

Informalidad, desempleo y subempleo: Un problema de salud pública

Informal employment, unemployment and underemployment: a matter of public health

Juan C. García-Ubaque¹, Martha I. Riaño-Casallas² y John A. Benavides-Piracón³

1 Profesor Asociado Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. jcgarciau@unal.edu.co

2 Investigadora Independiente. Bogotá, Colombia. mirianoc@unal.edu.co

3 Investigador Independiente. Bogotá, Colombia. johnbena1@gmail.com

Recibido 26 Septiembre 2009/Enviado para Modificación 15 Marzo 2010/Aceptado 20 Mayo 2010

RESUMEN

La informalidad, el desempleo y subempleo son problemas que han sido estudiados en profundidad desde la economía y la política y aunque la salud pública ha tenido una aproximación a esta problemática, el abordaje, principalmente disciplinario, se ha enfocado en los efectos en la salud de los desempleados y subempleados pero está en deuda de proponer alternativas desde la política pública en salud para enfrentar ésta problemática. El propósito de este ensayo es: hacer una reflexión del desempleo y la informalidad como problema económico, social y de salud de la población, que requiere estrategias en diferentes niveles en las que se incluyan a los diversos colectivos involucrados y a sus organizaciones, es decir al Estado, las empresas, los gremios y sindicatos, entre otros y no sólo a las personas en situación de desempleo, subempleo o informalidad. Para tal fin se parte de la comparación de los registros de los diagnósticos efectuados a trabajadores afiliados a una Empresa Promotora de Salud con los mismos datos pero de las personas que utilizaron la red pública de hospitales de Bogotá,

Palabras Clave: Condiciones de trabajo, desempleo, salud pública, seguridad social, (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Unemployment and underemployment are problems that have been studied from the economy and politics points of view. Although public health has taken an approach to this problem, it has been mainly disciplinary, since it has focused on the health effects of the unemployed and underemployed but it has failed to propose alternatives from the public policy to solve this problem. The purpose of this essay is to examine the unemployment as an economic, social and health problem of the population. According to records of diagnosis, we review this situation (which

requires different strategies at various levels) including different groups involved and their organizations, the State, companies, trade unions and employers unions, not just people unemployed and underemployed.

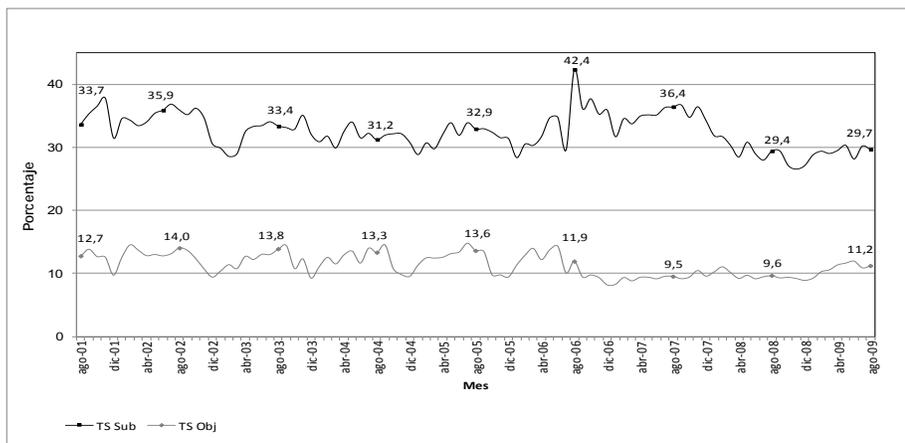
Key Words: Work, unemployment, public health, social security, (source: MeSH-NLM).

En el mundo el desempleo es una realidad para muchas personas, y hoy en día es muy común que los individuos experimenten uno o múltiples periodos sin empleo a lo largo de su vida. En Colombia el mercado laboral de los últimos años se ha caracterizado no sólo por una alta tasa de desempleo, sino también por niveles muy importantes de subempleo (1). La tasa de desempleo se define como la relación entre la población económicamente activa (PEA) no ocupada, pero que está buscando empleo en forma activa, y la PEA total (ocupada y no ocupada) (2). Mientras que el subempleo se define, tanto por *insuficiencia de horas*, como por *condiciones de empleo inadecuado*, el cual a su vez se divide en dos categorías: subempleo por competencias y subempleo por ingresos, y se mide esencialmente por el número de personas que desean cambiar su situación laboral actual por razones que limitan sus capacidades o su bienestar (1).

De acuerdo con las estadísticas presentadas por el Departamento Nacional de Estadística de Colombia, (DANE), para el mes de Agosto de 2009, la tasa de desempleo nacional fue del 11,7%, mientras que la tasa de subempleo subjetivo, que se refiere al simple deseo manifestado por el trabajador de mejorar sus ingresos, el número de horas trabajadas o de tener una labor más propia de sus competencias, fue del 29,7% y la tasa de subempleo objetivo, que incluye solo a quienes han hecho una gestión para materializar su aspiración y están en disposición de efectuar el cambio, fue del 11,2% (Figura 1) (3).

Por otra parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), define a la informalidad como una forma urbana de emprendimiento, que se distingue por tener pocas barreras a la entrada para el empresario, en términos de habilidades y capital requerido; empresas de propiedad familiar; operación en pequeña escala; producción de trabajo intensiva con tecnología adaptada, y un mercado no regulado y competitivo (4); y su crecimiento es consecuencia directa de la falta de capacidad del sector formal de la economía de emplear a toda la población.

Figura 1. Tasas mensuales (%) de subempleo objetivo y subjetivo Total nacional. Agosto 2001–2009



Fuente: Departamento Nacional de Estadística, 2009

Se destaca que las empresas del sector informal no cuentan con acceso a recursos del sistema financiero, lo que restringe su capacidad de expansión y de inversión en nuevas tecnologías. Así mismo, que no están registradas ante las autoridades y no hacen uso de la seguridad social (afiliación a sistema de salud, afiliación a fondos de pensiones o administradoras de riesgos profesionales, entre otros) (5).

La informalidad, el desempleo y subempleo, además de ser una problemática prioritaria para el desarrollo económico y social de un país, también tiene consecuencias directas sobre la salud de la población (6). La evidencia encontrada en los países sometidos a periodos de recesión, sugiere que se puede hacer frente al deterioro de la salud de la población o al aumento de las inequidades en salud solo si se refuerzan las medidas de protección social, como son, programas para activar el mercado laboral, mejoras en los subsidios al desempleo y transferencias para la asistencia social más generosas (7).

Con éste marco para el análisis, en el presente ensayo se pretende hacer una reflexión acerca de la informalidad, el desempleo y el subempleo como una problemática de salud pública. En la primera parte se realiza una síntesis de algunas investigaciones relacionadas con el tema, y posteriormente, a partir de la revisión de los diagnósticos de quienes en Bogotá asisten a servicios de salud como cotizantes de una entidad promotora de salud (EPS) y quienes asisten sin ningún tipo de seguridad social a los hospitales públicos,

se discute acerca de la protección social para estos grupos poblacionales, enmarcados en la búsqueda de respuestas colectivas a sus necesidades económicas, sociales y de salud.

Antecedentes

Aunque en la investigación en salud pública no ha sido prioritaria la búsqueda de relaciones entre informalidad, desempleo, subempleo y salud, desde esta perspectiva se han propuesto siete aspectos a considerar: Deprivación económica, falta de control, punto de control, estrés, soporte social, participación en el trabajo y funciones latentes (8). Sin embargo, es notorio cómo en estos abordajes, con frecuencia, las consideraciones se realizan desde disciplinas específicas y se asume únicamente como una situación de carácter individual que afecta al conjunto social.

La relación entre informalidad, desempleo, subempleo y salud se ha estudiado enfocándose particularmente en las consecuencias que para la salud tiene el desempleo. Es así como en un estudio realizado en Argentina, en una muestra de 395 personas desempleadas se encontró que de acuerdo con el grado de exclusión social y la ausencia de contención familiar, la vulnerabilidad tanto al riesgo social como en su salud, es proporcional al grado de marginación de los individuos, destacándose el incremento de la posibilidad de sufrir robos, actos de violencia y enfermedad (9). Así mismo, el Departamento Británico para Trabajadores y Pensionados, encontró que los desempleados generalmente tienen unas tasas más altas de problemas de salud mental, suicidio y obesidad, que el común de la población (10).

En otros estudios, se ha asociado una deficiente salud mental al desempleo, examinando para tal fin factores indicadores de un riesgo potencial como el consumo de alcohol, el tabaquismo, el estado civil, las estrategias de afrontamiento y los factores de motivación (11).

En cuanto al subempleo la estabilidad continúa siendo la referencia en el abordaje, puesto que una situación insegura de empleo puede representar una amenaza para el bienestar de las personas (12). En un estudio desarrollado por Malenfant *et al.*, hallaron que los efectos del trabajo intermitente para el bienestar son tan perjudiciales como los del *desempleo* debido a una serie de factores que no se limitan a las dificultades financieras sino que incluyen el ambiente que la situación genera (12).

A pesar de la escasa investigación sobre las condiciones de trabajo en empleos informales y precarios, hay una creciente evidencia de que los trabajadores en ésta situación tienen mayores tasas de lesiones y enfermedades que los trabajadores formales con empleo estable (13). Esto resulta muy importante al considerar que el fenómeno del sector informal se ha propagado ampliamente en todo el mundo y ha llegado a ser muy importante en los países del denominado Tercer Mundo, debido a que representa, en algunos casos, la mayor fuente de trabajo, particularmente entre las mujeres que son el grupo poblacional que más accede a esta condición como alternativa para aumentar o mantener el ingreso familiar y aunque son pocos los estudios que analizan ésta problemática, la evidencia inicial señala que el perfil de salud enfermedad de las trabajadoras informales se caracteriza por: trastornos emocionales y mentales, problemas músculo-esqueléticos, trastornos de salud reproductiva y enfermedades circulatorias (14).

Igualmente se destaca que, la informalidad, el desempleo y el subempleo tienen el potencial de generar un círculo vicioso, ya que las enfermedades adquiridas se pueden convertir en un obstáculo para encontrar un nuevo empleo (15). Por tanto, se deben buscar soluciones para evitar que estos grupos poblacionales se conviertan en excluidos de forma permanente, ya que adicionalmente al estar por fuera del sistema de seguridad social, corren el riesgo de aumentar y perpetuar su condición. Es necesario entonces generar nuevos medios de promoción de la salud para las personas que están desempleadas, subempleadas o en la informalidad.

Diagnósticos de la población afiliada y no afiliada en Bogotá

Al revisar los registros de los diagnósticos efectuados en las consultas médicas para un segmento de trabajadores afiliados como cotizantes en una Empresa Promotora de Salud durante el año 2008 y contrastarlos datos obtenidos de un registro similar de personas que se encuentran en edad productiva (15 a 65 años) y que utilizan la red pública de hospitales de la ciudad, en la categoría de población no afiliada, es decir que carecen de acceso a un seguro de salud y por tanto corresponden a la población en condición de desempleados o informales de la ciudad, se encuentra que: El total de consultas médicas para la población no afiliada fue de 748405, de las cuales el 67 % fueron realizadas a mujeres (501581) y el 33 % por hombres (264824). El diagnóstico más frecuente fue “Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas

con la reproducción” con 56393 casos, siendo la mayoría de las consultantes las mujeres con 54357 casos (96,4 %), lo que pone en evidencia como la mujer asume la carga del cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Llama la atención que para los hombres, el diagnóstico más frecuente fue “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” con 19678 casos.

En relación con la población afiliada a una EPS como cotizante al régimen contributivo del SGSSS, para el mismo periodo, el total de consultas médicas fue de 317333, con 113307 hombres que representan un 36 % y 204023 mujeres que es un 64 % del total de consultas. El diagnóstico más frecuente en este grupo fue “infecciones agudas de las vías respiratorias superiores” con 18648 casos; Sin embargo por género en las mujeres del régimen contributivo el primer diagnóstico fue “Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción” con 15664 casos, en el caso de los hombres el principal diagnóstico fue “infecciones agudas de las vías respiratorias superiores” con 7809. Es de resaltar que el segundo diagnóstico para los hombres fue la “dorsopatía” con 6308 casos. En general, se destaca que a nivel de estas consultas en Bogotá se ratifica lo planteado por la literatura en cuanto a uso y género (13-14).

Al efectuar una categorización de los diagnósticos por grupo de riesgo los resultados se presentan en la Tabla 1. Se destaca que en la categoría “otros riesgos” están los diagnósticos más frecuentes, representando el 48,6 % en la población cotizante y el 37,2 % en la población no afiliada.

Lo más llamativo que se encuentra en las consultas médicas por el grupo de riesgo “*salud mental*” en el que se presenta una marcada diferencia entre la población no afiliada con respecto de la población cotizante, ya que mientras en la primera se registran 65846 consultas que representan el 8,8 % del total de consultas, en la segunda se presentaron 2597 consultas lo que corresponde al 0,82 % del total de consultas, casi 10 veces menos que en la población no afiliada. Lo que es similar a los hallazgos presentados en otros estudios, donde las personas en situación de desempleo o informales presentan mayores problemas de salud mental (6,9,10,14). Sin embargo, esta gran diferencia en la cantidad de consultas médicas puede significar también que la población con enfermedad mental se encuentra excluida del mercado laboral formal.

Tabla 1. Distribución de diagnóstico por grupo de riesgo

Causas	Régimen contributivo						No afiliados											
	F			M			Total			F			M			Total		
	No	%	%	No	%	%	No	%	%	No	%	%	No	%	%	No	%	%
Ambiente	100	0,05	0,10	111	0,10	0,07	211	0,07	0,09	435	0,09	0,11	283	0,11	0,10	718	0,10	0,10
Cronicas y degenerativas	28876	14,15	15,91	18029	15,91	14,78	46907	14,78	12,14	60908	12,14	14,88	36733	14,88	13,05	97641	13,05	13,05
Infecciones	4481	2,2	4,07	4608	4,07	2,86	9089	2,86	1,13	5679	1,13	2,65	6541	2,65	1,63	12220	1,63	1,63
Lesiones por causas externas	3235	1,59	4,94	5600	4,94	2,78	8835	2,78	2,11	10590	2,11	10,78	26613	10,78	4,97	37203	4,97	4,97
Neoplasias	9533	4,67	1,13	1278	1,13	3,41	10811	3,41	4,49	22543	4,49	1,35	3321	1,35	3,46	25864	3,46	3,46
Otros riesgos	102150	50,07	46,11	52251	46,11	48,66	154401	48,66	42,57	213537	42,57	26,53	65474	26,53	37,28	279011	37,28	37,28
Relacionados con la atención	92	0,05	0,02	19	0,02	0,03	111	0,03	0,04	219	0,04	0,07	177	0,07	0,05	396	0,05	0,05
Respiratorio	20753	10,17	14,30	16207	14,30	11,65	36961	11,65	5,47	27412	5,47	8,05	19878	8,05	6,32	47290	6,32	6,32
Salud mental	1460	0,72	1,00	1137	1,00	0,82	2597	0,82	4,37	21922	4,37	17,80	43924	17,80	8,80	65846	8,80	8,80
Salud oral	292	0,14	0,18	205	0,18	0,16	497	0,16	4,39	22025	4,39	4,60	11355	4,60	4,46	33380	4,46	4,46
Salud sexual y reproductiva	9110	4,47	0,88	1001	0,88	3,19	10111	3,19	10,93	54799	10,93	1,93	4775	1,93	7,96	59574	7,96	7,96
Trastornos digestivos y abdominales	18347	8,99	9,70	10996	9,70	9,25	29343	9,25	11,41	57220	11,41	10,75	26530	10,75	11,19	83750	11,19	11,19
(En blanco)	5594	2,74	1,65	1865	1,65	2,35	7459	2,35	0,86	4292	0,86	0,49	1220	0,49	0,74	5512	0,74	0,74
Total general	204023	100	100	113307	100	100	317333	100	100	501581	100	100	246824	100	100	748405	100	100

Fuente: García-Ubaque JC, Riaño MI, Benavides JA, 2009

Al verificar los diagnósticos en los que se presentan las mayores diferencias se encuentra que las consultas médicas por, “Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas”, que al igual que “Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes” tienen una frecuencia más de 5 veces mayor en la población no afiliada con respecto a la población cotizante, mientras que lo inverso ocurre en “Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos”, “Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos”, “Síntomas y signos que involucran el conocimiento, la percepción, el estado emocional y la conducta” y “agresiones”, patologías que con frecuencia se asocian a situaciones de estrés no resuelto.

Los anteriores resultados muestran como en Bogotá la población no afiliada, presenta un perfil diferente de diagnósticos por consultas a servicios sanitarios, respecto a la población cotizante. Lo que no lleva a insistir en la importancia de incorporar políticas de salud pública orientadas a estos grupos poblaciones, las cuales en Colombia, de acuerdo con la legislación vigente, deben ser enmarcadas en el concepto de Protección Social.

Protección social, informalidad, desempleo y subempleo

Se reconoce que en el momento de crisis del ciclo económico, el primer efecto que aparece es la caída del empleo formal por el estancamiento o decrecimiento de la economía, lo que conlleva el aumento del subempleo y del trabajo informal (16), como consecuencia de esto aumenta también la pobreza por la disminución del ingreso.

Igualmente se sabe que en la actualidad los trabajadores representan la mitad de la población mundial y son la mayor contribución al desarrollo económico y social, y que su salud está determinada no solo por los riesgos en el trabajo sino también por factores sociales e individuales y de acceso a los servicios de salud (17). Por esto las regulaciones en el mercado laboral son introducidas con el expreso propósito de incrementar el bienestar de los trabajadores por medio de los beneficios asignados y de los programas de seguridad social que mejoran el ingreso de los trabajadores en caso de enfermedad, accidentes de trabajo o vejez (18).

De otra parte, usualmente se adoptan políticas para enfrentar el desempleo, López (18) resaltando entre dichas políticas las que buscan lograr un crecimiento económico elevado, implementar políticas educativas dinámicas, realizar reformas al sistema parafiscal y a la legislación laboral y otorgar subsidios condicionados. En este sentido Franco (19), menciona dos formas de caracterizar la política social: la primera, que se centra en el mercado y es una política social asistencialista, basada en los servicios sociales entendidos como mercancías y con acciones de asistencia social focalizadas y en contraposición, las que se centran en la acción estatal, con un reconocimiento de los derechos sociales de la población.

En los últimos años y para algunos autores, la empleabilidad, que consiste en la mejora de las capacidades de los trabajadores y desempleados por medio de formación y orientación profesional con el fin de ayudarlos a encontrar o mantener su empleo, se ha convertido en una de las principales iniciativas políticas para aumentar el nivel de empleo en la economía (20). Sin embargo, esta no ha sido una respuesta totalmente eficaz, por lo que después de la crisis económica que a finales de la década de los noventa vivió Colombia, se dio paso a formas de empleo flexible, debilitando la protección a los trabajadores, por descenso en el nivel de seguridad social de la población el cual inicialmente se compensó de manera parcial por un crecimiento del empleo entre el periodo de 2003 – 2006, que rápidamente fue destruido por la crisis financiera y económica mundial.

El actual incremento de la tasa de desempleo impone barreras más difíciles para entrar o regresar al mercado laboral tanto a los jóvenes, como a los trabajadores más viejos, los menos capacitados, las mujeres que regresan de la maternidad y las personas con problemas de salud, por lo que muchos se ven obligados a buscar trabajos informales como estrategia de supervivencia, situación que está llena de riesgos y vulnerabilidades (21).

Igualmente, en el caso colombiano es importante destacar que como fruto de la reforma a la seguridad social, la financiación de la atención en salud se sobrecargó de manera importante en el sector formal de la economía, es decir, en aquellos que tienen un contrato de trabajo con una empresa, quedando el resto de la población condicionada a la disponibilidad de recursos que estos generen ya sea a partir del aporte que se dirige a la solidaridad o por vía de la tributación general, la cual en el caso de salud, ha venido siendo disminuida puesto que se han priorizado otros gastos

en el Estado, llegándose a la crisis actual del modelo en la que cualquier variación del empleo impacta la disponibilidad de los dineros que sustentan la atención en salud, limitando la garantía de este derecho en Colombia.

Otro efecto que se ha evidenciado con la reforma y que posiblemente ha sido condicionado por la apertura de mercados y la necesidad de mayor competitividad, es que los mayores costos de la seguridad social no son fácilmente transferibles a los precios finales de venta de bienes y servicios, por lo que los empresarios en el afán de mantener los niveles de plusvalía han optado por esquemas que favorecen la informalidad en el empleo. Con el aval y aun auspicio del estado que por diversas vías favorece la informalidad.

Alternativas de acción

En 1948, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se proclamó que toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, concepto que en la actualidad se ha englobado como sistemas de protección social, los cuales están orientados a brindar un resguardo adecuado en un contexto de mayor incertidumbre del mercado laboral, y a luchar contra la pobreza y la exclusión social para evitar que aparezcan los procesos de marginación o de desafiliación de una parte de la población (22). Esta situación ha sido enfocada desde dos perspectivas, la primera, basada en la lógica del aseguramiento social, en donde el derecho a la salud se encuentra determinado por la capacidad de pago del asegurado y un plan de beneficios determinado por criterios de focalización, que le permitan estabilidad económica a los sistemas. En este caso, el aumento del desempleo, el subempleo y la informalidad, genera que la protección de la salud y la compensación inmediata por la pérdida o disminución en el ingreso sean asumidas por el estado y los ciudadanos desde la solidaridad, pero con el incremento de quienes demandan esta protección, el acceso a servicios se van restringiendo y los planes de servicios se limitan, situación que en Colombia las cortes han criticado al señalar que el Estado *desprotege* el derecho a la salud de las personas al mantener las incertidumbres en torno a la cobertura asegurada (sentencia T-760 de 2008).

Una segunda postura, critica estos enfoques de focalización y se orienta en la discusión de la construcción de mecanismos para brindar una garantía real del derecho a la salud. Es claro que la seguridad social contribuye a

la cohesión social, la cual es referente previo para las inversiones de largo plazo, por ende se puede considerar como una inversión en desarrollo, que genera balance entre aspectos económicos y sociales (23). Como se mencionó, en Colombia, el acceso a la seguridad social y en especial al derecho a la salud, está mediado por el contrato laboral, aunque los trabajadores informales también pueden percibir beneficios de un plan limitado al ser incluidos en régimen subsidiado, pero resulta esperable que esta población destine casi la totalidad de sus ingresos al financiamiento de necesidades más inmediatas como la alimentación, vivienda y educación (24) y en consecuencia no pueda ahorrar para garantizar su jubilación o adquirir un seguro de asistencia médica más completo, situación que se afronta parcialmente ubicando subsidios puntuales que además de sobrecargar el gasto público con frecuencia llega a ser instrumento de mayor inequidad, manipulación política y perpetuación de la pobreza.

Por tanto sería necesario construir una propuesta alternativa para la protección social de los desempleados, subempleados y trabajadores informales que involucre a los trabajadores formales y la sociedad en general que se enmarque en la conceptualización moderna de los derechos, no como la mercantilización de los mismos, que sobrecarga la demanda de subsidios, que no luchan de manera eficaz contra la pobreza sino que la perpetúan, al tiempo que generan dependencia económica y por ende riesgo de manipulación de las libertades de quienes los reciben y de corrupción entre quienes los administran a nivel local y nacional.

Este tipo de alternativa debe ser fruto de una construcción social, por lo que se propone como fase inicial de la misma el fortalecimiento de los mecanismos sociales de asociación, a partir del cual se debe discutir alrededor de tres aspectos que resultan relevantes:

1. La necesidad de una instancia de protección del derecho a la salud.
2. Los mecanismos de financiación del sistema.
3. La participación de los trabajadores y la sociedad.

La posibilidades de acción en cada uno de estos aspectos resulta relativamente limitada, pero no así el rol de los ciudadanos y sus organizaciones, quienes al empoderarse pueden poner límite a los abusos derivados de la falta de control y responsabilidad que actualmente se percibe de parte de los actuales agentes del sistema ♣

REFERENCIAS

1. Urrutia M. El subempleo en Colombia. Banco de la República. Nota Editorial, agosto de 2002. [Internet] Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/documentos/publicaciones/pdf/Ago02.pdf>. Consultado: septiembre de 2009
2. Arango LE, Posada CE. El desempleo en Colombia. [Internet] Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra176.pdf>. Consultadooseptiembre de 2009.
3. DepartamentoAdministrativoNacional de Estadística (COL). Boletín de prensa: Principales indicadoresdelmercadolaboralagosto de 2009. Bogotá: DANE; 2009.
4. Ochoa D, Ordóñez, A. Informalidad en Colombia. Causas, efectos y características de la economía del rebusque. Estudios gerenciales Universidad ICESI. 2004; 90: 103-16.
5. Cárdenas M, Mejía C. Informalidad en Colombia: Nueva Evidencia. Documentos de trabajo. Marzo 2007. No. 35. [Internet]. Disponible en: www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/DDE/Nueva%20Evidencia.pdf. Consultadoooctubre de 2009.
6. Karsten IP, Klaus M. Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence. *J Occupational and Organizational Psychology*. 2006; 79: 595-621.
7. Labonté R. The Global Financial Crisis and Health: Scaling Up Our Effort. *Can J Public Health*.2009; 100(3):173-75.
8. Janlert U, Hammarström A. Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC PublicHealth*. 2009; 9:235.
9. La desocupación, el riesgo social y la salud. [Internet]. Disponible en: <http://www.medicinayprevencion.com/interes-general/la-desocupacion.htm>. Consultado Septiembre de 2009.
10. Berry, M. Unemployment damages physical and mental health. *Personnel Today magazine*, Septiembre de 2006. [Internet] Disponible en: <http://www.personneltoday.com/articles/2006/09/07/37084/unemployment-damages-physical-and-mental-health.html>. Consultado septiembre de 2009.
11. Bildt C, Michélsen H. Occupational conditions exceed the importance of non-occupational conditions and ill health in explaining future unemployment among women and men. *Archives of Women's Mental Health*. 2003; 6:115–126.
12. Malenfant R, Larue A, Vézina M. Intermittent Work and Well-Being: One Foot in the Door, One Foot Out. *Current Sociology*. 2007; 55, 6: 814-35.
13. Ostry AS. Globalization and the marginalization of unskilled labor: potential impacts on health in developed nations. *International Journal of HealthServices*. 2009; 39 (1): 45–57
14. Cruz C, Noriega M. Las mujeres en actividades informales. ¿Una oportunidad laboral o un riesgo latente para su salud? En: V Congreso Nacional AMET 2006 Trabajo y Reestructuración: Los Retos del Nuevo Siglo. [Internet]. Disponible en: <http://www.iztapalapa.uam.mx/amet/vcongreso/webamet/indicedemesa/ponencias/Mesa%2015/cruzflores15.pdf>. Consultadoooctubre de 2009
15. Pohjola A. Health Problems and Long-Term Unemployment. *J Social Work Health and Mental Health*.2001; 34: 101-111
16. Organización Internacional del Trabajo. Empleo y condiciones de trabajo en Europa: ¿Cuánto se puede trabajar? [Internet]. Disponible en: http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--es/WCMS_082343/index.htm. Consultado septiembre de 2009.
17. Organización Mundial de la Salud. Global Plan of Action on Workers' Health 2008–2017. Sixtieth World Health Assembly. Mayo de 2007. Disponible en: www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R26-en.pdf. Consultado septiembre de 2009
18. Mejía M. El desempleo y sus determinantes. Reportes del Emisor. Investigación y formación económica. 2001; 22: 2

19. Franco A. El auge de la protección social. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2005; 23, 1: 135-147
20. Agencia europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Seguridad y salud en el trabajo y empleabilidad: programas, prácticas y experiencias. Resumen de un informe de la Agencia. Facts 12. Bélgica, 2001. [Internet]. Disponible en: <http://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/12/view>. Consultado septiembre de 2009.
21. Organización Internacional del Trabajo. Mercados de trabajo en Europa Central y Sudoriental: tendencias positivas, problemas persistentes y nuevos retos. [Internet]. Disponible en: http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--es/WCMS_082192/index.htm. Consultado septiembre de 2009.
22. Organización Internacional del Trabajo. Protección social para todos: el reto y las políticas. [Internet]. Disponible en: http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--es/WCMS_077119/index.htm. Consultado septiembre 2009.
23. Organización Internacional del Trabajo. Cuando el crecimiento significa igualdad: Construir un "piso de seguridad social" para el mundo. [Internet]. Disponible en: http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Feature_stories/lang--es/WCMS_084140/index.htm. Consultado en octubre de 2009.
24. Labbé J, Sánchez M, Concha M. Seguro de Accidentes Laborales para el Sector Informal de la Economía: Una propuesta para Resolver el Problema. *Ciencia & Trabajo*. 2005; 7, 18: 157-163.