enfermedades (21).

Ramazzini en el siglo XVII estudia de forma sistemática los efectos en la salud de los oficios e identificó el papel causal de la ocupación en diferentes enfermedades (14). El trabajo y la salud se relacionan positiva o negativamente; el trabajo es necesario para la salud en la medida que genera recursos para la satisfacción de las necesidades básicas. Existen diferentes tipos de riesgo laborales, éstos pueden tener implicaciones en la salud física, mental e interrelaciones sociales del trabajador. Es en este sentido que el trabajo como DSS, puede condicionar la salud física y la percibida (22).

En conclusión, el concepto de salud se fundamenta en el modelo biopsicosocial, tiene en cuenta aspectos positivos y negativos que afectan la vida de las personas, su función social y la percepción sobre la salud, ya que ésta es una resultante de la interacción de factores relacionados de manera dinámica y multidimensional.

Determinantes sociales de la salud. Lalonde en 1974, identificó como determinantes los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba la salud más que un sistema de atención (23). Los DSS se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan e impactan la salud. También se definen como “las características sociales en que la vida se desarrolla” (24), se refieren al contexto social, a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales predisponen la salud. Los DSS objeto de políticas públicas, son aquellos modificables mediante intervenciones efectivas (25).

Existe un creciente consenso que la salud y la enfermedad están determinadas de manera multicausal (26-28) necesitan ser enfocadas desde

una perspectiva interdisciplinaria e integral. Es preciso vincular los factores determinantes dentro de un marco de referencia analítico coherente. Al respecto, se han realizado varios intentos para identificar y dilucidar tales factores. (29-33).

Con relación a la diferencia entre los determinantes de la salud y los determinantes de las inequidades en la salud, es importante mencionar que la acción sobre los DSS tiene su foco de intervención en reducir la exposición a los factores que afectan directamente la salud o las intervenciones sobre los mecanismos causales asociados a ellos, estos serían los determinantes intermedios. Por otra parte, la acción sobre los determinantes de las inequidades de la salud tiene su foco de atención en los niveles de distribución de los determinantes estructurales o en los mecanismos que generan los determinantes intermedios, es decir, la posición social (34).

Los determinantes estructurales son aquellos que generan estratificación social, e incluyen factores como: ingresos, educación, género, grupo étnico y sexualidad son estratificadores sociales. Dentro de los determinantes intermedios se incluyen las condiciones de vida, laborales y disponibilidad de alimentos (34).

Los determinantes estructurales de inequidades en salud configuran mejores o peores oportunidades para esta, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos. Es decir, la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud no es directa, sino producto del actuar de factores intermediarios: condiciones materiales, tales como la calidad de vivienda, y circunstancias psicosociales, estrés y comportamientos como hábito de fumar o mal nutrición (35).

Trabajo Informal: Es necesario delimitar en este artículo algunas definiciones que han surgido alrededor de la noción de trabajo informal o la informalidad. Neffa lo define como aquellas actividades de bajo nivel de productividad, trabajadores independientes (con excepción de los profesionales), empresas muy pequeñas o no organizadas; con frecuencia se asocia al subempleo urbano PREALC, 1978 (36). Esta perspectiva definida por el PREALC y OIT de acuerdo con Neffa, tiene una limitante con relación a su generalidad, porque enfatiza en un sector o ámbito de la economía más que en la condición de actividad de las personas (37). Salas en los 90 (38) crítica las nociones difundidas, propone abandonar

la noción de sector informal, sustituirlo por el análisis y estudio de las microunidades. Pries (39) define la informalidad como la casi nula conexión con organizaciones gremiales, es decir el derecho de asociación. Osta plantea la informalidad desde un enfoque economicista y estructural, vinculada con el desempleo y la evolución de ambos, son indicadores trazadores de gran importancia en países de América Latina, puesto que son reflejo de ajustes estructurales y de profundización del modelo neoliberal. Osta adopta la noción de economía informal como fenómeno de naturaleza compleja, sobre el que se deben implementar intervenciones para disminuir su presencia, con el fin de incorporar trabajadores y empresarios a lo formal para mejorar condiciones laborales y calidad de vida (40, 41).

La OIT en 2002, propone reemplazar y ampliar el término sector informal por economía informal. En su VI Informe se diferencia entre empresas informales y la fuerza de trabajo o actividades informales (4). Se presentan diferencias en cuanto al tipo de producción y el carácter de la situación en la actividad o el empleo, es importante destacar en el presente artículo, la inclusión según Guerra (42) de trabajadores por cuenta propia dedicados a actividades de subsistencia: vendedores callejeros, recogedores de residuos sólidos, limpiabotas, chatarrereros entre otros; trabajadores del servicio doméstico con remuneración; trabajadores a domicilio y trabajadores independientes.

La OIT insiste en lo expresado en la Conferencia del 2002, que a la par con las diferencias en lo conceptual sobre la informalidad, la búsqueda de soluciones y de políticas públicas en cuanto al fenómeno, los esfuerzos deben concentrarse hacia los notorios déficit de trabajo decente (43, 44).

Relación entre Determinantes Sociales de la Salud y Trabajo informal: Según Williams a través de la existencia los seres humanos se relacionan de diferentes maneras, algunas de veces de manera involuntaria, como a nivel productivo y material, lo que condiciona y se refleja en su proceso de vida en la esfera política, social e intelectual (45). No solo en la interacción con agentes externos biológicos, químicos y físicos se evidencia la importancia del trabajo para la salud, también en la manera como este posibilita las relaciones sociales (46). Esto plantea la importancia de considerar las condiciones de empleo y trabajo al analizar las desigualdades en salud de los trabajadores.

El conocimiento de los determinantes del proceso

salud-enfermedad posibilita el diseño de políticas de salud, estableciendo los efectos de factores no médicos en la salud, como el ingreso o la actividad económica (47).

Para esta revisión, el trabajo es elemento fundamental de desarrollo humano que trasciende la esfera económica condicionada por los ingresos, determina la posición jerárquica de los sujetos en la sociedad y establece la red relacional expresada a través del capital social, permitiendo condiciones de vida y de trabajo que a su vez establecen los diferenciales en vulnerabilidades y enfermedades. Se va conformando un gradiente social explicando diferencias y desigualdades en materia de salud (48). En este sentido el trabajo ha sido considerado uno de los determinantes relevantes en las condiciones de vida y salud de las personas (49), que en el caso del trabajo informal refuerza su vulnerabilidad.

La informalidad laboral genera condiciones especiales de vulnerabilidad asociados a factores que involucran las dimensiones temporalidad, salarios precarios y desprotección social, reflejadas en problemáticas de salud, expresadas en el deterioro de la salud física y mental, situaciones desapercibidas al trabajar políticas públicas dirigidas a este grupo y tienen relación directa con determinantes estructurales (50). El trabajo informal puede condicionar el proceso salud-enfermedad, interactuando con la edad, sexo, nutrición, educación y estrato socioeconómico, los cuales se configuran en los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud y condicionan la calidad de vida a nivel laboral y en su cotidianidad (51).

La interacción de los DSS sobre la población trabajadora informal se podría expresar, a partir de los siguientes factores (52):

- *Ingreso y nivel social*: la situación de salud de la población trabajadora informal mejoraría, a medida que aumente sus ingresos y logre una mejor posición social. lo que brinda la oportunidad de elegir opciones materiales de vida y sociales que incidan favorablemente en la salud.
- *Redes sociales de apoyo*: para este grupo carecer de una red social de apoyo, limita el ejercicio del derecho de asociación, condiciona su situación de vulnerabilidad social, política, cultural y económica expresada en sus condiciones de salud.
- *Educación*: el bajo nivel educativo caracteriza esta población, lo que incide en las oportunidades de

mejores ingresos, seguridad humana y laboral, reflejada en la salud.

- *Empleo y condición de trabajo*: La salud integral deficiente es característica de los trabajadores informales, la que puede estar condicionada por el bajo control de las condiciones laborales.
- *Entornos sociales*: las características de las relaciones sociales generan la presencia de riesgos potenciales que pueden llegar a afectar la salud, debido a la inestabilidad de las mismas y la falta de reconocimiento y seguridad laboral.
- *Entornos físicos*: el acceso a servicios públicos básicos, transporte, vías y diferentes tipos de contaminación ambiental, son determinantes clave la salud de esta población.
- *Prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación*: la adopción estilos de vida saludables se ve limitada en este grupo y se convierte en un condicionante del proceso salud enfermedad.
- *Características biológicas y genéticas*: la situación de ser trabajador informal, puede constituirse en factor predisponente o desencadenante de problemas de origen biológico y genético.
- *Servicios de salud*: la dificultad de acceder a seguridad en salud, pensiones y riesgos laborales, se convierte en un determinante social de la salud, en esta población.
- *Género*: éste determinante condiciona diferencias en la situación de salud de este grupo, en el cual las mujeres se consideran más afectadas.
- *Cultura*: ser trabajador informal se constituye en un riesgo social adicional, que limita el acceso a los bienes y servicios de la cultura.

CONCLUSIONES

Las condiciones laborales saludables y dignas, no se garantizan en el trabajo informal, en consecuencia, esta modalidad laboral, no favorece el derecho a la salud y el trabajo decente de los trabajadores. Se conoce que las desigualdades que se dan entre las relaciones capital y trabajo derivan en evidentes desequilibrios, afirmación que exige tomar medidas relativas a lograr la participación de los trabajadores informales en las decisiones políticas que los afecta; lo anterior posibilitaría mejores condiciones de trabajo y la protección de la salud.

El desarrollo teórico frente a los Determinantes Sociales de la Salud en poblaciones vulnerables, permitirá ampliar su espectro conceptual y brindar una guía al renovado interés de contextualizarlos localmente. Es un reto evidenciar con más detalle

cada uno de los elementos teóricos desarrollados, mediante el planteamiento de otros estudios de alcance analítico o que permitan la verificación empírica de la interacción entre los DSS y el trabajo informal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maldonado C, Hurtado M. El Sector Informal en Bogotá: una perspectiva interdisciplinaria. Bogotá: O.I.T., Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, SENA; 1997: 34-10.
2. Londoño JL. The informal sector in Colombia: A Survey of Issues and Policies. Massachusetts: World Bank. Mimeo; 1988.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Indicadores de ocupación y empleo al segundo México: INEG; 2012. Ocupación y empleo. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=25433&t=1> Consultado octubre del 2012
4. Organización Internacional del Trabajo. Decent Work and the Informal Economy - Report VI presented for the General Discussion at the International Labour Conference 2002. Ginebra: OIT; 2002. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/infoecon/iebrowse.page?p_lang=es&p_ieresource_id=375 Consultado octubre del 2012.
5. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra: ILO; 2012. ILO Informal Economy. Disponible en: <http://www.ilo.org/global/topics/employment-promotion/informal-economy/lang--en/index.htm> Consultado octubre del 2012.
6. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra: ILO; 2012. ILO Social Security. Disponible en: www.ilo.org/public/english/protection/ses/about/index.htm Consultado octubre del 2012.
7. Tockman V. Informalidad, inseguridad y cohesión social en América Latina. Santiago de Chile: División de Desarrollo Social de la ONU- CEPAL; 2007.
8. Programa de Empleo para América Latina y el Caribe. Empleo y Equidad desafío de los 90. Santiago de Chile: PREALC 1990. Disponible en: <http://www.zonaeconomica.com/heterogeneidad.../estudios-informalidad> Consultado Septiembre del 2012.
9. Hopenhayn M. El nuevo mundo del trabajo y los jóvenes. Jóvenes: Revista de Estudios sobre Juventud México 2004; 8(20):54-73.
10. Feo O. La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2004; 22 (número especial):61-64
11. Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral 2011: América Latina y el Caribe. Lima: Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2011.
12. Cárdenas M, Mejía C [Banco Interamericano de Desarrollo]. Informalidad en Colombia. Nueva evidencia. Bogotá; 2007 Marzo. Documentos de Trabajo No. 35.
13. Schneider, Friedrich Shadow Economies of 145 Countries all over the World: Estimation Results over the Period 1999 to 2003. En: Cárdenas M, Mejía C. Informalidad en Colombia. Nueva evidencia. Bogotá: BID; 2007 Working Papers Series - Documentos de Trabajo: 35. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/.../WP-No.-35-Informalidad-en-Colombia> Consultado septiembre del 2012.
14. Gil P. Medicina Preventiva y Salud Pública. 11 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
15. Sigerist HE. Medicine and Human Welfare. New York: Editorial Yale University Press; 1946
16. Organización Panamericana de la Salud, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Acta de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa; 1986.
17. Epp J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En: Promoción de la salud: una antología. Washington DC: OPS; 1996. p. 25-36.
18. Proyecto de Ley Estatutaria del Derecho Fundamental a la Salud. Comisión de seguimiento a la sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social CSR. 2012.
19. Terris M. Últimas palabras y Definiciones de salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2003; 21(2):135-139
20. Vergara MC. Representaciones sociales sobre salud de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv 2009; 7(1):105-133.
21. Ruiz MA, Pardo A. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. Pharmacoeconomics Spa Res Art 2005; 2(1):31-43.
22. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales. Cienc. Enferm 2003; 9(2): 9-21
23. Perspectiva de los héroes de la salud pública de la OPS: A New Perspective on the Health of Canadians, 28 ages later. Rev Panam Salud Pública 2002; 12(3):149-152
24. Tarlov A. Social determinants of Health: the sociobiological transition, En: Blane D, Brunner E. Wilkinson D (eds). Health and Social Organization. London: Routledge; 1996. p. 71-93.
25. Secretariat Commission on Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health: Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, draft; 2005.
26. Dubos R. El espejismo de la salud: utopías, progreso y cambio biológico. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1975.
27. MacMahon B, Pug T. Epidemiology. Principles and methods. Boston: Little Brown; 1970.
28. Rothman K. Modern epidemiology. Boston: Little Brown; 1986
29. San Martín H. Crisis mundial de la salud. España: Ciencia; 1985.

30. Breilh J. Epidemiología, economía, medicina y política. México, D.F.: Fontamara; 1986.
31. Mosley WH, Chen LC. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. En: Bull World Health Organ 2003; 81(2): 140-145.
32. Almeida N. Epidemiología sin números. Una introducción crítica a ciencia epidemiológica. Rio de Janeiro, Brasil: Campus; 1989.
33. Cornia GA. Economic decline and human welfare in the first half of the 1980s. En: Cornia GA, Addison T, Kiiski S. Income distribution changes and their impact in the post-world war II period. Helsinki: WIDER Discussion Papers, United Nations University; 2003:25.
34. Solar O, Irwin A. Discussion paper for the Commission of Social Determinants of Health. Ginebra: WHO; 2007
35. Tovar L, García G. El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia. Lecturas de Economía 2003; 65:177-31.
36. Neffa J. El trabajo humano. Contribuciones al estudio de un valor que permanece. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen Hvmánitas. CEIL-PIETTE CONICET Asociación Trabajo y Sociedad; 2003. Disponible en: http://www.oei.org.ar/edumedia/pdfs/T10_Docu4_Eltrabajohumano_Neffa.pdf Consultado octubre del 2012.
37. Programa Regional del Empleo para América Latina y el Caribe. PREALC, Sector informal: funcionamiento y políticas. Santiago: PREALC; 1978. Disponible en: <http://www.fundaciondemocraciaydesarrollo.cl/memoria/documentosGuia/FondoDoctoPersonalesPREALC.pdf> Consultado octubre del 2012.
38. Salas C. ¿Pequeñas unidades económicas o sector informal?. En: Gómez, A. Análisis socio laboral de los vendedores estacionarios en el sector turístico de Bocagrande de la ciudad de Cartagena. Revista Aglala 2010; 1(1):1-17.
39. Pries L Del mercado de trabajo y del sector informal. Hacia una sociología del empleo: trabajo asalariado y por cuenta propia en la ciudad de Puebla. México: Colegio de México Fundación Friedrich Ebert; 1992.
40. Osta KM. Desempleo e Informalidad en América Latina: Definiendo Políticas Públicas para Venezuela. Revista Venezolana de Gerencia 2007; 12(38): 262-278.
41. Méndez JL. Emprendedores y desarrollo económico. El reto del empleo de calidad en América Latina. Mérida: 2010 Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf4/reto-empleo-calidad-america-latina/reto-empleo-calidad-america-latina.pdf> Consultado septiembre del 2012.
42. Guerra AE. Consideraciones teóricas acerca de la economía informal, el Estado y la gerencia. Barquisimeto: Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado Biblioteca Virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales; 2007. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2009a/517/Informalidad%20para%20la%20Organizacion%20Internacional%20del%20Trabajo.htm> Consultado octubre del 2012.
43. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra: 96a reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, 30 de mayo - 15 de junio de 2007. Disponible en: <http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/96thSession/lang-es/index.htm> Consultado octubre del 2012.
44. Rifkin J. El fin del trabajo: nuevas tecnologías contra puestos de trabajo, el nacimiento de una nueva era. 5 ed. Buenos Aires: Paidós; 1999.
45. Williams R. Teoría Cultural. Marxismo y Literatura. Barcelona: Península; 1980.
46. Laurell AC. La lógica de la privatización en salud en: Memorias del II Seminario Latinoamericano de Política Sanitaria, México; 1993.
47. Gerdtham UG, Johannesson M. New Estimates of the Demand for Health: Results Based on a Categorical Health Measure and Swedish Micro Data. Social Science and Medicine 1999; 49: 1325-1332.
48. Faundes A. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Chile: Organización Panamericana de Salud – OPS, la Organización Mundial de la Salud – OMS, Ministerio de Salud de Chile; 2005. Disponible en: <http://cronopio.flacso.cl/fondo/pub/publicos/2005/libro/026065.pdf> Consultado octubre del 2012.
49. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: WHO; Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/index.html Consultado octubre del 2012.
50. Amable M, Benach J, y González S. La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. Arch Prev Riesgos Labor 2001; 4(4).
51. De Villavicencio F. Modo de vida, psiquis y salud. Psicología y salud. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2000.
52. Mikkonen J, Raphael D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Health Canada. The Social Determinants of Health: an overview of the implications for policy and the role of the health sector. Toronto: York University School of Health Policy and Management; 2010. Disponible en: http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf Consultado abril del 2013.