

Empleo informal y desigualdades en salud en Chile

Un enfoque de investigación integrado

Marisol E. Ruiz Contreras

TESI DOCTORAL UPF / 2018

DIRECTOR Y DIRECTORAS DE LA TESI

Dr. Joan Benach (Departament de Ciències Polítiques i Socials, UPF)

Dra. Alejandra Vives (Pontificia Universidad Católica de Chile)

Dra. Gemma Tarafa (Ayuntamiento de Barcelona)

DEPARTAMENT CIÈNCIES EXPERIMENTALS I DE LA
SALUT



*A Sofía, por su maravillosa existencia,
a Ivan, por caminar a mi lado,
a Kena, mi mamá, por su generosidad infinita,
a Reinaldo, mi papá, por su apoyo constante,
a Joaco y Nico, mis hermanos, por su cariño incondicional.*

Agradecimientos

*“El pensamiento nunca es una iluminación individual.
Quizá por eso decir creación colectiva sea una redundancia.
A pesar de ello, puede venir bien recordárnoslo,
porque es fácil perderlo de vista en un contexto
en el que los mecanismos de reconocimiento están tan personalizados.”
Amaia Perez Orozco (2014)*

Cualquier trabajo es un esfuerzo colectivo, implica tiempos, dedicaciones, pensamientos, recursos que involucran a muchas personas. Y una investigación de larga data como esta, más aún.

En primer lugar quisiera agradecer a mi círculo familiar más cercano, por su generosidad, por su compañía y ayuda, por estar siempre ahí, por hacerse cargo de la Sofi tantas veces. Nada de esto hubiera podido ocurrir sin sus cuidados. Mis más profundos agradecimientos también van a las personas entrevistadas, quienes solidariamente me ofrecieron sus tiempos para compartir sus experiencias de vida y sus reflexiones en torno al mundo del trabajo. Especialmente quisiera agradecer a Gonzalo Durán de la Fundación Sol, que desde el principio colaboró en el desarrollo de esta investigación.

Al Estado de Chile y sus contribuyentes por financiar esta tesis
¡¡¡¡muchísimas gracias!!!!

También agradezco profundamente a mis directoras y director de tesis, Alejandra, Gemma y Joan, su persistente dedicación y apoyo han sido fundamentales en esta creación colectiva. Desde mi llegada a GREDS sentí la calidez, generosidad y libertad para emprender del mejor modo posible esta investigación. Agradezco a todo el grupo de investigación, tanto a quienes permanecen como a las que han dejado de formar parte de él, Vanessa, Laia Ollé, Montse y Laia Olivé. En especial quisiera agradecer a Mireia Bolívar y a Irene, por su compañía, disposición y ayuda en el período más intenso. Y un agradecimiento especial al Grup per al Pensament Crític, por ser un espacio de reflexión colectiva.

Cómo no mencionar la generosísima entrega del núcleo de amistades que estuvieron ahí ofreciendo soporte, especialmente a Karen, por los días de trabajo en tu casa, por las conversaciones animadas que contribuyeron a esta tesis, por tu impulso permanente. A María José, tu oportuna ayuda fue un regalo del universo, A Michel por esas cuidadosas revisiones, a Coni por su trabajo delicado. A la Ceci, mi primera jefa en este mundo de la salud pública, de quien he aprendido tanto. A Èrica y Eloi, por compartir este proceso en conjunto. Y a todas las personas que han hecho posible que esta tesis esté viendo finalmente la luz, los agradecimientos nunca serán suficientes para un proceso colectivo como el que se plasma en estas páginas. Y si los signos de exclamación sirven para cuantificar y dimensionar de algún modo, ¡¡¡¡¡gracias!!!!

Resumen

Esta tesis tiene como objetivo principal comprender la relación entre el empleo informal y las desigualdades en salud en Chile desde una perspectiva integral. Considerando un abordaje abductivo que incorpora el enfoque de una metodología mixta, se han realizado cuatro artículos que combinan distintas perspectivas metodológicas: revisión bibliográfica, metodología cualitativa y metodología cuantitativa epidemiológica.

A partir de un desarrollo conceptual y empírico se obtuvo una definición original de empleo informal pertinente para Chile, en el marco del estudio de las desigualdades en salud. Así, se categorizó a la población trabajadora en función de su formalidad o informalidad en el empleo, pudiendo constatar que, en general, los empleos informales están relacionados con un peor estado de salud de las personas. Los grupos más desfavorecidos pertenecen a la población trabajadora dependiente informal. Los mecanismos que inciden en esa relación se desprenden de las condiciones de vida (según dos dimensiones: incertidumbre y recursos materiales) y de las condiciones de trabajo (según tres dimensiones: riesgos psicosociales, seguridad en el trabajo, disponibilidad de tiempos e intensificación del trabajo). También se identificaron factores moderadores que disminuyen los efectos de la informalidad sobre las desigualdades en salud. El impacto del empleo informal también puede variar de acuerdo a los ejes de desigualdad, como el género.

Abstract

This thesis aims to understand the relationship between informal employment and health inequalities in Chile from a comprehensive perspective. By considering an abductive approach that includes mixed methodology, four papers have been developed combining: literature review, qualitative methodology and epidemiological quantitative methodology.

Within the framework of social determinants of inequalities in health and based on a conceptual and empirical work, a new typology of informal employment, especially relevant to the Chilean context, was obtained. For this, the working population was categorized according to its formality or informality in employment, finding that, in general, informality is associated with poorer health status. The most disadvantaged groups of workers are informal dependent employees. The mechanisms that appear to be affecting this relationship are derived from their living conditions (according to two dimensions: uncertainty and material resources) and working conditions (according to three dimensions: psychosocial risks, safety at work, and intensification of working times). Some moderating factors that may reduce the negative effects of employment informality in health and health inequalities were also identified. The impact of informal employment may also vary according to the axes of inequality, such as gender, and the intersectionality among them.

Prefacio

El análisis de las condiciones de empleo y su impacto en la salud bajo el marco conceptual de los determinantes sociales y las desigualdades ha ido en aumento en la última década. Sin embargo, el desarrollo de ese campo de estudio es aún incipiente y muy desigual. Mientras por un lado el desempleo ha sido más estudiado, el empleo informal ha sido objeto de mucha menor atención científica en las áreas de la salud pública y la salud laboral, a pesar de tener un elevado impacto a nivel mundial.

Esta tesis doctoral forma parte de la línea de investigación “Calidad en el empleo y precarización laboral” del Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud (GREDS) –Employment Conditions Network (EMCONET), del Departamento de Ciencias Políticas y Sociales de la Universitat Pompeu Fabra en Barcelona (Cataluña, España).

La presente tesis se nutre de la amplia experiencia que ya cuenta con una larga data generada por GREDS-EMCONET en cuanto a la conceptualización y análisis del impacto de las condiciones de empleo en las desigualdades en salud. Así, se ha propuesto un abordaje específico de tipo integrado para estudiar el empleo informal donde se usan en forma complementaria distintas metodologías, generándose un proceso de investigación iterativo en permanente retroalimentación.

En el transcurso de esta tesis se realizó una estancia de investigación en el Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile, (Santiago), de tres meses de duración, separados en tres momentos distintos (septiembre-octubre de 2014, mayo-julio de 2015 y julio de 2016). Además de los fines académicos de la estancia, la experiencia de trabajo en Chile tuvo el objetivo de conocer mejor la realidad laboral en el país estudiado, permitiendo el desarrollo de entrevistas a informantes clave y a distintos grupos de población trabajadora. Desde el punto de vista de la investigación social, el caso de Chile, dado su carácter reconocido como "experimento social" por ser uno de los primeros Estados donde se aplicaron políticas neoliberales, constituye un lugar privilegiado para el análisis de los efectos de la condición neoliberal en nuestras sociedades, lo que podría ser útil en futuros análisis comparativos a nivel internacional

Esta investigación ha estado parcialmente financiada por una beca concedida por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (Conicyt) de Chile [Res. Ex n° 4881].

Índice

<i>Agradecimientos</i>	<i>i</i>
<i>Resumen</i>	<i>iii</i>
<i>Abstract</i>	<i>v</i>
<i>Prefacio</i>	<i>vii</i>
<i>Índice</i>	<i>ix</i>
<i>Listado de figuras</i>	<i>xii</i>
<i>Listado de tablas</i>	<i>xiii</i>
1. INTRODUCCIÓN	1
<i>Acerca de la estructura del texto</i>	<i>8</i>
2. LA INFORMALIDAD COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD	11
2.1 <i>Determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud</i>	11
a) <i>Articulación teórico-conceptual de los determinantes sociales de las desigualdades en salud</i>	15
b) <i>Ejes de desigualdad</i>	20
c) <i>La transversalidad de género</i>	22
2.2 <i>Empleo, desigualdad y salud</i>	26
a) <i>El empleo como determinante de las desigualdades sociales</i>	28
b) <i>Distintas realidades del empleo</i>	34
c) <i>Características de los empleos actuales</i>	39
d) <i>Relaciones de género y empleo</i>	47
e) <i>Empleo y salud</i>	50
2.3 <i>Enfoques para analizar el empleo informal</i>	54
a) <i>El empleo informal como concepto</i>	54
b) <i>La distinción entre informalidad y precariedad</i>	62
2.4 <i>La repercusión del empleo informal en las desigualdades en salud</i> . 64	
a) <i>El impacto en la salud que tiene el empleo informal</i>	65
b) <i>Las relaciones de género y la informalidad</i>	67

3. EL EMPLEO INFORMAL EN LA REALIDAD CHILENA	73
3.1 <i>Revisión histórica del contexto socio-laboral chileno</i>	74
3.2 <i>Características del mercado laboral chileno en la actualidad.....</i>	89
3.3 <i>La informalidad en Chile y su impacto en la salud.....</i>	100
4. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	109
4.1 <i>Justificación.....</i>	109
4.2 <i>Preguntas de investigación y objetivos</i>	117
a) Preguntas y supuestos de la investigación	118
b) Objetivo general y objetivos específicos.....	119
5. ABORDAJE METODOLÓGICO	121
5.1 <i>Marco metodológico</i>	122
a) Ventajas de la metodología integrada	123
b) Propuesta metodológica	125
c) Descripción de las metodologías y técnicas utilizadas	131
d) Metodología para cada objetivo	137
5.2 <i>Consideraciones éticas.....</i>	139
6. RESULTADOS.....	141
Artículo 1.....	143
Artículo 2.....	177
Artículo 3.....	227
Artículo 4.....	271
7. DISCUSIÓN	343
7.1 <i>Principales resultados generales</i>	344
a) Caracterización del empleo informal en América del Sur y análisis de la población trabajadora en Chile	345
b) El empleo informal y su impacto en las desigualdades en salud.....	347
7.2 <i>Propuesta de resultados integrados.....</i>	351
a) Sobre la clasificación de la población trabajadora	352

b) Los factores moderadores	355
c) Los elementos transversales de la categoría de género	357
7.3 Fortalezas y limitaciones.....	362
a) Fortalezas.....	362
b) Limitaciones.....	364
7.4 Investigación futura	367
7.5 Implicancias para políticas.....	372
8. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS.....	381
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	389
ANEXOS.....	425
1.Divulgación de resultados relacionados con objetivos de la tesis: participación en congresos	425
2.Otras publicaciones.....	427
3.Aprobación del proyecto de investigación por parte del Comité ético del Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona	428

Listado de figuras

Figuras capítulo 2:

<i>Figura 1. Marco conceptual de las desigualdades en salud.....</i>	<i>18</i>
<i>Figura 2. Diagrama conceptual: empleo y desigualdades sociales.....</i>	<i>33</i>
<i>Figura 3. Marco conceptual para el empleo informal OIT.....</i>	<i>58</i>
<i>Figura 4. Componentes del empleo informal OIT.....</i>	<i>59</i>
<i>Figura 5 Modelo de empleo informal desarrollado por WIEGO.....</i>	<i>71</i>

Figuras capítulo 5:

<i>Figura 6 Diseño de investigación "Empleo informal y desigualdades en salud en Chile".....</i>	<i>127</i>
<i>Figura 7 Flujo real del diseño metodológico de la investigación "Empleo informal y desigualdades en salud en Chile".....</i>	<i>131</i>

Figuras artículo I:

<i>Figura I : 1. Diagrama conceptual del empleo informal.....</i>	<i>171</i>
-------------------------------------------------------------------	------------

Figuras artículo II:

<i>Figure II : 1. Classification of groups of workers.....</i>	<i>212</i>
----------------------------------------------------------------	------------

Figuras artículo III:

<i>Figura III : 1. Relationship between employment group and poor self-rated health and poor mental health: prevalence ratios (PR) and 95% confidence intervals: interaction effects model between sex and employment group.....</i>	<i>268</i>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

Figuras artículo IV:

<i>Figura IV : 1. Diagrama conceptual de análisis e interpretación de los resultados.....</i>	<i>340</i>
-----------------------------------------------------------------------------------------------	------------

Listado de tablas

Tablas artículo I:

<i>Tabla I : 1. Resumen de las revisiones realizadas</i>	<i>172</i>
<i>Tabla I : 2. Resumen de la información sobre empleo informal encontrada en cada país</i>	<i>173</i>
<i>Tabla I : 3. Distribución del empleo informal en América del Sur</i>	<i>174</i>
<i>Tabla I : 4. Definición, medición y clasificación del empleo informal por país.....</i>	<i>175</i>

Tablas artículo II:

<i>Tabla II : 1. Number of interviews by interviewees' profile</i>	<i>213</i>
<i>Tabla II : 2. Conceptual definition.....</i>	<i>214</i>
<i>Tabla II : 3. Socio-demographic characteristics by group</i>	<i>218</i>
<i>Tabla II : 4. Groups of workers according to gradient of formality /informality.....</i>	<i>221</i>
<i>Tabla II : 5. Lack of social protection, by groups of workers. ENETS 2009-2010.....</i>	<i>222</i>
<i>Tabla II : 6. Groups of workers and gradient of formality/informality considering social protection, by gender</i>	<i>225</i>

Tablas artículo III:

<i>Tabla III : 1. Socio-demographic characteristics.....</i>	<i>265</i>
<i>Tabla III : 2. Number (n), prevalence (%) and relationship between employment group and poor self-rated health and poor mental health: prevalence ratios (PR) and 95% confidence intervals</i>	<i>267</i>
<i>Tabla III : A 1. Double burden of paid and unpaid work by employment group</i>	<i>269</i>
<i>Tabla III : A 2. Relationship between employment group and poor self-rated health and poor mental health: prevalence ratios (PR) and 95% confidence intervals: interaction effects model between sex and employment group.....</i>	<i>270</i>

Tablas artículo IV:

Tabla IV : 1. Resumen entrevistas realizadas 334

Tabla IV : 2. Dimensiones, mecanismos e impactos en la salud relacionadas con las condiciones de vida 335

Tabla IV : 3. Dimensiones, mecanismos e impactos en la salud relacionadas con las condiciones de trabajo 337

Tabla IV : 4. Ejes, mecanismos e impactos en salud respecto a las desigualdades de género 339

1. INTRODUCCIÓN

“La verdadera tragedia es así: profunda y aparentemente cubierta por un manto de indiferencia. Cada uno lleva en el fondo de su alma una tragedia que se empeña en ocultar al mundo. Y esa tragedia íntima es la que desbarata las energías, concluye con la salud y produce en el espíritu un estado de constante alarma.”
María Luisa Bombal (1939)

Desde septiembre de 2014, en cada uno de mis viajes a Chile para el trabajo en terreno de la tesis, había estado buscando entrevistar a personas que pudieran contarme acerca de la experiencia de los(as) trabajadores(as) asalariados(as) sin contrato, un grupo contabilizado en los registros oficiales pero cuya realidad permanece invisibilizada. Finalmente, el último día de mi última estancia en Chile, a fines de junio de 2015, logré juntarme con un dirigente de los trabajadores conocidos como “peonetas”, un oficio que se dedica al traslado motorizado de productos que son repartidos por las empresas distribuidoras. Junto con el chofer del camión, los peonetas, todos hombres, se encargan de organizar los productos arriba de los camiones repartidores para después distribuirlos a los locales que los requieren. Son responsables de la carga y descarga, así como de la entrega de la mercadería, un trabajo esencial en la cadena de repartición que en muchos casos no es reconocido por la sociedad ni regulado laboralmente.

Fue una conversación extensa y profunda con un trabajador que tenía la misma edad que yo, pero que había experimentado muchísima más desigualdad y empeoramiento en su calidad de vida. No fue difícil entablar un diálogo fluido con el entrevistado, aunque hablaba muy rápido y, si no hubiera sido chilena, habría resultado complicado seguir su ritmo de conversación. De la articulación de su discurso se desprenden dos aspectos fundamentales: el agotamiento que produce este tipo de trabajo y la falta de una mayor valoración de dicho empleo. Quiere seguir luchando por sus compañeros y por los que vendrán. Son muchos, y saben que juntos se trabaja mejor para conseguir sus propósitos.

En el viaje anterior había estado con una dirigente de las trabajadoras a domicilio del área textil, un mundo doblemente invisibilizado, formado por mujeres que trabajan al interior de sus propios hogares. Su relato da cuenta de las múltiples realidades que componen un oficio pobremente asalariado y donde los cuidados domésticos, familiares y personales se confunden con el trabajo remunerado.

A ellas, responsables del hogar, el trabajo se les multiplica en la casa, las horas no alcanzan para cubrir todas las necesidades y los cuidados que demandan las personas que dependen de ellas. Para lograr sus ingresos, buscan momentos en el día que les permitan producir las obras textiles que les encargan, y generalmente lo encuentran en la oscuridad de la noche. El oficio no solo invade el espacio del hogar, sino que ocupa el tiempo de descanso, las horas

que deberían estar destinadas a reponer las energías. Nadie las ve trabajar en las telas, el ruido de la máquina de coser altera a veces el sueño de sus hijos(as). Los maridos, cuando están en la casa, demandan su constante atención. Sin embargo, las mujeres saben que si no terminan de coser esa prenda no cobrarán el dinero que necesitan para llegar a fin de mes.

La dirigente me relata esas experiencias; también la suya, que es más organizada, ya que ha podido destinar tiempo para establecer una rutina laboral. Ha invertido tiempo en ello para situarse mejor en un oficio que impone exigencias de gestión y desarrollo de competencias que nadie enseña. Pero ¿de dónde sale el tiempo? ¿Quién da el tiempo? ¿Cómo conseguir más tiempo? ¿Qué se deja de hacer o qué hace falta para disponer de tiempo? Ella lo sabe, se da cuenta de que ha necesitado aprender ciertas competencias que le permitan mejorar su desempeño; también sabe que muchas de sus compañeras no tienen las mismas herramientas porque les falta tiempo. La dirigente se da cuenta de la importancia de transmitir las competencias y herramientas, y de impulsar un trabajo grupal que conecte realidades tan aisladas y disgregadas para fortalecer sus demandas.

¿Cómo actúan esas personas bajo un mundo invisible? ¿Cómo salen a la luz sus realidades? En los dos casos, el del peoneta y el de la trabajadora a domicilio, se transita desde la invisibilidad al no reconocimiento, desde la frustración hasta el cansancio y desde la necesidad concreta, individualizada, a la articulación colectiva. Los

peonetas son trabajadores invisibles que circulan en espacios públicos, son eslabones intermedios que no pertenecen ni a la producción ni a la venta del producto. Las cosedoras son trabajadoras fantasmas, se sitúan en un espacio privado que no se localiza en la fábrica, pero tampoco en la distribución o venta. Ambas labores son fundamentales tanto para el comercio como para la industria textil, y son parte fundamental de la estructura productiva en sus respectivos ámbitos, aunque no pertenecen a la gestión de personas en ninguna empresa, no hay estructura laboral oficial que los reconozca. Permanecen en estados invisibles, que no están sujetos a una regulación y cuya situación queda en la mayoría de los casos a discreción de quien lo gestiona, sin fiscalización ni derechos reconocidos. Nuestras ciudades latinoamericanas están pobladas por estos mundos y por estos cuerpos. Son experiencias y memorias colectivas, trayectorias invisibilizadas que no constituyen simplemente una descripción metafórica. Estas personas, trabajadoras y trabajadores, nos relatan una realidad estructural que reclama un reconocimiento teórico y conceptual específico.



(c) Nikos Kessanlis. The Tail. 1999-2000. Metro Omonoia, Athens

¿Qué sucede cuando las condiciones mínimas para desarrollar un oficio no están garantizadas? Las necesidades cotidianas se ven

desplazadas, la crianza y la reproducción se alteran, o quizá son las posibilidades de educación, de distracción o de entretenimiento las que se deterioran. Sobre todo, es el cuerpo el que se desgasta, el que está al borde de la extenuación o del agotamiento (Jameson, 2013); de pronto surgen inconvenientes que desarticulan la salud. Si algo caracteriza a la experiencia acumulada de estas personas es esta exposición a las intermitencias de la salud y a la ausencia de protección.

Pero ¿qué entendemos por salud? ¿Salud física, mental, calidad de vida, bienestar? ¿Cómo situamos la buena salud y dónde establecemos el límite para considerarla dañada? Ciertamente, la construcción conceptual de la salud no ha dejado de tener un alto grado de debate y controversia (Agüero, 2017; Foucault, 2007). La formulación del concepto responde siempre a las necesidades históricas y, por lo tanto, su significado se ve alterado dependiendo del contexto cultural y político. No es objetivo de esta tesis detenerse en las luchas de poder ni en las manifestaciones teóricas que intentan develar el modo en que se ha construido e institucionalizado ese campo de poder que también es la salud. No obstante, desde el punto de vista político y en términos prácticos, puede afirmarse que la salud es un espacio de batalla (Fassin, 2004), donde determinados sujetos sociales y personas invisibles suelen tener mayores posibilidades de perder.

Dentro de la diversidad de situaciones que existen en el entramado del trabajo informal, la salud resulta ser una condición escurridiza,

sobre todo cuando las políticas destinadas a revertir las desigualdades en salud tardan en llegar, o quizá nunca llegan. Esta investigación está atravesada precisamente por el problema que generan las desigualdades en salud y el modo en que se abordan esas desigualdades en relación con la informalidad. Desde sus acepciones etimológicas originales, la salud puede ser entendida como un conjunto de situaciones y estados que conectan con la idea de bienestar y satisfacción de necesidades primordiales, que aseguran la adecuada continuidad en el proceso vital, en términos biológicos, psicológicos y sociales (Fassin, 2004).

La salud pública, en tanto disciplina social y tecnología política que resguarda el derecho colectivo a la salud (Illanes, 1993), se encuentra en un lugar privilegiado para explicar y hacer frente a las desigualdades en salud. No obstante, dependiendo de su enfoque conceptual y de su intencionalidad política, la salud pública puede incorporar en mayor o menor medida una visión destinada a revertir las desigualdades estructurales presentes en la sociedad, que generan desigualdades en salud. Por ello, resulta imprescindible considerar los factores estructurales que inciden en la salud. Por factores estructurales entendemos las relaciones de poder o los contextos políticos y socioeconómicos (Bourdieu, 1979, 2001; Foucault, 1976) que se han establecido en la sociedad como resultado de un proceso histórico marcado por distintos niveles de desigualdades (geopolíticas, de género, de clase, de etnia, entre otras). Los factores estructurales reproducen estas desigualdades a través de las instituciones políticas, culturales y estatales.

En este contexto, la condición de empleo se puede considerar un determinante social fundamental en la vida de las personas. A medida que la globalización¹ ha ido en aumento y que las políticas neoliberales se han expandido (Boyer, 1993; Fröbel, Heinrichs, & Kreye, 1981; Grimshaw, Fagan, Hebson, & Tavora, 2017), los llamados “mercados de trabajo” han cambiado en función de los procesos sociales y políticos, los procesos económicos y los intereses de los grandes núcleos corporativos. Así, las estructuras de empleo estable y seguro han tendido a reducirse dando paso a la multiplicación de formas cada vez más precarias y flexibles que van copando los mercados de trabajo (Bourdieu, 1999a).

Estas transformaciones en la condición de empleo han tenido consecuencias en la salud de la población de manera desigual, especialmente en aquellas personas que tienen peores condiciones de vida o una mayor exposición a carencias materiales y sociales (Benach, Muntaner, Solar, Santana, & Quinlan, 2010). Particularmente en países que cuentan con el neoliberalismo enraizado en la institucionalidad desde hace décadas, como es el caso de Chile (Harvey, 2005), se evidencia de manera más concreta la multiplicación de esas nuevas condiciones de empleo y de trabajo. Chile se ha convertido en un caso paradigmático ya que se trata del primer “laboratorio neoliberal” (Fornazzari, 2013). Siguiendo el planteamiento de Thayer (2006), en este laboratorio se

¹ Lo que se entenderá en esta tesis por globalización se resume en la página 12.

puso en práctica una transición desde la hegemonía del Estado como eje articulador de la política nacional hacia un mercado que ha capturado al Estado, que se apoya en el aparato público pero que a la vez trasciende las regulaciones estatales para configurar un nuevo orden social.

En los contextos donde la regulación estatal es menos concreta, las prácticas informales de los oficios encajan de manera más fácil en los nuevos modos que imponen el trabajo o el mercado laboral. Así, de manera invisible, los empleos informales han proliferado y se han consolidado como la única modalidad de trabajo posible para una gran parte de la población.

Acerca de la estructura del texto

Esta tesis aborda el problema de la informalidad en el empleo y su repercusión en las desigualdades en salud, por medio de la caracterización de la definición, la clasificación y la medición del empleo informal, la descripción de la población trabajadora en Chile —en cuanto a su situación de protección social, a sus condiciones sociodemográficas, de trabajo y salud— y el análisis de las dimensiones que relacionan al empleo informal con las desigualdades en salud de la población.

La estructura de la tesis ordena los capítulos del siguiente modo:

El capítulo 2 expone brevemente una revisión teórico-conceptual donde se establece el empleo informal como determinante social de las desigualdades en salud, analizando los distintos elementos que constituyen este problema de salud, como determinados fenómenos de desigualdad, las distintas realidades de los empleos, sus características, las consecuencias en salud que se desprenden de estos empleos, la construcción teórica que ha existido para analizar el empleo informal, su impacto en la salud y la problemática de las desigualdades de género ante estas situaciones.

El capítulo 3 ofrece una síntesis entre la revisión conceptual elaborada en el capítulo anterior y la realidad chilena, desarrollando a su vez una sucinta revisión sociolaboral e histórica del país, con la intención de dar cuenta de la particularidad y especificidad del caso chileno en cuanto a la innovación de políticas neoliberales que posibilitan el desarrollo de la informalidad.

En el capítulo 4 se plantean los argumentos que justifican el desarrollo de la presente investigación, así como la perspectiva desde donde se estudia el fenómeno. También se exponen las preguntas y los supuestos de la investigación, detallando los objetivos que han guiado todo el proceso.

El enfoque metodológico que utiliza esta tesis se aborda extensamente en el capítulo 5, donde se analizan las ventajas de desarrollar una propuesta metodológica integrada. Este capítulo

también condensa la metodología específica desarrollada para cada objetivo de investigación.

En el capítulo 6 se presentan los resultados de la tesis expuestos en el formato de cuatro artículos, que han sido publicados o que se encuentran en vías de publicación. El cuarto artículo que se adjunta es una versión borrador porque aún está siendo revisada y trabajada por las coautoras y coautor.

El capítulo 7 plantea la discusión de los resultados con los elementos teórico-conceptuales que han sido trabajados a lo largo de la investigación. Este capítulo se divide en dos secciones. En la primera sección se presentan los principales resultados de la investigación, una propuesta de resultados integrados y las fortalezas y limitaciones del estudio. En la segunda sección se plantean posibles desafíos de investigación futura, para terminar con implicaciones relacionadas con el desarrollo de las políticas públicas en salud.

Finalmente, en el capítulo 8 se presentan las principales conclusiones y recomendaciones que se desprenden de los resultados y del trabajo de investigación. Siguiendo las normas de la postulación a un grado doctoral con mención internacional, este apartado ha sido redactado en inglés.

Por último, la tesis presenta una serie de anexos con información adicional desarrollada durante el proceso de investigación.

2. LA INFORMALIDAD COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

*Cualquier desigualdad en la consideración,
el trato y el cuidado de nuestro cuerpo,
donde habita el alma y la natural igualdad
como principio y realidad humana,
se constituye en una de las más radicales violencias que puede ejercer el
sistema social en que dichos cuerpos co-existen.”
María Angélica Illanes, 1993*

2.1 Determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud

La vida en sociedad implica un conjunto de dinámicas culturales, sociales y biológicas que están en permanente relación, interactuando entre sí y que son parte de procesos históricamente construidos. Es decir, se entiende la realidad desde una perspectiva relacional (Bourdieu, 2001). La salud de la población, en tanto parte de las dinámicas culturales, sociales y biológicas, se ve afectada por un conjunto de factores que se van cristalizando en distintas actividades de la vida cotidiana. El trabajo es una de estas actividades que, como todas las demás, ha estado en permanente transformación. A su vez, el trabajo está determinado por una serie de estructuras sociales que se han visto modificadas por el devenir

de la “globalización”. El concepto de globalización comprende, por un lado, la dimensión mundial del proceso histórico del capital y del mercado, lo que Marx entendía como “mundialización” (Nancy, 2003, pp. 17-20). Y, por otro lado, comprende el proceso activo de transformaciones políticas, culturales y técnicas de la época actual (García Canclini, 1999; Sloterdijk, 2007). Por tanto, la salud y el trabajo son dos aspectos de la vida que tienen una retroalimentación constante, relación que se va conformando de acuerdo al contexto determinado.

Tanto la idea de que las condiciones de vida y trabajo son fundamentalmente las que determinan la salud, como la pretensión de que se puede intervenir política y económicamente en esas condiciones, son planteamientos que se han ido desarrollando desde hace varios siglos. Podemos citar algunos ejemplos destacados: Louis-René Villermé, incipiente epidemiólogo social de principios del Siglo XIX, realizó estudios relacionando pobreza con mortalidad en diferentes distritos de París. Paralelamente, Federico Engels (1845) alertaba sobre las malas condiciones en que vivía la clase obrera en Inglaterra, relacionándolas con la estructura capitalista y con los mecanismos de explotación. A estos antecedentes siguieron los estudios realizados por el médico, patólogo y salubrista Rudolf Virchow a fines del siglo XIX, quien propuso un plan de acción para hacer frente a la propagación de enfermedades cubriendo elementos relacionados con la privación de aspectos sociales y materiales (como la pobreza, el hambre, la falta de vivienda y educación).

Desde Latinoamérica, en el marco del desarrollo de la corriente de Medicina Preventiva que en un país como Chile comenzó a gestarse en 1937 (Illanes, 1993), Salvador Allende expuso que “no puede hacerse un estudio serio de la realidad médico-social chilena sin analizar conjuntamente los grandes factores que la originan”. La influencia de las “condiciones de vida” en la “salud de los individuos”, señaló Allende, debe ser abordada no sólo con medidas de “orden médico y de previsión”, sino con medidas de “carácter general que tiendan a reforzarla, articulándola en un plan integral” (Allende, 1939, p. 25). Este plan debía materializarse en acciones como la reforma al sistema tributario para incrementar el impuesto a la renta y a la herencia, la supresión de los derechos de matrícula para mejorar el acceso a la educación, un plan de construcción de viviendas populares, y la implementación de comedores populares, entre otras medidas (Illanes, 1993). La cercanía entre el planteamiento de Virchow y de Allende se deben a Max Westenhöfer, quien fuera discípulo del salubrista alemán, y terminó siendo el maestro del chileno por su cargo de profesor de Anatomía Patológica de la Universidad de Chile.

La Medicina Social Latinoamericana, que tuvo su manifestación en la década de 1960 como respuesta al enfoque desarrollista que primó en toda la región (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada, & Merhy, 2002), fue la heredera natural de la corriente de Medicina Preventiva que tuvo a Salvador Allende como uno de sus principales exponentes. Tras recibir los aportes de las ciencias sociales que complejizaban la explicación de los problemas de salud

incorporando perspectivas histórico-estructurales, la Medicina Social Latinoamericana comenzó a elaborar el enfoque de las Determinaciones Sociales (Galeano, Trotta, & Spinelli, 2011). Cabe destacar el aporte de Asa Cristina Laurell, por su análisis vinculando el proceso de trabajo con las desigualdades estructurales del sistema capitalista para dar cuenta de las determinaciones sociales de la salud (Laurell, 1978). Este enfoque ha seguido desarrollándose para profundizar su análisis en los problemas que han surgido en la actualidad.

De forma paralela al desarrollo de la Medicina Social Latinoamericana, desde la tradición anglosajona se han realizado distintos estudios para profundizar en la materia. En el año 1982 el libro “Black Report” (Black & Whitehead, 1988) causó impacto al remarcar la necesidad de estudiar los factores sociales estructurales que inciden en la salud de la población y que son responsables de grandes inequidades. Este informe sentó las bases para establecer una relación sistemática entre los fenómenos que han sido denominados “determinantes sociales de la salud”, o “determinaciones sociales” (de acuerdo a la Medicina Social Latinoamericana), y de qué manera estos determinantes contribuían a generar desigualdades en salud bajo contextos adversos, es decir, cuando las personas se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social y están expuestas a las desigualdades estructurales. Solo para citar algunos ejemplos, autores como Navarro (1976), Krieger (1991, 1992), Marmot (1997; 2005), Benach (1997), Muntaner

(1999), Graham (2004) o Borrell (2006), han continuado las investigaciones empíricas considerando estos énfasis.

a) Articulación teórico-conceptual de los determinantes sociales de las desigualdades en salud

Los antecedentes históricos antes descritos han sido determinantes para que pudieran desarrollarse marcos conceptuales que permitieran entender y analizar la complejidad social en torno a la producción social de la salud y la generación de desigualdades. Estas complejidades de la sociedad y los factores estructurales están interrelacionados e inciden en la salud. Los factores estructurales de la sociedad surgen históricamente a partir de procesos culturales, económicos, técnicos y políticos. Los factores estructurales son los que reproducen desigualdades que inciden en la salud de la población. Y esa reproducción tiene lugar en las instituciones. El conjunto de todo este marco es lo que se denominará complejidades sociales, es decir, la producción de desigualdades estructurales y el modo en que son interiorizadas por las instituciones sociales, culturales y estatales, traspasándose a la población en su conjunto y promoviendo su reproducción social.

Se han desarrollado numerosos marcos conceptuales que pretenden describir y analizar el proceso de producción social de la salud teniendo en cuenta que las complejidades sociales impactan en las desigualdades e inequidades en salud. A continuación se revisan los

tres marcos conceptuales más destacados para la presente investigación:

1. Enfoque de las Determinaciones Sociales

Este enfoque cuestionó la reducción empírico-funcionalista de la epidemiología poniendo el foco en la reproducción social para entender los procesos de salud-enfermedad, desde una perspectiva dialéctica (Breilh, 2013; Cardona-Arias, 2016; Iriart et al., 2002; Laurell, 1993; López, Escudero, & Moreno, 2008; Morales-Borrero, Borde, Eslava-Castañeda, & Concha-Sánchez, 2013; Passos, 2010). Se plantea que la realidad general está relacionada con un contexto sociohistórico, que impacta sobre la realidad particular manifestándose en los llamados modos de vida. Finalmente, en la realidad empírica singular es donde se evidencian los estilos de vida y las expresiones geno-fenotípicas de la salud (Soliz, 2014). Esta perspectiva considera que las determinaciones sociales varían en función del contexto, poniendo especial atención en la reproducción social.

2. Teoría Ecosocial

Continuando con la perspectiva dialéctica, este acercamiento establece distintos niveles sociales y del ecosistema (nacional, regional, área o grupo, hogar e individual) que impactan en la salud por medio de las desigualdades étnicas/ raciales, de género y de clase. Estas desigualdades van configurando el impacto diferencial a través del estándar de vida, las condiciones de trabajo y la exposición ambiental de los grupos dominantes y dominados,

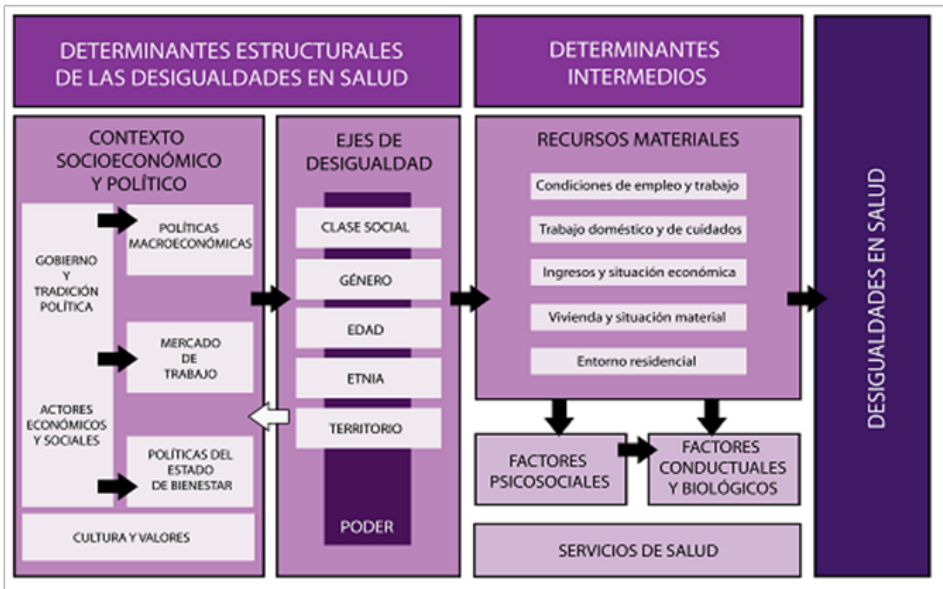
generando desigualdades en salud que se encarnan en las personas (Krieger, 2001a; 2008).

3. El enfoque de los Determinantes Sociales y las Desigualdades en Salud

Por otra parte, se comenzó a impulsar este enfoque (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2001; Whitehead, 1992), inspirado en la conceptualización teórica de justicia distributiva de Amartya Sen, que vincula las desigualdades de ingreso con las desigualdades en salud (Sen, 1973; Sen & Foster, 1997). Esta perspectiva plantea que existen determinantes sociales estructurales (como las políticas macroeconómicas, las políticas públicas, la gobernanza) e intermedios (como las circunstancias materiales, los factores psicosociales) que impactan en la equidad en salud y en el bienestar (Solar & Irwin, 2007).

Una revisión posterior a este marco conceptual realizada por la Comisión Española para reducir las desigualdades en salud en España, profundizó en algunos elementos y elaboró un diagrama actualizado del marco conceptual de los Determinantes Sociales y las Desigualdades en Salud, con los ejes de desigualdad (género, edad, clase social, etnia, territorio o estatus migratorio) asociados al poder, que profundizan la acción que ejercen los determinantes sociales y su impacto en la salud.

Figura 1. Marco conceptual de las desigualdades en salud



(Comisión Para Reducir Las Desigualdades Sociales En Salud En España, 2012)

A pesar de las distintas críticas que ha recibido este enfoque (Breilh, 2011, 2013; Krieger, 2001a), para los fines de la presente investigación se utilizará por dos motivos: por una parte, desde un punto de vista descriptivo resulta útil para establecer los elementos que están en juego considerando el momento histórico actual del capitalismo y el contexto que se estudia. Por otra parte, releva la acción que ejerce el mercado de trabajo y las condiciones de empleo como aspectos clave a ser considerados para el estudio de las desigualdades en salud.

No obstante, volviendo a la idea que sugiere comprender la realidad desde una perspectiva relacional (Bourdieu, 2001) y asumiendo tal planteamiento, el desafío es poder pensar en términos de relaciones.

La relación sería independiente de los entes (que pueden ser sujetos, instituciones u objetos) y anterior a ellos, la relación entonces constituiría en sí misma un agente social. Para Bourdieu es indispensable poner el acento en los estados relacionales antes que en los entes, puesto que de ese modo se permitiría dar cuenta de un pensamiento relacional antes que sustancialista o esencialista: lo que se observa en el entramado social son relaciones invisibles (Bourdieu, 1996), no hay jerarquías en la relación, tampoco hay direccionalidad, no hay un camino lineal de un punto hacia otro, sino que lo que subsiste en una perspectiva relacional es la retroalimentación.

Siguiendo con este planteamiento, para Foucault el poder son relaciones de fuerza. No son los aparatos ni las instituciones quienes ejercen el poder, sino las relaciones de fuerza, que están a un nivel micrológico. El poder es intersticial porque penetra en todas las lógicas (Deleuze, 1987). Este punto es crucial puesto que todos los marcos conceptuales presentados con anterioridad están cruzados por la figura del poder, ya sea implícita o explícitamente.

Entender que el poder se manifiesta a un nivel micrológico, así como a través de las relaciones (Bourdieu, 1981), permitirá identificar de un modo más certero los mecanismos que están operando en la cristalización de una mala salud como consecuencia de la acción ejercida por los determinantes sociales. Las relaciones de poder serían los elementos catalizadores tras los cuales operan

los determinantes sociales, las determinaciones sociales, los ejes de desigualdad o los distintos niveles ecosociales.

b) Ejes de desigualdad

Las relaciones de poder se plasman en los contextos. Y los contextos están conformados por interacciones, concepto que hace referencia a los ejes de desigualdad (Benach, Muntaner, et al., 2010). En la Figura 1 se describen distintos ejes de desigualdad: el género, la clase social, la edad, la etnia, el territorio o el estatus migratorio. De acuerdo a estos ejes se generan diferentes oportunidades y recursos que son el resultado de desigualdades en salud (Krieger, 2003). El modo en que se cristalizan estas oportunidades y recursos está fuertemente influido por relaciones de poder que estructuran las desigualdades (Bourdieu, 1996, 2001; Link & Phelan, 1996). Es así como la salud es producto de un impacto diferencial en los distintos grupos de población.

La síntesis de estos ejes sociales de desigualdad se produce en las personas, en los cuerpos humanos socialmente constituidos (Carastathis, 2016). No es posible fraccionar cada eje por separado ni la síntesis que producen en cada persona, puesto que su manifestación es una interacción constante. La interseccionalidad² se entiende como la interacción de estos mecanismos. Y este concepto es clave cuando se habla de mecanismos de desigualdad.

² En inglés el término es *intersectionality*.

El foco de un análisis de interseccionalidad reconoce la naturaleza relacional de la desigualdad social, porque se propone entender el modo en que intersectan los mecanismos de desigualdad con otras dimensiones de desigualdad, poniendo énfasis en el contexto histórico y geográfico, lo que genera experiencias únicas de salud. Por este motivo su mirada no estará sólo puesta en la interacción misma, sino en lo que la interacción pone de manifiesto acerca del poder (Hankivsky, 2012). La utilidad del concepto de interseccionalidad como herramienta analítica es que precisamente hace visibles las múltiples diferencias que existen en la sociedad, que son la expresión de las desigualdades sociales. Una vez que se visibilizan esas desigualdades, un análisis interseccional intentará entender la manera en que operan las desigualdades o inequidades como un todo, es decir, contextualizando la experiencia particular. Y es que el concepto de interseccionalidad hace referencia a la reproducción institucional de la desigualdad, ya sea a un nivel familiar, estatal o macro estructural (Grabham, Cooper, Krishnadas & Herman, 2009).

La salud se ve constantemente alterada por experiencias de interseccionalidad, y por tanto, el impacto a nivel individual adquiere diferentes manifestaciones de acuerdo al entramado particular de los ejes de desigualdad que interactúan de manera simultánea con las complejidades sociales (Doyal, 2002).

Realizar un análisis de interseccionalidad constituye el gran desafío para entender el modo en que se manifiestan y operan las

desigualdades sociales. Asumiendo que los ejes interactúan entre sí, potenciándose en la interseccionalidad, sería posible observar la manifestación de su conjunto al estudiar en profundidad uno de ellos. Es decir, por ejemplo, en la manifestación de lo que ocurra con los patrones de género sería posible también dar cuenta de los patrones de clase social (Sen, Iyer, & Mukherjee, 2009).

Si bien para el estudio de las desigualdades sociales y su repercusión en la salud, debieran realizarse los esfuerzos correspondientes para dar cuenta de un análisis interseccional, la presente investigación plantea aproximarse al modo en que interactúan los distintos ejes sociales de desigualdad en función de los patrones de género.

La manifestación de los patrones de género se considera como un elemento clave, y por este motivo se desarrollará como un aspecto transversal en el transcurso de la presente investigación.

c) La transversalidad de género

El género es un eje transversal donde se intersectan los demás ejes de desigualdad social. La categoría o concepto de género tiene larga data en la investigación social.

Ya a principios del Siglo XX las investigaciones antropológicas de Margaret Mead (1928, 1935) dieron cuenta de los aspectos culturales de los patrones de género al comparar sus distintas

manifestaciones en sociedades diversas. Por su parte, Simone de Beauvoir (1949) relativizaba el esencialismo de “lo femenino”, poniendo énfasis en el género como una construcción cultural: *“ONE is not born, but rather becomes, a woman. No biological, psychological, or economic fate determines the figure that the human female presents in society; it is civilization as a whole that produces this creature, intermediate between male and eunuch, which is described as feminine. Only the intervention of someone else can establish an individual as an Other.”* (Beauvoir, 1953[1949], p. 273). El punto central es que sin alteridad no se entiende la constitución de los sujetos en tanto personas, es decir, seres sociales inmersos en las complejidades sociales. La alteridad es la que significa, la que aporta contenido y cristaliza la interseccionalidad.

Como expusieran ambas teóricas precursoras en estudiar los patrones de género, la categoría de género delimita con claridad cómo un aspecto diferencial puede significar desigualdad social y cultural. Los patrones de género dan cuenta de las relaciones de poder inmersas en un sistema de jerarquía y escalas entre los sujetos que conforman una sociedad (Bourdieu, 2000). Por este motivo su materialización resulta transversal en el análisis de las desigualdades sociales.

En el campo de la salud el acercamiento al estudio de los patrones de género ha sido escaso, aún cuando existen décadas de evidencia respecto a los efectos diferenciales y desiguales entre hombres y

mujeres (Doyal, 2002; Verbrugge, 1985), y a pesar de los esfuerzos teóricos puestos para incluir la perspectiva de género en los análisis de las desigualdades en salud (Krieger, 2001b, 2003).

No obstante, cuando hablamos de salud así como en cualquier otro proceso social, la perspectiva de género es crucial. Las sociedades constantemente están reproduciéndose en función de los órdenes de género, que se ven alterados a lo largo de la historia. Estos órdenes o patrones de género se sintetizan en los cuerpos humanos con manifestaciones diferenciadas y desiguales en salud.

Es posible ejemplificar el punto anterior con dos hechos dramáticos que constituyen problemas de salud pública. Un primer ejemplo para describir el modo en que afectan los patrones de género a las mujeres se puede encontrar en la evolución que ha tenido la epidemia de VIH/SIDA, especialmente en los países del centro y sur de África que ha cobrado miles de vidas, extendiendo además la enfermedad a la población infantil. La epidemia se ha extendido en mujeres que no han tenido conductas de riesgo, no obstante se han visto afectadas por las conductas de sus parejas.

Un segundo ejemplo que describe el caso de los hombres se puede encontrar observando la significativa reducción de la esperanza de vida que hubo en la década de 1990 en Rusia, al haber un cambio sustancial en la sociedad y en el modo de vida (Connell, 2012). En ambos casos, así como en muchos otros ejemplos que es posible encontrar, se observa que en los patrones de género se materializan

elementos políticos y desigualdades estructurales de distinto orden. En consecuencia, como se ha podido apreciar, es importante destacar que a partir de los patrones de género es posible evidenciar las intersecciones que ocurren de manera simultánea y que se materializan en los cuerpos sociales.

El trabajo es y seguirá siendo fundamental en la vida de las personas, y un componente crucial de las sociedades humanas. Desde las sociedades menos complejas a las más complejas, o en las sociedades que han adoptado un capitalismo avanzado, el trabajo es un motor por medio del cual se articulan distintos procesos sociales. El desarrollo del trabajo también ha servido de excusa para realizar una división espacial, sobre todo en las sociedades más complejas a medida que se fue instaurando la división sexual del trabajo, lo que para algunas(os) autoras(es) puede situarse a partir de la revolución industrial (Sánchez, 1996).

La división espacial se ha retroalimentado con los patrones de género que se desprenden de una cultura hegemónicamente masculina, donde al mismo tiempo se naturaliza sólo un tipo de relaciones de género (Little, 2007). Estas diferencias socio espaciales van intensificando las desigualdades sociales mismas. Junto con ello, se fue perpetuando espacios de dominación masculina (Bourdieu, 2000). Por una parte se reconoce el trabajo productivo, desarrollado en el espacio público, que goza de valoración social y por tanto de remuneración. Y por otra parte se encuentra el trabajo reproductivo que es ejercido en el espacio

privado y que está exento de valoración social por su invisibilización institucionalizada. Este trabajo no es remunerado. “Debido al hecho de que el espacio social está inscripto a la vez en las estructuras espaciales y las estructuras mentales, que son en parte el producto de la incorporación de las primeras, el espacio es uno de los lugares donde se afirma y ejerce el poder, y sin duda en la forma más sutil, la de la violencia simbólica como violencia inadvertida.”(Bourdieu, 1999b, p. 122). Teniendo en cuenta esta clásica división espacial y de roles de género, división que ha sido exacerbada por el neoliberalismo (Puig-Barrachina et al., 2016; Rubery, 2015), actualmente podría estarse llevando a cabo una transformación debido a: los cambios en los patrones de empleo, la naturaleza de los trabajos y las ocupaciones, y las políticas sociales o programas de fomento en el marco de un Estado del Bienestar (McDowell, 2004). No obstante, aún cuando estemos viviendo una transformación social, su repercusión tardará años o décadas en materializarse.

2.2 Empleo, desigualdad y salud

En la presente investigación se considera sólo un fragmento del trabajo, la porción que está siendo desempeñada en el espacio público y que se ha denominado como trabajo productivo: el trabajo remunerado. Aún cuando la división realizada para los objetivos de esta investigación es arbitraria y antojadiza, el trabajo reproductivo o trabajo no remunerado sigue teniendo una estrecha relación con el

trabajo productivo: de hecho en la práctica esta separación carece de sentido. No obstante, en el Marco Conceptual de las Desigualdades en Salud (Figura 1) usado como referencia para situar el problema analizado en esta investigación, la esfera de trabajo reproductivo/ no remunerado permanece oculta. A través de distintas estrategias se intentará subsanar esta falencia. Producto de la división sexual del trabajo, que envuelve procesos sumamente complejos donde se reproducen estructuras socioeconómicas, políticas y culturales (Bourdieu, 2000; Pérez Orozco, 2014) han sido principalmente las mujeres quienes históricamente han desempeñado los trabajos de crianza, reproducción y cuidados. Por ello, no es posible analizar los procesos del trabajo sin tener en cuenta los roles de género.

Ahora bien, considerando el trabajo productivo y la fase actual del capitalismo, este tipo de trabajo es visto como una de las principales vías de inclusión social, donde uno de los determinantes es la calidad del trabajo o la precariedad laboral. Así, dependiendo del nivel que tenga el trabajo desempeñado, el grado de inclusión alcanzado será más o menos satisfactorio (Infante & Sunkel, 2009). Aún cuando este hecho resulta importante, existen otros elementos que condicionan la entrada al mercado laboral. Entonces, Si bien el trabajo ha sido entendido como un medio de inclusión social, existen desigualdades estructurales que matizarán de manera violenta este modo de entender el trabajo.

a) El empleo como determinante de las desigualdades sociales

Si bien el trabajo resulta ser un factor clave en el desarrollo de las personas y su calidad de vida, para Bourdieu el sistema de educación formal es un fuerte determinante que perpetúa las desigualdades sociales y potencia o inhibe el desarrollo de capitales simbólicos (Bourdieu, 1981). Para este autor, la experiencia escolar es la que repercute: en el modo en que se accede al mercado laboral, en las oportunidades que se puedan generar de manera previa, y en las oportunidades generadas a partir de ese acceso. Aún así, se plantea que “no hay experiencia de la posición ocupada en el macrocosmos social que no esté determinada o, al menos no sea modificada, por el efecto directamente experimentado de las interacciones sociales dentro de esos microcosmos sociales: oficina, taller, pequeña empresa, vecindario y también familia extensa” (Bourdieu, 1999b, p. 10).

No es de extrañar que el trabajo sea un campo de estudio para la salud pública, puesto que es un elemento que tiene gran influencia en la salud de la población y en las desigualdades en salud (Benach, Solar, et al., 2010). Ya en 1845 la investigación de Federico Engels vinculó las condiciones en que se desempeñaba la clase trabajadora en relación con la ocupación, con su salud y esperanza de vida. La clase social trabajadora-obrera presenta una peor salud y una menor calidad de vida que el resto de la población. Esta estrecha relación entre clase social y salud queda en evidencia al analizar la malas

condiciones laborales que tiene la clase obrera, junto con la nociva situación de habitabilidad e higiene, lo que empeora sus condiciones y por tanto genera una baja esperanza de vida (Engels, 1892[1845]).

Así, es crucial considerar la esfera productiva y el proceso de trabajo, que repercutirá en los cuerpos de las personas dejando su huella material, física y simbólica. Si bien el proceso de trabajo trasciende en la historia y por tanto puede ser entendido como “tranhistórico” la manera en que se concreta asume particularidades históricas (Laurell, 1993). Siguiendo a Laurell, si se considera la fase actual del capitalismo, existen distintas formas de “desgaste” de la población trabajadora relacionadas con la extracción de plusvalía absoluta y relativa. Mientras la primera está asociada con un esfuerzo físico duro y con un descanso insuficiente (propio de los oficios manuales), la segunda se vincula con la intensificación del trabajo (propia de los oficios relacionados con el sector servicios o comercio). “La extracción de plusvalía relativa, entonces, es la forma predominante bajo el capitalismo” (Laurell, 1978, p. 64).

En el marco de la globalización se han producido un sinnúmero de transformaciones sociales y cambios en el proceso de trabajo, lo que ha repercutido de manera diferente en las distintas sociedades con mayor o menor industrialización. En general, la globalización se ha asociado con un deterioro en las condiciones de trabajo que ha provocado daños a la salud de la población (Lund & Marriott, 2011).

Para entender el proceso de trabajo, resulta necesario desglosar los elementos que lo componen. Las relaciones de empleo, las condiciones de trabajo y las condiciones de empleo son diferentes, aún cuando están fuertemente relacionadas por distintos nexos. Las relaciones de empleo se establecen entre empleadores(as) y empleados(as), a quienes se contrata a cambio de un trabajo determinado y por el que reciben un pago. En este tipo de relaciones entran en juego mecanismos de poder, por lo tanto están sujetas a normativas legales y de política pública que condicionarán la relación. El modo en que se plasman las relaciones de empleo dependerá del grado de regulación que exista, lo que cambia dependiendo entre otras cosas de la historia político-social y condición económica del país.

Las relaciones de poder envueltas en el mercado de trabajo (reflejadas en la capacidad de negociación de los sindicatos, grupos corporativos, organizaciones no gubernamentales, entre otras) tienen una enorme influencia en cómo se traducirá la naturaleza del empleo en ese contexto particular (Muntaner, Chung, et al., 2010). Por este motivo, las relaciones de poder son un aspecto estructural al analizar el mercado laboral y su impacto en la salud. Mientras mayor sea la inclusión de políticas sociales en el mercado laboral en el marco de un Estado de Bienestar, menor será la neoliberalización del mercado laboral y mayor será el beneficio que reciba la población trabajadora. Por tanto, al haber un escaso o nulo desarrollo del Estado de Bienestar, las desigualdades se manifiestan más intensamente (Muntaner, Solar, et al., 2010).

Siguiendo con la diferenciación en el proceso de trabajo, las condiciones de trabajo están relacionadas con los aspectos físicos y psicosociales propios de los oficios desempeñados. Por condiciones de empleo se entiende la organización que sustenta un puesto de trabajo determinado, es decir, si dispone o no de contrato, los beneficios asociados o las expectativas entre la población trabajadora y quienes emplean (Muntaner, Chung, et al., 2010).

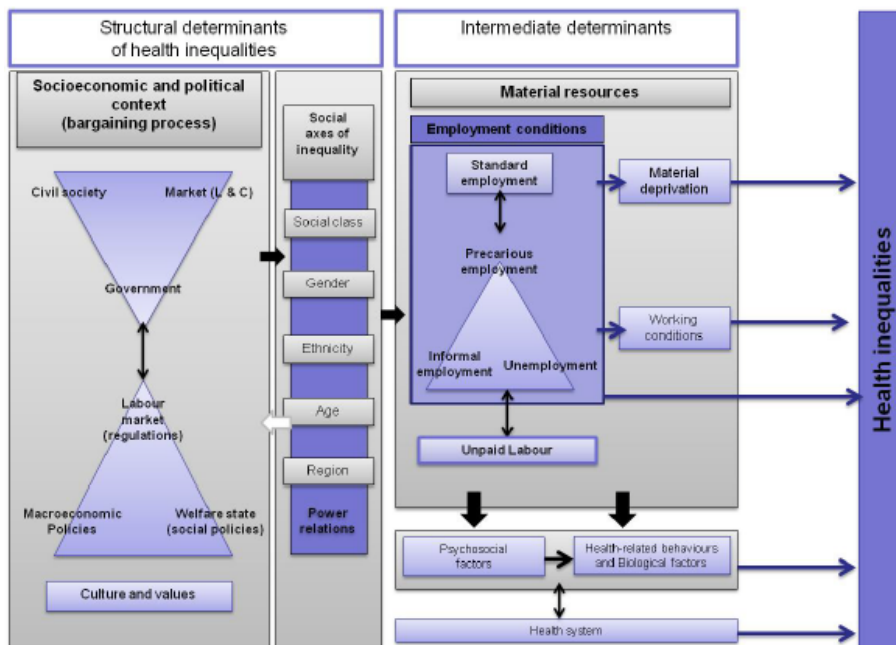
Para la construcción del informe final de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, la red encargada de estudiar las condiciones de empleo y trabajo, Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET) distinguió seis condiciones de empleo: empleo estable a tiempo completo y con protección social, desempleo, empleo informal, empleo precario, trabajo infantil y, por último, la esclavitud y situaciones de servidumbre (Benach, Solar, et al., 2010; Benach, Muntaner, & Santana, 2007).

Poner el acento en las condiciones de empleo y la repercusión que tiene este ámbito en la vida de las personas, es clave para entender el funcionamiento de diversos fenómenos contextuales que inciden en las desigualdades en salud. Mientras que las condiciones de trabajo han sido ampliamente estudiadas para explicar la relación con las desigualdades sociales en salud, el impacto de las condiciones de empleo ha sido escasamente abordado (Muntaner, Chung, et al., 2010). No obstante, en los últimos años ha habido un creciente interés por mostrar los efectos en salud que se generan en

función de condiciones de empleo deficientes, pero se han hecho pocos esfuerzos para explicar cómo operan las diferencias que conducen a desigualdades, y que repercuten en la salud (Benach, Muntaner, et al., 2010; Benach, Vives, Tarafa, Delclos, & Muntaner, 2016).

Para poder tener mayor claridad acerca de cómo actúan los diversos mecanismos que están afectando a las desigualdades en salud en función de las condiciones de empleo, se presenta el siguiente diagrama conceptual que ayuda a visibilizar los elementos estructurales (los procesos sociales como los patrones culturales, las políticas macroeconómicas y las políticas públicas), los ejes de desigualdad y los elementos intermedios relacionados con los recursos materiales, estrechamente vinculados con las condiciones de empleo.

Figura 2. Diagrama conceptual: empleo y desigualdades sociales



(Puig-Barrachina, 2013)

El diagrama presentado resulta útil pues permite operativizar los distintos aspectos que están repercutiendo en las desigualdades en salud desde un punto de vista del análisis del mercado laboral. Así, queda en evidencia que el impacto en las desigualdades está mediado por políticas. Como las relaciones de empleo son relaciones de poder, y éstas sirven para configurar las condiciones de empleo, la implementación de políticas (neoliberales o sociales) resulta crucial para paliar o exacerbar las desigualdades sociales en salud (Muntaner et al., 2011).

b) Distintas realidades del empleo

La evolución del empleo es diferente dependiendo de la región desde donde se analiza: por ejemplo, en los países de Europa Occidental luego de la “edad de oro del capitalismo” (Esping-Andersen, 1990) que llevó a la tradición “fordista” (Boyer & Saillard, 1996), producto de sólidos Estados de Bienestar, el empleo se ha ido precarizando porque también se ha ido debilitando el Estado de Bienestar (Vanessa Puig-Barrachina, 2013), aunque este sistema de relación de empleo estaba basado en una división sexual del trabajo productivo y reproductivo (Vosko, 2010).

En América Latina los empleos fordistas no han sido una realidad generalizada, principalmente porque la estructura productiva es distinta debido a desigualdades geoterritoriales, que a su vez ha redundado en la ausencia de una estructura laboral consolidada. Estos antecedentes se relacionan con desigualdades geopolíticas (Portes & Roberts, 2005). Entonces, la historia y tradición del empleo en América latina ha sido distinta, de acuerdo a su contexto político e histórico. Aún cuando existe mucha diversidad en la región, todos los países han seguido el mismo modelo de crecimiento económico (Chonchol, 1979). Resulta clave asumir que las políticas sobre crecimiento económico inciden en el desarrollo del empleo (French-Davis, 2003). Así, las características de la economía productiva son un factor determinante en la composición del mercado laboral, reproduciendo e incrementando la desigualdad existente (Infante & Sunkel, 2009).

Un antecedente histórico crucial al analizar el empleo en esta región es la Teoría de la Dependencia, expuesta por Cardoso y Faletto (1969). La dependencia implica una forma de dominación, esto supone en los casos extremos que las decisiones de producción o consumo se toman en función de la dinámica e intereses de las economías más industrializadas. En la región Latinoamericana se dio paso al sistema capitalista industrial en la periferia del mercado mundial pero al mismo tiempo formando parte de él.³

La división internacional del trabajo (enfoque desarrollista) condicionó la industrialización de los países de renta media y baja y con eso el mercado de trabajo y la evolución del empleo. La

³ Aunque no puede explicarse la industrialización de Latinoamérica como consecuencia de la expansión industrial del centro, no puede dejar de considerarse que en el proceso de industrialización de la región, ha habido participación directa de empresas provenientes de los países más industrializados. Por su parte, el crecimiento urbano-industrial supuso la incorporación de las masas populares, lo que acarrió mayor presión de parte de ellas, tensionando el ambiente social. En la relación de dependencia existen “vínculos estructurales que limitan las posibilidades de acción, a partir de la propia base material de producción disponible en un país y del grado de desarrollo de las fuerzas productivas, para no mencionar el modo en que se combinan éstas con las relaciones políticas y jurídicas, en el interior y con las naciones hegemónicas (...) La especificidad de la situación actual de dependencia está en que los “intereses externos” radican cada vez más en el sector de producción para el mercado interno (sin anular, desde luego, las formas anteriores de dominación) y, consiguientemente, se cimentan en alianzas políticas que encuentran apoyo en las poblaciones urbanas” (Cardoso y Faletto 1969, 163-64).

división internacional del trabajo no sólo implicaba una serie de desigualdades para la población trabajadora en contraposición con los beneficios generados por el capital, sino que también determinaba las desigualdades geopolíticas entre los países más industrializados (el centro) y los países con menor o incipiente industrialización (la periferia), quienes se especializaron en suministrar materia prima (Fröbel et al., 1981).

Esta realidad fue paliada en parte por el modelo de industrialización por sustitución de importaciones (Di Filippo, 1998) que impulsó la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La política estaba orientada a fomentar el desarrollo de las industrias locales promoviendo la fabricación de productos que habitualmente eran importados, a propósito del desabastecimiento vivido en la región producto de las Guerras Mundiales y de la crisis que sufrió Estados Unidos.

Con la nueva división internacional del trabajo siguen habiendo problemas, o más bien se mantiene una estructura, un orden mundial que profundiza las desigualdades geopolíticas, entre otras injusticias sociales. La clásica división internacional del trabajo está puesta en cuestión porque los países de renta media y baja se han vuelto en sedes de industrias que tienen una producción competitiva en un mercado a nivel mundial. No obstante, esta deslocalización está impulsada por una búsqueda de mano de obra menos costosa (Bourdieu, 2003), lo que va en detrimento de la población

trabajadora.⁴ La idea de lo que ha sido denominado como un “ejército industrial de reserva” surge a partir de esta deslocalización de la producción. La reorganización productiva va de la mano con movimientos migratorios que incrementan las desigualdades. (Fröbel et al., 1981).

Un elemento importante a considerar en las relaciones de producción es el urbanismo (Harvey, 2009). La realidad latinoamericana de expansión de las ciudades en conjunto con la implementación de políticas neoliberales generó una dinámica muy particular en los mercados laborales. Los centros tradicionales urbanos dieron paso a centros secundarios o a áreas metropolitanas extendidas, lo que tuvo repercusiones en los polos industriales. En algunos países esta tendencia significó un aumento del desempleo, en otros países aumentó el empleo informal, y en otros países se dieron los dos casos a la vez (Portes & Roberts, 2005).

⁴ A partir de la deslocalización de la producción surgen las zonas francas, verdaderas “fábricas para el mercado mundial” que organizan la producción a nivel transnacional. Existe una dependencia estructural y desigualdad de la industria orientada al mercado mundial en los países con industrialización emergente. Un ejemplo de ello es que no se deja capacidad instalada, sino que cualquier desarrollo tecnológico y comercial es gestionado y comandado desde las empresas transnacionales y sólo para los fines que ellas quieran. Es decir, se limitan a su producción, reproduciendo la dependencia y la desigualdad. Al mismo tiempo, se imprimen nocivas condiciones para la población trabajadora que redundan en una sobre explotación con consecuencias perjudiciales para la salud.

Con la financiarización se ha agudizado aún más las desigualdades, puesto que es un campo donde se ha desregulado sistemáticamente, con el objetivo de favorecer la acumulación⁵ en manos de unos pocos (Bourdieu, 2003). Entonces surge lo que ha sido denominado por David Harvey (1991) como acumulación flexible, un modo de acumulación distinto, donde la financiarización, la flexibilidad del proceso de trabajo y el auge de un mercado de consumo pasan a ser protagonistas (Narbona & Páez, 2014).

Es necesario remarcar las fuertes desigualdades que ha generado el desarrollo del empleo en los países de la región latinoamericana. Se mantiene una brecha entre los trabajos que requieren un alto nivel de calificación, y por tanto se encuentran bien pagados, con los trabajos mal pagados, que recaen en el gran porcentaje de población trabajadora con un bajo nivel de educación (Di Filippo, 1998). Dentro de esta porción de trabajadores(as), un número no despreciable de personas no encuentra cabida en el mercado de trabajo establecido (formal), y por tanto se emplea informalmente (Graham, 2004).

⁵ “Las relaciones de fuerza de las que estas políticas constituyen una expresión apenas eufemizada, y que tienden cada vez más a reducir a las naciones más desvalidas a una economía basada casi exclusivamente en la explotación extensiva o intensiva de sus recursos naturales, se manifiestan también en la disimetría del trato otorgado por las instituciones mundiales a las diferentes naciones, según la posición que éstas ocupan en la estructura de la distribución del capital” (Pierre Bourdieu 2003, 281).

El análisis también debe incorporar la repercusión que tiene el conjunto de factores que alteran las dinámicas de empleo en la población trabajadora, por medio de las relaciones de empleo, y el modo en que se articulan los mecanismos sociales de desigualdad para mantener la segregación e injusticia social.

c) Características de los empleos actuales

Como ya se ha mencionado, actualmente existe un proceso de transformación con nuevos escenarios de empleabilidad que han desembocado en diferentes formas de trabajo. A partir de distintos procesos laborales que tienen un origen histórico-político, como la deslocalización territorial de las empresas, la externalización de funciones, la introducción de políticas desreguladoras (como la instauración del contrato temporal como tipo de empleo permanente), el debilitamiento de los sindicatos (entre otros) se ha producido una flexibilización de la gestión de la fuerza de trabajo, generando nuevas formas de empleo (Prieto & Miguélez, 2009). Estos procesos laborales se cristalizan en elementos que impactan en la población trabajadora de distintas maneras, como por ejemplo la externalización asociada a la transferencia de riesgos hacia los(as) trabajadores(as). Estos elementos negativos generan empleos de peor calidad y compartimentan los lugares de trabajo, fomentando una concentración desigual de poder entre empleadores(as) y trabajadores(as) (Sennett, 2006; Soto, 2008a), y produciendo diferencias entre la propia población trabajadora.

Este contexto generaría un mercado de trabajo cada vez más polarizado o segmentado, es decir, un mercado laboral desigual (Grimshaw et al., 2017). De acuerdo al enfoque teórico de segmentación del mercado de trabajo, por una parte, existe un conjunto de nuevos puestos de trabajo que requieren habilidades específicas, y por lo tanto sólo perfiles bien acotados de trabajadores(as) pueden acceder a ellos. Por otra parte, la mayoría de la población trabajadora queda a merced de contratos de baja calidad en trabajos de bajo nivel de especialización, donde los trabajadores son fácilmente sustituidos por otras personas poco cualificadas y con bajos salarios (Simonazzi, 2001).

La flexibilización de la gestión de la fuerza de trabajo fomenta una constante competencia por más horas laborales entre la población trabajadora con menor cualificación, surge la necesidad de trabajar más horas y por lo tanto de intensificar el trabajo, porque los salarios son bajos. Este hecho fomenta una competitividad porque como la oferta laboral es de baja calidad, se debe competir con el resto para asegurarse el aumento requerido en la carga laboral (UK Commission for Employment and skills, 2014), intensificando la individualización. Si la población trabajadora pierde fuerza negociadora producto de su fragmentación e individualización, el empresariado y los organismos empleadores son quienes pueden imponer sus condiciones (Grimshaw & Rubery, 2005).

Desde el punto de vista de los(as) empleadores(as), hay una necesidad de aumentar la competitividad sustentado en un aumento

de la productividad. Con la existencia de un mercado de trabajo polarizado, se produce también una polarización de los salarios en la medida en que los(as) trabajadores(as) adquieren mayor eficiencia. La mano de obra calificada es la que ostenta la mayor carga de eficiencia desde el punto de vista de los(as) empleadores(as), y por lo tanto se percibe generando mayor productividad (Simonazzi, 2001). La lucha por la eficiencia, y por lo tanto por la productividad, surge como un aspecto clave para obtener mejores salarios. Sin embargo, como el mercado laboral es desigual o segmentado, desde el punto de vista de la población trabajadora el aumento de la productividad implica una intensificación del trabajo. Desde el punto de vista de los(as) empleadores(as) el aumento de la productividad muchas veces se vive a costa de la reducción de costes, lo que necesariamente daña los(as) trabajadores(as) dependientes en su condición salarial.

El fenómeno antes descrito ocurre debido a la ausencia de una organización del trabajo armónica con los(as) trabajadores(as). Una organización armónica según Dejours (2016) se debiera dar dentro de un colectivo que implica tener relaciones de confianza, de cooperación y colaboración. Las relaciones de estas características permiten ir construyendo acuerdos en torno a la reestructuración de la manera en que se organiza el trabajo que den respuesta a los cambios inducidos por estas nuevas formas de trabajo. Si el sistema laboral adolece de relaciones de confianza, cooperación y colaboración, serán los(as) trabajadores(as) quienes verán mermada su experiencia con el desarrollo del trabajo. Y eso es justamente lo

que ocurre en la actualidad, sobre todo en los países donde las políticas neoliberales se encuentran instaladas (Dejours, 2016). Ante la dispersión de la población trabajadora, la opción de generar sindicatos sólidos y amplios que puedan articular estas relaciones de colaboración para paliar la concentración desigual de poder se aleja cada vez más.

Otro fenómeno que está permeando cada vez más los mercados laborales es la tercerización, es decir la subcontratación de distintos procesos de trabajo que llevan a la fragmentación del mismo (Batt & Appelbaum, 2017). Se quisiera precisar una aclaración respecto a la tercerización, que se entiende desde dos situaciones diferentes. Por un lado, desde el punto de vista del traspaso de ciertas responsabilidades a una entidad distinta para que desarrolle esa función. Por otro lado, desde las personas que son contratadas con la figura de proveer un servicio, aunque ese servicio esté relacionado con un puesto de trabajo que es parte estructural del organismo que les emplea. En este caso nos referimos a la figura ampliamente extendida (aunque en algunos contextos más que en otros) de los contratos por prestación de servicios.

Desde hace algunos años que ha irrumpido fuertemente en el mundo laboral el desarrollo de las nuevas tecnologías que acompañan esta nueva organización del trabajo, permitiendo y fomentando nuevas formas de gestión. Para Bourdieu (1999a) en trabajadores(as) dependientes están las técnicas de “sujeción racional”, es decir, la responsabilización individual de los éxitos de productividad de la

empresa. Y es que esta superimplicación con el trabajo se mueve a través del uso de las nuevas tecnologías, que promueven estar en permanente conexión. Este hecho se produce a costa de una jornada laboral establecida y respetada. La jornada laboral extendida y la sensación de estar en permanente conexión se relacionan con la ausencia de los horarios de término y con la eliminación de una frontera espacial entre el trabajo y todo lo demás que compone la vida de una persona.

Así, junto con la proliferación de los diferentes modos de organizar el empleo y el trabajo, han surgido los escenarios laborales descritos anteriormente, que se pueden resumir en: un aumento de la competitividad; un aumento de la productividad con menores gastos, es decir, intensificación del trabajo; la tercerización; la precarización de las condiciones laborales; la permanente conexión con el trabajo, lo que supone la ausencia de horarios de término, es decir, una jornada extendida vinculada al desarrollo de trabajo en el domicilio; la pérdida de autonomía; la sobrecarga de tareas, entre otros elementos que van configurando estos nuevos escenarios laborales (Barreto & Heloani, 2015).

Para Dejours (1992), un modo de hacer frente a los nuevos escenarios laborales es a través de la creación de sistemas defensivos que debieran estar dados por acciones colectivas, pero sólo será posible generar una defensa colectiva si se incluye la participación de toda la población trabajadora. Un buen sistema defensivo no sólo aminora el sufrimiento experimentado por los(as)

trabajadores(as), sino que también sirve para estimular la producción. Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, las políticas neoliberales orientadas al mercado laboral promueven un aumento de los mecanismos de individualización y una fragmentación de las relaciones y de los lazos de solidaridad, atomizando la experiencia para la población trabajadora.

Un aspecto clave en la ausencia de sistemas defensivos que puedan contener el embate de las nuevas formas de empleo y trabajo es el discurso empresarial imperante. El nuevo discurso empresarial de asimilar e interiorizar los fines de la empresa como si fueran los fines de los(as) trabajadores(as), introduciendo la noción de una lealtad incondicional hacia la empresa, genera una nueva red de precarización y de subjetividades precarizadas por la incorporación del discurso alienante como parte del orden interno de la población trabajadora, es decir, como parte de su estructura mental (Barreto & Heloani, 2015).

Cuando se transfiere la manera en que se gestionan los riesgos a los(as) trabajadores(as) se asume como propia y permanente la incertidumbre, porque supone una exposición al peligro, ante la imprevisibilidad, ante la contingencia. Es una incertidumbre permanente frente al modo de vida, que ha sido problematizada por Lorey (2015) a partir del concepto de la Precarización. “El precariado”, definido por Standing (2014) se ha tenido que adecuar a una vida de inestabilidad permanente, y no sólo haciendo referencia a trabajos temporales, sino en todo orden de cosas y

situaciones. Al mismo tiempo, sistemáticamente ronda la sensación de fracaso al no ser capaz de generar estabilidad a partir del trabajo (Soto, Espinoza, & Gómez, 2008).

Las nuevas formas de empleo que se desprenden de los escenarios laborales actuales impactan también en las competencias que debe tener y desarrollar la población trabajadora, aunque tenga muy baja cualificación y su empleo sea de baja calidad. Se espera que los(as) trabajadores(as) sean gestores, y por tanto responsables, del producto, más allá de las condiciones básicas que se desprenden de su fuerza de trabajo. Por las nuevas características dadas por el discurso empresarial imperante, la transferencia del riesgo y la falta de estabilidad, la población trabajadora se ve en la necesidad de diferenciarse del resto teniendo mayores atributos: por ejemplo la capacidad de gestión, o conceptos transversales como saber comunicar o resolver conflictos son imposiciones que hoy se le pide a quien esté buscando cualquier trabajo, independiente de las características que tenga la función a desempeñar. “Hacerse empleable” depende de cada persona, y es responsabilidad suya tener la capacidad (física, psicológica, monetaria) para desarrollar esas competencias que se le requieren. Entonces los problemas de funcionamiento que tiene el mercado laboral en cuanto a ser capaz de demandar el trabajo necesario para cubrir con la oferta existente ya no es responsabilidad de un nivel macro, del mercado o de las políticas, sino que pasa a ser responsabilidad individual (Santamaría, 2012). Y la desigualdad se hace carne cuando se evidencia que para revertir la desigualdad existente en el mercado

laboral, la responsabilidad recae de manera individual en la población trabajadora, es decir, en el “agenciamiento” que tengan los propios sujetos para conseguir empleos que les permitan mejorar su calidad de vida. No obstante, estas situaciones representan potenciales peligros para la salud de la población (Benach, Pericàs, & Herrera, 2017).

Estos nuevos escenarios plantean la necesidad de analizar críticamente la manera en que se ha dado cuenta de la población trabajadora hasta hoy, de modo de asegurar que estén representadas las nuevas formas de empleo. Esto permitirá una mejor comprensión de la manera en que estas distintas formas pueden impactar la calidad de vida de la población trabajadora, y por tanto el impacto que el trabajo puede tener sobre la salud de la población.

Desde hace décadas la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha realizado esfuerzos para clasificar los distintos grupos de trabajadores(as) con el objeto de mapear las modalidades de empleo existentes. En su última clasificación, este organismo planteó una renovación en sus categorías de análisis (ILO, 2012) para incluir aquellos aspectos que no estaban contenidos con anterioridad. No obstante, existen situaciones que no están recogidas en las categorías propuestas por la OIT, y por lo tanto su clasificación resulta insuficiente para los fines de la presente investigación. Surge entonces la necesidad de cuestionar las clasificaciones existentes y de dar cuenta de la heterogeneidad presente en el mercado laboral actual.

d) Relaciones de género y empleo

“La fuerza del orden masculino se descubre en el hecho de que prescinde de cualquier justificación: la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla. El orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya: es la división sexual del trabajo, distribución muy estricta de las actividades asignadas a cada uno de los dos sexos, de su espacio, su momento, sus instrumentos (...) es la estructura del tiempo, jornada, año agrario, o ciclo de vida” (Bourdieu, 2000, p. 22).

Sin embargo, ¿cómo podría producirse el trabajo productivo sin la eterna compañía y complicidad del trabajo reproductivo? Como ha sido establecido con anterioridad, estas dos partes fundamentales de la vida en sociedad han sido disociadas, compartimentando el análisis del proceso de trabajo. Las relaciones de género son indivisibles a la relación estrecha que existe entre trabajo remunerado y no remunerado, entre la producción y la reproducción.

Vosko (2010) plantea que la historia de lo que denomina como contrato de género está vinculada al desarrollo de una población trabajadora con perfil SER (*Standard Employment Relationship*), que tuvo una falsa connotación universalizable. De la mano de la figura del hombre proveedor y de la mujer cuidadora, se

institucionalizó una forma de estructurar la sociedad, y con ella los espacios y roles de género. Esta institucionalización de la división sexual del trabajo se materializó a través de instituciones como la familia, la escuela, el Estado (Bourdieu, 2000). No obstante, el trabajo productivo femenino ha sido una constante a lo largo de la historia, a pesar de su invisibilización.

Junto con la irrupción en masa de las mujeres en el espacio público, se han incorporando los patrones de género hegemónicamente masculinos en el mercado laboral. Los roles y estereotipos de género existentes en la división sexual del trabajo se han trasladado del espacio privado al espacio público. Como consecuencia, se ha institucionalizado un mercado laboral segregado por género, con una segregación horizontal –es decir, la distribución segregada de mujeres y hombres en determinados puestos de trabajo- y otra vertical –en relación con la distribución de hombres y mujeres en una misma ocupación, siendo el sexo masculino quien ostenta los cargos más altos-, donde el “techo de cristal” dificulta permanentemente las proyecciones laborales femeninas (Anker, 1998).

La segregación sexual del mercado laboral es un círculo vicioso, hay puestos de trabajo feminizados y otros masculinizados por un conjunto de factores culturales e históricos como los patrones de género imperantes en la división sexual del trabajo. Existe un estereotipo altamente arraigado en relación con los trabajos que deben ser realizados por las mujeres o los que deben ser realizados

por hombres, para mantener el modelo de jefatura de hogar masculina y la segregación espacial. Un ejemplo de ello es el trabajo textil o de la confección, que es asumido como una prolongación del trabajo reproductivo, y como tal endosado a las mujeres (Jódar, 1996). Los trabajos más valorados y con mayor remuneración suelen estar ocupados por hombres, ya sea porque los empleadores buscan los perfiles masculinos o porque los hombres “prefieren”⁶ estudiar profesiones que desemboquen en esos oficios (Anker, 1998; Anker & Melkas, 2003). Ese segmento del mercado laboral estaría vedado para las mujeres, quienes gravitan por otro tipo de oficios que son menos valorados y por tanto menos remunerados (Benería, 2001). Muchos de estos puestos de trabajo son extensiones del tipo de trabajo realizado en el espacio privado (trabajo no reproductivo) como los oficios relacionados con la crianza, los cuidados o la limpieza.

Debido a que las mujeres trabajan sobre todo en los empleos que les otorgan menos estatus, tienen una menor valoración social. En los empleos que carecen de regulación laboral y de protección las mujeres se encuentran sobre representadas (Chen, 2012; Chen, Vanek, & Heintz, 2006). Así, para los empleos desprotegidos e informales es posible hablar de empleos feminizados. Aún cuando estos empleos significan una oportunidad para entrar en el mercado

⁶ Preferencia que está marcada por lo que Bourdieu (1999b) denomina como “el orden de las cosas”. Entonces, esta supuesta preferencia se encuentra mediatizada por los patrones hegemónicos de género.

laboral, estas trabajadoras enfrentarán riesgos futuros de pobreza y exclusión social por la falta de protección (Rubery, 2011).

e) Empleo y salud

Se habla que las nuevas formas de organización del trabajo generan flexibilidad en la gestión del trabajo (Alves, 2010), sin embargo para la población trabajadora resultan ser extremadamente rígidas o demandantes, no necesariamente en términos de horario (como lo que supone una jornada laboral) sino en términos de disponibilidad, de lo que significa estar en permanente disponibilidad (Dejours, 1992). Ahí está la clave del padecimiento que vive la población trabajadora, la poca (o nula) capacidad de subvertir la rigidez que presenta actualmente la organización del trabajo. Otro elemento clave producto de la implantación de políticas neoliberales, y a la vez estrechamente relacionado con el anterior, es la de-subjetivación. Para Alves (2010) junto con el aislamiento y el desamparo vivido por la población trabajadora, existe un fuerte componente de de-subjetivación de clase. Este hecho implica la disolución de colectivos históricamente constituidos y la degradación política en relación con la predominancia de intereses y valores individualistas por sobre una constitución colectiva de clase que se piensa para sí. La de-subjetivación es el resultado de la ausencia de la conformación de un colectivo laboral. Hay una intensificación de la manipulación del capital hacia la subjetividad de la población trabajadora. Como se amenaza las individualidades de clase y se profundiza la noción de la población trabajadora como

fuerza de trabajo reducida a una mercancía, se reafirma la explotación. Esta reafirmación pasa necesariamente por alterar el orden interno de las personas, es decir, por la constitución de su subjetividad en tanto trabajadores(as). Y este proceso interno de adecuación mental estaría produciendo una nueva forma de alienación.

Desde un punto de vista de salud pública estas nuevas formas de empleo impactan nocivamente en la población trabajadora por al menos dos vertientes. Por un lado, al hacerla responsable de procesos que deberían ser asumidos por los(as) empleadores(as), se generan problemas de salud mental (Soto, 2008b). Al transferir los riesgos a los(as) trabajadores(as) se les expone a una situación de angustia y tensión permanente. Por otro lado, al atomizar a la población trabajadora se promueven prácticas individualistas que dañan la noción de un colectivo, y de los(as) trabajadores(as) como sujetos sociales.

De acuerdo al nuevo marco desarrollado por las empresas y por las dinámicas actuales del mercado laboral, existen nuevas formas de acción y representación de la población trabajadora (Soto, 2008a). Este nuevo marco impulsó un escenario que promueve la individualización de las responsabilidades. Como se describió en el punto anterior (“La problemática de los empleos actuales”), la transferencia del riesgo a la población trabajadora ha generado una percepción generalizada de tener que funcionar de manera atomizada, con un fuerte componente nocivo de competitividad

hacia el resto. Es decir, el único modo de mejorar la calidad de vida es por medio de las destrezas y habilidades adquiridas de manera individual, sin reconocer que muchos de los factores que podrían revertir la situación actual tendrían relación con la acción colectiva y la implantación de políticas sociales.

Ahora bien, cuando la organización del trabajo afecta el bienestar psicológico de las personas de manera negativa, pero no al nivel de una enfermedad mental, se habla de sufrimiento. El sufrimiento en el trabajo hace referencia a un estado de equilibrio inestable vinculado a las transformaciones en la organización del trabajo (Dejours, 1992). El sufrimiento sería inherente al trabajo (Dejours, 2016) y sólo quienes tienen mayores recursos (socioeconómicos, educativos, entre otros), pueden acceder a desarrollar un trabajo que, por el contrario, les genere bienestar. Es decir, sólo para un porcentaje minoritario de la población el trabajo se vuelve un modo de realización personal.

Otro aspecto que resulta ser extremadamente importante para que el trabajo cumpla su rol de inclusión social es el reconocimiento. El trabajo como construcción identitaria repercute positiva o negativamente en la salud mental a través del reconocimiento. Si no hay reconocimiento laboral, se genera un impacto negativo en la salud (Dejours, 2016). Así, tanto la realización personal, que corresponde al orden interno, como el reconocimiento, que es una figura del orden externo, son fundamentales para alcanzar un bienestar asociado al trabajo desarrollado. El sufrimiento comienza

cuando el nivel de calificación existente entre los(as) trabajadores(as) no se condice con las aspiraciones que se tienen para alcanzar determinado puesto de trabajo. La clave de la problemática se reduce a tener éxito o fracasar (Dejours, 1992).

Para este autor el sufrimiento está determinado por el impacto físico y mental del trabajo sobre el cuerpo. Es el desgaste corporal, sumado a la saturación mental cuando se experimenta intensidad en el trabajo. Pero al mismo tiempo es la exacerbación de la soledad y el desamparo, producto de la destrucción del colectivo y por tanto es la consecuencia de la ausencia de contar con una red de soporte. Se traicionan los valores y los principios, al mismo tiempo que se traiciona a los(as) compañeros(as), la población trabajadora se traiciona a si misma. Ante tamañas contradicciones, el sufrimiento se instala en el cuerpo y se asocia de manera indisoluble al trabajo (Dejours, 2016). Aún cuando el impacto físico del trabajo está asociado con procesos mecánicos, el sufrimiento mental puede provocar impacto físico sobre el cuerpo (Dejours, 1992). No obstante, la sensación de sufrimiento no necesariamente se traduce en un discurso articulado por el(la) trabajador(a), es una sensación de malestar que no se sabe bien qué es.

Las nuevas condiciones laborales producto de las distintas modalidades de empleo surgidas en las últimas décadas impactan en la salud mental de la población al generar una falta de seguridad laboral. Junto con la percepción de que existe un nivel alto de selectividad y competitividad, los(as) trabajadores(as) sienten la

marginación y el aislamiento como un fantasma permanente. Hay también una pérdida de valoración o reconocimiento. Todas estas situaciones promueven una sensación de incertidumbre, angustia y estados depresivos (Sanfuentes, 2008). Existen además otros problemas de salud, por ejemplo las patologías de sobrecarga que están asociadas a la intensificación del trabajo. Hay otro grupo de patologías relacionadas con el acoso, aunque el acoso no es un fenómeno nuevo en el mundo del trabajo, lo nuevo es que los(as) trabajadores(as) están cada vez más solos(as) frente a experiencias de acoso, porque se destruyó el colectivo y la solidaridad, y lo que queda es la soledad y el desamparo frente a prácticas de abuso y acoso (Dejours, 2016).

2.3 Enfoques para analizar el empleo informal

La informalidad es y ha sido un problema donde los rostros femeninos abundan. Para dar cuenta del entramado complejo que se ha tejido en torno al empleo informal como concepto, surge la necesidad de aclarar las distintas visiones que sobre él se han elaborado.

a) El empleo informal como concepto

La informalidad como proceso económico fue descrita por primera vez por el antropólogo Keith Hart (1973), quien, a partir de un estudio realizado en Ghana desarrolló una tipología en función de la

condición de formalidad o informalidad y las oportunidades de ingresos. El autor establece que existen muchas maneras y grados para participar de actividades informales. Sólo en los casos de personas que se dedican regularmente a este tipo de actividades, se puede hablar de empleo informal. El estudio descriptivo que realizó Hart le permitió delimitar y visibilizar este sector que solía pasar inadvertido.

En tanto, la OIT realizó un estudio en el año 1972 caracterizando los distintos elementos de la economía en Kenya, entre los que se contaba el sector informal. Este fue concebido como un aspecto estructural que se encontraba enraizado en los procesos económicos. El que fue conocido como el “Kenya Report”, establecía que el principal objetivo del sector informal es proveer sustento a las familias excluidas de los mercados formales de trabajo, destacando sus efectos positivos por su potencialidad para distribuir los ingresos. Al mismo tiempo, con la informalidad no es posible acceder a los recursos productivos o al mercado. Es decir, el informe caracterizó al sector informal en oposición al formal, sin desarrollar un marco conceptual que permitiera definirlo (Tokman, 1995).

Frente a este vacío, se desarrollaron distintos enfoques para analizar este fenómeno que ha recibido diversas nomenclaturas (sector informal, economía informal y empleo informal), y en muchos casos estas nomenclaturas se utilizan como sinónimos.

De acuerdo a Chen (2016) las cuatro vertientes de pensamiento se pueden resumir del siguiente modo: 1. La escuela Dualista - o como lo denomina Tokman (1995) el enfoque PREALC y neo PREALC – concibe al sector informal como un aspecto marginal de la economía. 2. La escuela Estructuralista – o según Tokman (1995) la Interpretación de la modernización con explotación – entiende que la economía informal está subordinada a las empresas formales y es parte de su funcionamiento. 3. La escuela Legalista – o la Interpretación Institucional Legal para Tokman (1995) - argumenta que como el sistema para la formalización es hostil, la población autónoma y el empresariado micro y pequeño verían una mejor salida en la informalidad. 4. Y finalmente la Escuela Voluntarista considera a la informalidad como una opción que tiene la figura del emprendimiento para evadir los costos que implican la formalización de actividades. Arnold y Bongiovi (2013) incluyen otra línea de pensamiento, el enfoque integrado, que ha surgido en los últimos años. Este enfoque sostiene que hay distintos elementos que se manifiestan en diferentes combinaciones de acuerdo a las condiciones y realidades particulares de cada país o región. Los autores señalan que la consecuencia de esta visión unificada es que el debate se ha focalizado en el peso relativo que tienen los distintos elementos y los factores que están influyendo en la informalidad.

Por su parte, la OIT a partir del “Kenya Report”, realizó una serie de esfuerzos para caracterizar de manera más precisa el sector informal con el objeto de analizar el mercado de trabajo y para efectos de satisfacer las necesidades del Sistema de Cuentas

Nacionales (Bangasser, 2000). En 2002 se amplió el término de sector informal a economía informal, para incorporar a la población trabajadora que no estaba cubierta por la regulación laboral o por la protección social, y que no podía circunscribirse sólo al sector informal (ILO, 2002).

El informe más reciente de la OIT en esta materia (2012), además de hacer un llamado a suprimir el término “Economía Informal”, por la dificultad para operativizar (y por tanto medir) este concepto, establece la diferenciación entre empleo informal en el sector formal y empleo informal en el sector informal. A partir de este hecho se afirma la perspectiva estructural que representa la informalidad para las economías de los países. Desde esta institución, en conjunto con Women in Informal Employment: Globalizing and Organizing (WIEGO) y el Delhi Group (International Expert Group on Informal Sector Statistics), se ha realizado un desarrollo teórico para ampliar la mirada de análisis incorporando ciertos empleos informales que no estaban siendo considerados. En 2003 la Conferencia Internacional de Estadísticos(as) del Trabajo enriqueció la definición incluyendo algunos tipos de empleo informal fuera de las empresas informales, refiriéndose a este tipo como “empleo informal”, además, se incluye una clasificación de los tipos de empleo por sector (Chen et al., 2006).

En el documento de 2012 la OIT recoge un marco conceptual para dar cuenta del empleo informal desarrollado en años anteriores (Husmanns, 2004):

Figura 3. Marco conceptual para el empleo informal OIT

Unidades de producción por tipo	Trabajos por situación en el empleo									
	Trabajadores por cuenta propia		Empleadores		Trabajadores familiares auxiliares	Asalariados		Miembros de las cooperativas de productores		
	Informal	Formal	Informal	Formal	Informal	Informal	Formal	Informal	Formal	
Empresas del sector formal					1	2				
Empresas del sector informal ^(b)	3		4		5	6	7	8		
Hogares ^(c)	9					10				

Notas

(a) Las casillas en gris oscuro se refieren a trabajos que por definición no existen en el tipo de unidad de producción en cuestión. Las casillas en gris claro se refieren a trabajos formales. Las casillas que no están matizadas representan diferentes tipos de empleo informal.

(b) Según la definición de la resolución de la 15ª CIET (con exclusión de los hogares que emplean trabajadores domésticos asalariados).

(c) Hogares que producen bienes exclusivamente para su propio consumo final y los hogares que emplean trabajadores domésticos remunerados.

Empleo informal: casillas 1 a 6 y 8 a 10.

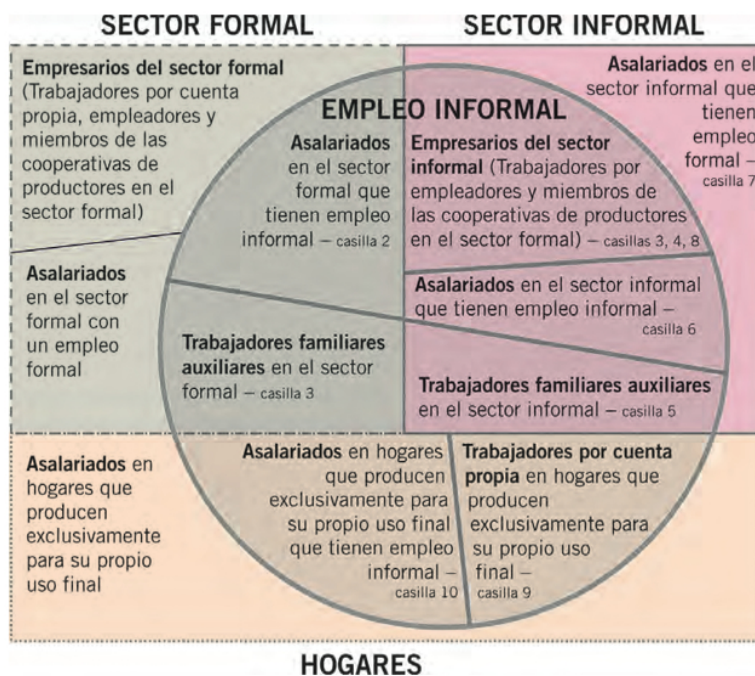
Empleo en el sector informal: casillas 3 a 8.

Empleo informal fuera del sector informal: casillas 1, 2, 9 y 10.

(ILO, 2013)

Y de manera complementaria se establece un diagrama con los distintos tipos de empleo informal de acuerdo a cada sector económico.

Figura 4. Componentes del empleo informal OIT



Nota: las referencias a las “casillas” tienen relación con la figura 2.

(ILO, 2013)

En relación con la visión de la informalidad desde otros organismos internacionales, la explicación más sencilla asumida por el Banco Mundial y otros organismos es que el empleo informal es propio de los países con menos industrialización, y que por tanto en la medida que se vayan industrializando, su mercado se irá formalizando (Banco Mundial, 2012).

Respecto a la producción conceptual en América Latina sobre informalidad, por una parte, llama la atención que Tokman establece la noción de áreas grises cuando se analiza la formalidad e informalidad. Se pone el acento en que hay una superposición entre

los procesos formales e informales de ambos sectores, por lo que es necesario complejizar el análisis: “Ni el sector informal opera absolutamente “en negro”, ni su opuesto, el sector moderno, lo hace con un irrestricto apego a la legalidad.” (Tokman, 2001, p. 161).

Por otra parte, se plantea que la informalidad debe ser formalizada a través de una estrategia modernizadora (Freije, 2002; Tokman, 2001). Es decir, se argumenta que la informalidad debe ser combatida porque pone en riesgo el desarrollo económico de la región, asumiendo que existe un incentivo perverso para la población no dependiente de continuar en la informalidad. Los bajos ingresos y su potencial disminución serían la mayor explicación para que la población autónoma informal continuara excluida, en tanto que para la población empleadora informal, el mecanismo para evitar la formalización sería el escape (Tokman, 2011).

Aun cuando el empleo informal ha existido a lo largo de la historia, sobre todo radicado en economías con renta baja y media, en las décadas de 1980 y 1990 se produjo un cambio en el patrón de trabajo en los países de mayor renta. La producción de masas dio paso a un creciente mercado de trabajo que buscaba la especialización acompañada de la flexibilidad laboral. Comenzaron a aparecer en el espectro los denominados non-standard jobs o “trabajos atípicos”, a medida que se compartimentalizaba la producción en unidades pequeñas e informales, es decir, personas que no trabajaban físicamente en las empresas o industrias. Para

WIEGO, en este proceso el empleo informal se asentó en las economías a nivel mundial como un fenómeno permanente y co-dependiente del desarrollo de las economías (WIEGO, 2012). Para aumentar la competitividad, las empresas y grandes conglomerados habrían adoptado este tipo de empleo, masificándolo y convirtiéndolo en una alternativa para los grupos de poblaciones menos favorecidas.

Uno de los motivos observados en América Latina para el auge del empleo informal es el excedente de mano de obra versus la insuficiente creación del empleo. Existe la necesidad de sobrevivir y de generar salidas laborales individuales ahí donde el mercado laboral falla (Tokman, 2011).

Para Martha Chen, el aspecto fundamental es entender que el empleo informal no está disociado del sector formal de la economía, que opera bajo el alero de grandes corporaciones, es decir, existen relaciones comerciales entre ambos sectores. Sin embargo, estas relaciones no suelen estar reguladas porque de este modo las grandes compañías se ven beneficiadas (Chen, 2007).

No obstante, recientemente se ha visibilizado que el escenario se complica al haber personas de la fuerza laboral que se encuentran entre estos dos sectores: quienes teniendo un empleo formal, reciben un porcentaje de su remuneración de manera informal. Este hecho significa que, por una parte, ambos sectores se han articulado en un mismo trabajo y, por otra parte, el sector informal ha

permeado progresivamente al sector formal (Williams & Nadin, 2012). Teniendo en cuenta estos antecedentes, se requiere mayor investigación en la conceptualización, medición y clasificación del empleo informal para dar cuenta de las imbricadas complejidades de la actualidad.

Como se ha visto, han existido distintas nomenclaturas para referirse al fenómeno de la informalidad. En esta investigación se utilizarán los términos empleo informal o informalidad para dar cuenta del objeto de estudio.

b) La distinción entre informalidad y precariedad

El empleo informal y la precariedad son dos conceptos que en muchas ocasiones han sido utilizados indistintamente. Desde el punto de vista de la calidad del empleo, la precariedad y la informalidad son dos fenómenos que presentan una serie de elementos en común, y por tanto están interconectados. No obstante, tienen características particulares que los distinguen. Desde un punto de vista de salud pública, si bien ambos fenómenos impactan en las desigualdades en salud, se diferencian en cuanto a la definición (Benach, Solar, et al., 2010), y tendrían características distintas y mecanismos diferentes que los vinculan con la salud (Benach, Vives, et al., 2014).

Algunos autores (Arnold & Bongiovi, 2013; Standing, 1999) circunscriben la precariedad a la identificación y significación de

una nueva fase del capitalismo, que es diametralmente diferente a los períodos anteriores de acumulación capitalista. En los países donde ha habido una historia del Estado de Bienestar, el eje se transforma hacia una regulación neoliberal. Aunque de manera independiente al régimen precedente, se instaura la práctica de la concesión a partir del miedo. Así, se introduce el temor al interior de las conciencias de la población trabajadora de ser contraria a un nuevo escenario de mayor flexibilidad que supuestamente rendirá frutos para ambas partes involucradas. El discurso dominante rechaza la rigidez y promueve la flexibilización a partir de los términos impuestos por el empresariado. Es decir, las concesiones las ha tenido que realizar la población trabajadora. Vosko (2010) define la precariedad como un trabajo remunerado que presenta bajos ingresos, limitadas prestaciones sociales y un grado importante de incertidumbre. Esta autora sostiene que la precariedad está determinada por un conjunto de situaciones y dimensiones del entorno social y laboral, como la relación entre la situación laboral, la forma de empleo, y elementos de contexto social como los patrones de género, la política, la ciudadanía, entre otros aspectos.

La precariedad o precarización puede ser entendida como una condición transversal a distintos elementos, que combina la inestabilidad laboral, la falta de poder para la negociación, la vulnerabilidad o indefensión frente a prácticas inaceptables en el lugar de trabajo, un salario insuficiente, derechos limitados y la incapacidad para ejercer los derechos (Vives, 2010).

En este contexto, la informalidad podría entenderse como parte de una condición precaria de empleo. A su vez el empleo informal está caracterizado por una relación de trabajo que no cuenta con mecanismos de regulación (Unanue, 2011).

Aún cuando informalidad y precariedad son condiciones emergentes de empleo que son objeto de un incipiente estudio y análisis, el empleo informal tiende a invisibilizarse sobre todo considerando las nuevas modalidades de empleo, donde han emergido distintas figuras que no necesariamente están contenidas en el modo en que se clasifica a la población trabajadora.

Si bien la precariedad o precarización puede servir para explicar los mecanismos relacionados con la salud, poniendo el acento en estudiar los elementos nocivos para la salud de la población trabajadora, la informalidad puede contribuir a analizar las dinámicas del mercado laboral y dar cuenta de cómo éstas repercuten en las desigualdades en salud.

2.4 La repercusión del empleo informal en las desigualdades en salud

De acuerdo a nuestro conocimiento, la investigación que relaciona al empleo informal con las desigualdades en salud es escasa o, a lo menos, insuficiente. La gran mayoría de los estudios que se han encontrado profundizan en este tipo de trabajo y su asociación con

la salud. La relación entre el empleo informal y las desigualdades en salud es aún menos estudiada.

a) El impacto en la salud que tiene el empleo informal

En relación con la informalidad y su repercusión en la salud, los estudios que se han encontrado datan de fines de la década de 1990 en adelante. Desde Brasil se han realizado diversos estudios (da Silva, Fassa, & Kriebel, 2006; Ludermir, 2000; Ludermir & Lewis, 2003, 2005; Santana, Loomis, Newman, & Harlow, 1997) que han analizado el trabajo informal y los problemas de salud mental, llegando a la conclusión que existe una relación entre los distintos tipos de trabajo informal observados y una mala salud mental. Asimismo, se han estudiado los efectos físicos de los trabajos informales y el modo en que repercuten en la salud ocupacional (Basu et al., 2016; Ngowi, Mrema, & Kishinhi, 2016; Pick, Ross, & Dada, 2002; Santana, 2004). La mayor evidencia se observa en los estudios que han analizado el empleo informal y la salud de la población trabajadora (Alfers & Rogan, 2015; Concha, Labbé, & Sánchez, 2005; Giatti, Barreto, & César, 2008b, 2008a; Iriart et al., 2008; López-Ruiz, Artazcoz, Martínez, Rojas, & Benavides, 2015; Lopez-Ruiz, Benavides, Vives, & Artazcoz, 2017; Lund & Marriott, 2011; Moyano, Castillo, & Lizana, 2008; Nilvarangkul et al., 2006; Temkin, 2016). Estos estudios, situados en contextos diferentes y en momentos distintos, coinciden en afirmar que existe una relación entre empleo informal y mala salud. De acuerdo a la revisión efectuada, sólo un estudio con población trabajadora de Colombia

ha concluido que la informalidad es un factor protector (Vélez, Pico, & Escobar, 2015).

Aún cuando todos estos estudios han abordado el empleo informal, sólo algunos de ellos han incorporado una definición de informalidad. La mayoría no cuenta con una definición explícita, o, en algunos casos, se ha conceptualizado el término sin un vínculo claro entre la definición realizada y la población de estudio (Nilvarangkul et al., 2006). No obstante, algunos estudios han asumido definiciones pre establecidas tanto por el país estudiado como por las orientaciones emanadas por la OIT (López-Ruiz et al., 2015; Lopez-Ruiz et al., 2017; Ludermir, 2000; Moyano et al., 2008; Pick et al., 2002; Temkin, 2016). Y en algunos casos, se ha realizado una definición propia de la informalidad, clasificando a la población trabajadora del contexto estudiado (Alfers & Rogan, 2015; Lund & Marriott, 2011).

Entre los estudios citados, existe una alta presencia Latinoamericana, no obstante sólo se han podido encontrar dos estudios que analizan específicamente el empleo informal y su relación con la salud en población trabajadora de Chile (Concha et al., 2005; Moyano et al., 2008). Sin embargo, estos estudios no cuentan con una clasificación de la informalidad adaptada al mercado laboral chileno, así como tampoco han realizado un estudio del empleo informal vinculándolo con las desigualdades en salud. Otros dos estudios (Rocha et al., 2013; Rocha et al., 2014) han tratado un segmento del empleo informal (el asalariado)

teniendo en cuenta su repercusión en la salud y el modo en que la clase social interviene en esta relación. Entonces, surge la necesidad de observar al conjunto de la población trabajadora para determinar las características de los distintos empleos informales, y establecer una relación con los efectos en salud y en las desigualdades en salud.

b) Las relaciones de género y la informalidad

A medida que el empleo informal se tornó un ámbito visible para la investigación científica y habiendo analizado las causas de su masificación (Portes, Castells, & Benton, 1989; Tokman, 1992), se han establecido asociaciones con las poblaciones que se encuentran más expuestas en términos de carencia de recursos económicos y sociales. Entre el conjunto de trabajadores(as) que ejercen el empleo informal, el mayor porcentaje son mujeres. Por otra parte, dentro del porcentaje que representan las mujeres en la fuerza laboral incluyendo el sector formal e informal, la mayoría se concentra en el empleo informal (Vanek, Chen, Carré, Heintz, & Hussmanns, 2014). Este antecedente permitiría concluir que la mayor presencia de mujeres en los mercados de trabajo se podría deber a la existencia del empleo informal (WIEGO, 2012).

Ahora bien, en relación con los estudios empíricos encontrados para estudiar la informalidad y la salud, la mirada de género ha sido parcialmente introducida. En algunos casos los análisis sólo dieron cuenta de un género en particular, focalizando el estudio ya sea sólo

en hombres (Giatti et al., 2008b), o sólo en mujeres (Nilvarangkul et al., 2006; Pick et al., 2002; Santana et al., 1997). No obstante, algunos estudios dan cuenta de la interacción que existe entre el género, el empleo informal y la mala salud (Alfers & Rogan, 2015; da Silva et al., 2006; López-Ruiz et al., 2015; Lopez-Ruiz et al., 2017; Ludermir, 2000; Ludermir & Lewis, 2005) destacando que la población trabajadora femenina generalmente se encuentra en una peor situación, y que por lo tanto, es altamente probable que la relación entre informalidad y salud se vea afectada por las desigualdades de género.

Una mirada desde el enfoque de género permite enriquecer el análisis del empleo informal. Existen algunos trabajos que implican mayor peso social para el género femenino, como consecuencia de los patrones culturales presentes en la sociedad. El trabajo doméstico no pagado sigue siendo endosado mayoritariamente a las mujeres. Cuando ellas logran desmarcarse de este trabajo, es porque comienzan a contratar a otras mujeres para que se encarguen de las tareas del hogar (Berg, 2015). Para quienes no pueden pagar estos servicios, es necesario generar otros mecanismos para hacer frente a las demandas de la esfera productiva. En algunos casos se podrá recurrir a redes de soporte, para compartir el cuidado de sus hijos(as) con otras personas, o si son lo suficientemente mayores, dejarles solos(as), lo que repercute en su seguridad. Otra alternativa es llevarlos(as) a trabajar con ellos(as), lo que suele limitar las opciones de puestos de trabajo, siendo los empleos informales los

que entregan mejores opciones en este caso (Cassirer & Addati, 2007).

Por otra parte, el trabajo comunitario, que es voluntario, en muchas ocasiones es asumido por las mujeres. La alta presencia de ellas en este ámbito no reduce su participación en el mercado de trabajo, aunque disminuye su presencia en el empleo formal (Williams & Nadin, 2012). Esto podría significar que por la doble y triple jornada,⁷ las mujeres tienen mayor presencia en el empleo informal, ya que los empleos formales están sujetos a demandas laborales (como la estructura horaria) que resultan ser difícilmente compatibles con el trabajo no remunerado.

En la informalidad se reproducirían los mismos patrones de desigualdad de género existentes en la sociedad (Peterson, 2003): mientras por un lado las mujeres que tienen un trabajo informal lo habrían adquirido como un modo de asegurar la subsistencia familiar, por otro lado, los hombres que trabajan informalmente lo harían para mejorar su movilidad, lo que supone tener las destrezas que ello implica. Es decir, los hombres que trabajan informalmente tendrían un mayor nivel de herramientas y destrezas adquiridas en la educación formal que las mujeres.

⁷ Es decir, una primera jornada dedicada al trabajo remunerado, una segunda jornada dedicada al trabajo no remunerado o reproductivo, y una tercera jornada dedicada a las labores de participación social.

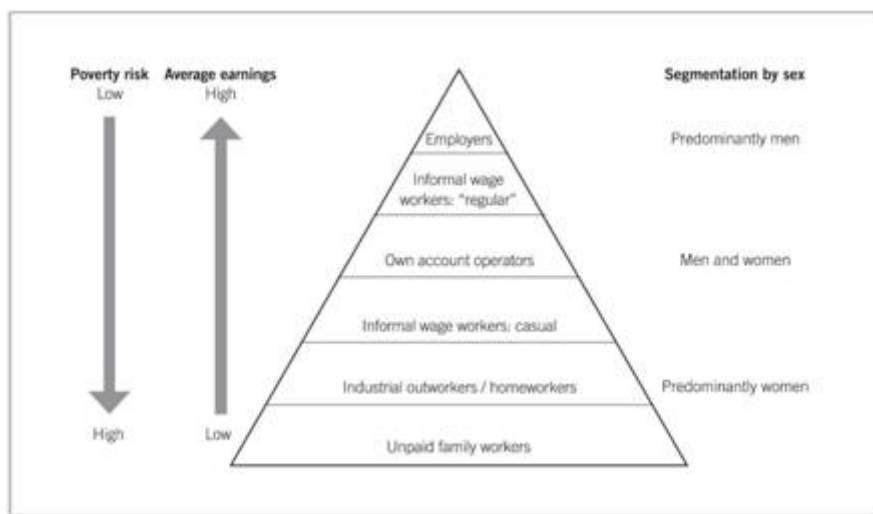
Junto con los patrones de género presentes en la sociedad, existen otros elementos que estarían favoreciendo la mayor presencia femenina en los empleos informales. Ante un mercado laboral segmentado, existen elementos estructurales de la institucionalidad que promueven esa desigualdad (Infante, 2011). Es así como se establece un mecanismo de reproducción social en detrimento de la población femenina. Los desequilibrios institucionales no solo amparan la desigualdad, sino que la alientan al no generarse estrategias tendientes a corregir esas desigualdades.

En términos estructurales e institucionales, el trabajo de las mujeres ha sido devaluado material e ideológicamente, lo que se expresa por ejemplo en que las mujeres tienen menos protecciones legales que los hombres, menos derechos de propiedad y menos acceso a la educación, capacitación y oportunidades de trabajo que están asociadas con habilidades altamente valoradas. Por los patrones de género imperantes y un sistema patriarcal dominante, la mayoría de la población femenina adquiere menos herramientas para entrar al mercado laboral y permanecer en él (Anker, 1998). Junto con ello, las mujeres en promedio requieren una mayor cantidad de años de educación formal para acceder al mercado laboral formal, motivo por el cual en muchas ocasiones se privilegian los empleos informales. Por estos motivos, las mujeres tienden a acceder a puestos de trabajo menos valorados, con peor remuneración que la población masculina, y esos trabajos suelen ser informales.

En definitiva, la población femenina, especialmente las mujeres con desventajas raciales y económicas, tienen opciones muy limitadas para acceder a puestos formales de trabajo y para generar ingresos que les permitan sustentar una independencia económica (Berg, 2015).

Teniendo en cuenta este diagnóstico, Marta Chen (2012) elaboró un modelo conceptual de la informalidad en el empleo con enfoque de género (Figura 5). En el diagrama presentado a continuación, se establece una jerarquía de grupos de población trabajadora en función de sus ingresos promedio y del riesgo de experimentar pobreza. De manera conjunta, existe una segmentación por sexo que se evidencia en la composición que tienen estos grupos de trabajadores(as).

Figura 5 Modelo de empleo informal desarrollado por WIEGO



(Chen, 2012)

Es así como los trabajos con un peor nivel de ingresos, y por tanto, con mayor riesgo de experimentar pobreza, tienen una alta presencia femenina. Del mismo modo, los empleos informales se concentran mayoritariamente en las mujeres.

Un elemento fundamental a considerar en el análisis, siguiendo a Peterson (2003), es que la expansión de las políticas neoliberales ha provocado un aumento de la informalidad femenina. El argumento expuesto es que las familias, y particularmente las mujeres, se ven presionadas por incrementar sus ingresos debido al deterioro que han sufrido las condiciones del trabajo asalariado. Este incremento de los ingresos se realizaría a partir de trabajos informales, que parecen ser la mejor solución. En definitiva, ante las formas cambiantes que ha tomado actualmente la organización del trabajo, los empleos informales tienden a transformarse en las principales fuentes de ingreso, sobre todo para los hogares con jefatura de hogar femenina (Benería, 2001).

3. EL EMPLEO INFORMAL EN LA REALIDAD CHILENA

*“La hora sonó, la hora sonó
No permitiremos más, más, tú doctrina del shock
Golpe a golpe, verso a verso
Con las ganas y el aliento
Con cenizas, con el fuego
Del presente con recuerdo
Con certeza y con desgarro
Con el objetivo claro
Con memoria y con la historia
El futuro es ahora.”
Ana Tijoux (2011)*

¿Y qué ocurre en un país como Chile, donde la informalidad pareciera estar contenida y circunscrita a unas situaciones y contextos delimitados?

El entramado cultural y social ha sido determinante para configurar la formalidad o informalidad del mercado laboral chileno. El peso de los acontecimientos históricos y de las fuerzas de poder ha servido para generar los moldes de una sociedad marcada en su historia más reciente por políticas neoliberales que han estructurado una máscara homogénea. Sin embargo, producto de la delgadez de esa cubierta, comienzan a esbozarse las fracturas que pueden evidenciar la heterogeneidad de su contenido. Entonces, ¿cómo se puede analizar el empleo informal en un país como Chile, que se

transformó en el laboratorio de políticas que hoy se expanden por el mundo entero?

3.1 Revisión histórica del contexto socio-laboral chileno

Mucho antes que las políticas neoliberales se insertaran en la institucionalidad y cultura chilenas gracias a una doctrina del *shock* (Klein, 2007) que encontraba su auspicio en estrategias impulsadas desde Estados Unidos, en el marco de un golpe de Estado militar, hubo elementos estructurales que fueron configurando una historia de desigualdades sociales, asociadas también al mercado laboral.

La desigualdad en la distribución de la renta era un hecho marcado que existía antes del golpe de Estado de 1973 que tuvo como consecuencia la dictadura cívico-militar⁸ encabezada por Augusto Pinochet. El 50% de la población con menores ingresos prácticamente no podía participar del consumo de bienes elaborados o servicios. Su capacidad de consumo estaba limitada a la cobertura de necesidades básicas (Chonchol, 1979). La dictadura no hace sino

⁸ Se ha denominado dictadura cívico-militar porque de ese modo se reconoce que lo ocurrido esos años de dictadura requirió de la participación de grupos civiles. Estos grupos no sólo fueron ‘cómplices pasivos’ del terrorismo de Estado, participaron activamente de la refundación de la institucionalidad económica, social y política del país, con clara dirección neoliberal.

profundizar aún más estas desigualdades, al aumentar la brecha en la desigualdad de ingresos.

En Chile, el acceso de la clase media a la dominación oligárquico-burguesa fue paulatino. Desde que se comenzó a perfilar el Estado chileno, el control político y económico estaba ostentado por la oligarquía local y por una burguesía mercantil financiera, que además se había agregado como socio minoritario de varias empresas extranjeras que se dedicaban a la explotación de materias primas. De manera simultánea, con el crecimiento de las ciudades la clase media se había dedicado a trabajar en las profesiones liberales o a desempeñar oficios vinculados a los servicios públicos. La clase obrera se estaba comenzando a formar vinculada a la economía de explotación de materias primas (principalmente el salitre), ya sea porque se trabajaba en oficinas salitreras o en empresas que tenían actividades relacionadas con la explotación del salitre, como el sistema de transportes o los puertos. Asimismo, se estaba desarrollando una masa obrera urbana, de tipo industrial, que muchas veces compartía las reivindicaciones de la clase obrera vinculada al salitre. El modelo seguido por este país es catalogado como un “Estado desarrollista” (Cardoso & Faletto, 1969) debido a que hubo un desarrollo de políticas de industrialización impulsadas por el Estado. En 1939 se creó la Corporación de Fomento de la Producción (CORFO) con el fin de promover y financiar la creación de grandes empresas públicas (energía, comunicaciones, siderurgia, etc.) que pudieran servir de base para sustentar el incipiente proceso de industrialización, contribuyendo así a planificar la economía

nacional, adquiriendo el Estado un papel activo en el proceso de desarrollo.⁹ El factor externo de la segunda guerra mundial contribuyó a generar una nueva política, favoreciendo la estrategia de industrialización por sustitución de importaciones. Paulatinamente, la extracción de salitre fue reemplazada por la extracción de cobre.

En 1937 se había aprobado un proyecto de ley de medicina preventiva que encontró mucha resistencia entre diversos parlamentarios socialistas, como Salvador Allende, quienes argumentaron que lo imprescindible era generar una política integral en relación al trabajo y sus repercusiones en la calidad de vida. Esta ley, si bien respondía a un proceso de modernización e industrialización cada vez más instalado en la sociedad, no constituía una solución para mejorar las condiciones de la población obrera (Illanes, 1993). El cuestionamiento a esta política tenía su origen en considerar que era servicial a los intereses de una clase dominante que buscaba consolidar la modernización estatal a costa de la población trabajadora, en lo que podría entenderse como un proceso de extracción de la plusvalía absoluta y relativa (Laurell, 1978).

En ese contexto, cerca de la década de 1950 se intentó construir una alianza entre los distintos sectores sociales para incrementar el

⁹ Esta iniciativa gubernamental tuvo el rechazo generalizado de la derecha política y económica, la que se expresó en el debate en el Congreso Nacional. Aún así, el proyecto fue aprobado con una mayoría estrecha.

papel del Estado en las políticas, sin embargo no fue posible. Ya en esa época comenzaba a vislumbrarse una polarización entre la sociedad con determinados sectores que se iban separando cada vez más. Se generó entonces una nueva alianza entre los sectores hegemónicos que se aseguraron el control del mercado interno, incluyendo la estrategia de dejar en manos de privados actividades económicas que antes habían sido estatales (Cardoso & Faletto, 1969).

La desigualdad se había transformado en un problema estructural en Chile en la segunda mitad del siglo XX. La deuda externa tenía una curva ascendente. Tanto la agricultura, como la industria y la minería han sido sectores profundamente dependientes de las importaciones, lo que genera consecuencias estructurales en un país como Chile, donde el sector primario es determinante (Millas, 1979).

Entre 1960 y 1970 la modernización y desarrollo de la década benefició a la oligarquía financiera, a la burguesía (industrial, comercial y agrícola) y a las clases medias superiores (Chonchol, 1979). El gobierno de la Unidad Popular (UP), encabezado por Salvador Allende, pretendía corregir la desigualdad estructural existente en la sociedad chilena, para lo que se había propuesto ambiciosas metas en su agenda política. No obstante, producto del golpe de Estado de 1973, sólo pudieron continuar en el tiempo algunas de esas políticas, como la nacionalización del cobre. La mayoría quedó sin efecto y otro porcentaje de ellas fue modificado

con políticas de restauración conservadora (regresivas y agresivas) a partir de la dictadura cívico-militar, revirtiendo las políticas que se habían efectuado en materia de distribución de ingresos en el período de la UP.

Siguiendo con la tradición de un Estado desarrollista, tanto en los gobiernos de Frei (1964-1970) como de Allende (1970-1973) se buscó una estrategia desarrollista realizando un esfuerzo en inversión. En el gobierno de Frei la tasa promedio de inversión bruta fue de un 14%, mientras que entre los años 1971-1973 fue de 12,8% (Martner, 1980). Si bien desde 1965 se comienzan a gestar importantes cambios político-económicos en la sociedad chilena (en la minería, en la industria, en la agricultura) con el objeto de mejorar la redistribución del ingreso, los procesos puestos en marcha se intensifican notoriamente a partir de 1970, al iniciarse el período de la UP con la presidencia de Allende. Como consecuencia, se generó un crecimiento sin precedentes de la producción industrial y minera, se estatizó la banca y se efectuaron participaciones más equitativas en los dominios de las tierras (Millas, 1979).

En los primeros años de la Unidad Popular la producción nacional creció, y aún considerando el posterior decrecimiento (por motivos de desestabilización ajenos a las políticas del gobierno), el promedio anual alcanzado es de un 3,7%. Asimismo, durante estos años hubo una disminución en la brecha de distribución del ingreso, manifestada en mayor participación de los salarios de la población

trabajadora en la renta nacional, alcanzando un 62% en 1971 (Martner, 1980). El programa de reactivación económica se sustentó en una política de incremento de los salarios. De manera complementaria, se normalizaron todos los beneficios sociales (como las pensiones y asignaciones familiares) (Griffith-Jones, 1978). Producto de estas medidas, la clase obrera se transformó en un potente bloque que articuló un apoyo social a la gestión gubernamental de Allende (Lanzarotti, Muñoz, & Ominami, 1979).

Este correlato de beneficios sociales enmarcados en un nuevo proyecto político que significó la “vía chilena al socialismo”¹⁰ fue brutalmente cortado el 11 de septiembre de 1973. La fecha fatídica que marcó el sangriento golpe de Estado desencadenó una violenta dictadura cívico-militar, que condenó a la sociedad chilena a transformarse en el laboratorio del neoliberalismo (Harvey, 2005).

Para Narbona y Páez (2014) la historia reciente de Chile se puede clasificar como un “régimen de acumulación flexible”, es decir, la instalación de un modelo donde se puede observar una hiperacumulación junto a un capitalismo flexible. Como el modelo no ha sido capaz de generar una economía productiva, se mantiene con empleos de baja calidad y mal remunerados para la mayoría de la

¹⁰ Término que hace referencia a un proyecto político donde se llevaría a cabo una transición democrática (dentro de la Constitución e institucionalidad vigente) para generar una transformación social desde una desigualdad estructural a una sociedad más justa y equitativa (Garretón & Moulian, 1974).

población. Narbona y Páez han descrito 3 fases para este régimen. La primera fase corresponde a una “destrucción creadora”, que va de 1974 a 1988. Esta fase se caracterizó por la implantación de 3 organismos legislativos: el nuevo Código del Trabajo; la creación de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), que son privadas; y la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que son las aseguradoras de salud privadas.

La política económica de la dictadura provocó un deterioro en la distribución del ingreso, lo que aumentó la desigualdad entre la población trabajadora y el empresariado. Bajo el lema del libre mercado, lo que realmente se tejió fue un oligopolio en casi todos los productos y servicios mercantilizados. Por otra parte, la población trabajadora sufrió varias medidas que significaron un retroceso, como el aumento de la jornada de trabajo, disposiciones relativas al quiebre de empresas, facultades para poner término a labores de los funcionarios públicos, entre otras medidas (Toro, 1979). Producto de la prohibición de derechos y libertades sindicales y una reforma neoliberal al Código del Trabajo, la población trabajadora se encontró sin el poder necesario para contrarrestar el avance de las medidas impuestas (Riesco, 2009).

Como consecuencia de la aplicación de políticas de carácter regresivas después del golpe de Estado, el primer período de la dictadura arrastró una altísima inflación que se podría haber corregido con una reforma monetaria para controlar el exceso de liquidez que manejaban los sectores financiero y del comercio. Lo

anterior fue consecuencia de la especulación de los productos en el mercado negro, mercado que se había asentado en el período de la Unidad Popular. En las primeras semanas de la dictadura se liberalizaron todos los precios oficializando el mercado negro, lo que generó un descontrol generalizado en los precios y una drástica reducción de los salarios reales. Los sectores de mayores ingresos se volvieron más poderosos, y al mismo tiempo comenzaron a tomar el control de las empresas estatales preparando un proceso completamente desregulado de privatización (Fazio, 2005). Estos acontecimientos facilitaron la formación de grandes conglomerados de empresas, lo que resultó en un mercado monopolizado y, junto con ello, aumentó exponencialmente la concentración de riqueza.¹¹ Al tener el control de la oferta laboral y comercial, la estrategia de acumulación se ha mantenido mediante la práctica de pagar bajos salarios, vendiendo los bienes y servicios a precios altos, aumentando los márgenes de comercialización y consecuentemente, las tasas de ganancia. Con este modelo de acumulación no hay un incentivo al aumento de la producción (Martner, 1980).

¹¹ La irrupción de los círculos financieros internacionales generó la dependencia de grandes centros bancarios capitalistas. Se produjo una primera fase con el auge de las financieras. En una segunda fase se estableció control de la Banca comercial con la “operación” SINAP (sistema nacional de ahorro y préstamos). Hubo un abuso del aparato estatal, la propiedad de las demás instituciones financieras se repartieron entre los principales grupos económicos, que fueron consolidándose como la oligarquía financiera gracias a las relaciones establecidas con Estado. Así, la oligarquía comienza a disponer de los recursos estatales a la vez que se vuelve parasitaria y especuladora (Fazio, 1979).

Hasta 1973, la Central Única de Trabajadores (CUT) gozaba de una unidad sólida, a pesar de algunos intentos que habían existido por quebrarla. Una vez que se abolió la CUT por parte de la dictadura, se intentó manipular el movimiento sindical alentando el paralelismo sindical o creando organizaciones afines a la dictadura, aprovechando la represión que había. Su estrategia no generó los frutos esperados. La reforma al código del trabajo, el plan laboral, la reforma previsional, la privatización de distintas empresas públicas, entre otras estrategias impulsadas por la dictadura, generaron un fuerte rechazo y una férrea oposición de parte del movimiento sindical. Pese a ello y debido al contexto violento de represión militar, las estrategias fueron implementadas (Toro, 1979). Todas estas acciones tuvieron consecuencias nocivas para la población trabajadora, como por ejemplo el aumento del desempleo. Después de haber realizado esfuerzos considerables para reducir el desempleo en el período de la Unidad Popular (desde un 8,3% en el Gran Santiago a fines de la administración de Frei (1964-1970) se redujo a un 3,8% a fines de 1971), durante la dictadura aumentó dramáticamente (Martner, 1980).

En cuanto a los indicadores macro económicos, el sistema económico sufrió una violenta modificación. Sólo por citar un ejemplo, en materia de inversión si bien tanto en los gobiernos de Frei como de Allende se habían realizado esfuerzos expansivos, a partir de la dictadura cívico-militar la tasa de inversión cayó considerablemente (siendo de un 5,4% en 1976 y alcanzando poco más del 10% en los años siguientes). Junto con ello, la deuda

exterior se incrementó en un 157,6% desde 1973 a 1979, pasando de 3300 millones de dólares a 8500 millones. Este dinero se destinó a operaciones financieras, importaciones suntuarias y otros elementos similares (Martner, 1980). Lo anterior deja en evidencia el cambio vivido desde una economía con fines desarrollistas a una economía rentista y de consumo.

En los 17 años que duró la dictadura se llevaron adelante un cúmulo de reformas que impactaron en la realidad socio-laboral chilena. Algunos ejemplos son la reducción del tamaño del sector público, la privatización de empresas públicas emblemáticas,¹² la supresión de gran parte de los derechos sindicales, la liberalización del mercado financiero y de los flujos internacionales de capitales, y una reforma tributaria regresiva (Ffrench-Davis, 2003).

Producto de la aplicación de políticas neoliberales, implementadas en un marco de completa desregulación y de eliminación de mecanismos estabilizadores, se vivieron dos profundas recesiones económicas entre 1973 y 1983, coincidiendo con el período en que se produjo la mayor transformación económico-social de la historia reciente de Chile. Es así como la implantación del neoliberalismo se vivió en un marco donde estaba quebrada la institucionalidad y en

¹² Algunos ejemplos de empresas públicas emblemáticas que fueron privatizadas son: la Empresa Nacional de Electricidad (Chilectra), la Industria Azucarera Nacional (IANSa), la Aerolínea Nacional (Lan), la Empresa Nacional de Telecomunicaciones Internacionales (Entel) y la Empresa Nacional de Telefonía (Telefónica, hoy Movistar).

un ambiente de recesión, dos aspectos que sirvieron para configurar el estado de shock necesario para instaurar el nuevo régimen como un modelo incuestionable (Faletto, 2007).

Luego del plebiscito de 1988, que condujo a la transición hacia la democracia, en 1989 se celebraron las primeras elecciones presidenciales después del quiebre de 1973. Desde 1990 hasta 2010 el país fue gobernado por una coalición de partidos políticos con un eje social-demócrata, que se denominó como “Concertación de partidos por la democracia”. Siendo Chile un país tan dependiente de las materias primas y debido a un notable incremento en el precio del cobre, fue posible generar un crecimiento sostenido de un 7% hasta cerca del año 2000 (Ffrench-Davis, 2003). Aún cuando este crecimiento implicó una mejora considerable en los indicadores macroeconómicos y reducción de la pobreza,¹³ desde el punto de vista de la distribución del ingreso no se produjeron mejoras, observándose incluso retrocesos¹⁴ (Fazio, 2005). Por este y otros motivos, siguiendo con la clasificación de Narbona y Páez (2014), la segunda fase que comprende el período de 1989 a 2000 es denominada como la “legitimación del nuevo régimen de

¹³ En 1987 la pobreza alcanzaba un 45,1% de la población, a partir de 1990 se observa una progresiva disminución, situándose en un 23,2% para 1996 (Meller, 2000).

¹⁴ En 1987 el Coeficiente Gini era de 0,63. El año 1990 el coeficiente baja a 0,57, manteniéndose estable por varios años, aunque vuelve a subir a 0,58 los años 1998 a 2000 (Ministerio de Planificación y Cooperación, 2000; J. A. Ruiz-Tagle, 1999).

acumulación”, ya que se legitimaron los tres pilares (es decir, la instauración del Código del Trabajo, la creación de las AFPs y la creación de las ISAPRES) que conformaron la primera fase.

A pesar de los beneficiosos indicadores macroeconómicos alcanzados en la década del 2000 (buen crecimiento económico, alto ingreso per cápita) y de políticas sociales (inserción dinámica en el proceso de globalización, disminución en la pobreza absoluta, expansión en materia de infraestructura y servicios públicos) persiste un déficit social. En este período se mantenían indicadores preocupantes para la distribución social, como alta tasa de desocupación (8%) y aumento de la precariedad laboral, reflejada en el incremento de contratos a corto plazo y en la rotación de puestos de trabajo, hubo un deterioro de la participación de la población trabajadora en el ingreso nacional por el escaso aumento de los salarios reales.¹⁵ A su vez, se produce una concentración del capital, dado que tanto los hogares como el gobierno concentran su consumo en empresas de mayor tamaño (Infante & Sunkel, 2009) y grandes conglomerados que son sostenidos por unos pocos grupos

¹⁵ Se generaron negociaciones pluriclasistas (llamados Acuerdos Marco entre la CUT, Gobierno y empresarios), despolitización del mundo sindical, idea de mantener el riesgo país bajo y aumentar la productividad y el crecimiento económico. Se buscaba asegurar mejores índices macroeconómicos. También se mejoró sustancialmente la tasa de desempleo, promediando el 7%, se pactaron mejoras salariales, las remuneraciones reales se incrementaron en un 15% y el salario mínimo aumentó en un 30%. Las huelgas disminuyeron considerablemente, y la imagen de los sindicatos se debilitó (Narbona & Páez, 2014).

económicos que están presentes prácticamente en todas las esferas de la producción (administradoras de pensiones, aseguradoras de salud, establecimientos educacionales, productos de primera necesidad, producción y exportación de alimentos, transporte, banca y sector financiero, cadenas de supermercados, farmacias) (Fazio, 2005).

La ampliación en la cobertura de la educación (nivel básico prácticamente universal y 90% de cobertura de nivel secundario) también fue un factor de legitimación del modelo. Pero esta ampliación en la cobertura favoreció a la privatización en la educación, ya que entre 1990 y 2004 se crearon más de 1600 escuelas particulares subvencionadas (o concertadas), junto con el cierre de 60 escuelas municipalizadas. Por su parte, se amplió la matrícula en educación superior (promedio anual de 11,2% entre 1990 y 1996) (Narbona & Páez, 2014).

El país disfrutaba los beneficios de un crecimiento económico que produjo mejoras socioeconómicas a nivel general, pero la población chilena no obtuvo los mismos beneficios en términos de redistribución del ingreso o en relación con obtener empleos de calidad. La pobreza no se extendió, pero la mayoría de los(as) trabajadores(as) se tuvieron que conformar con empleos precarios (Portes & Roberts, 2005). En 1998 la crisis asiática provocó una caída en el Producto Interno Bruto, en el empleo y en la inversión.

Siguiendo la clasificación de Narbona y Páez (2014), la tercera fase del modelo de acumulación flexible, denominada “maduración del régimen de acumulación”, se desarrolla entre los años 2001 y 2012 y está caracterizada por: un aumento de las políticas de flexibilidad laboral (como la subcontratación, los empleos con modalidades distintas de contratos), un estancamiento en la disminución de la pobreza y se produce una diferenciación productiva por sectores económicos (financiero versus comercio y agricultura), y una acentuación de la dependencia exterior por políticas de mayor apertura económica y el sector financiero se vuelve clave en su contribución al Producto Interno Bruto. Junto con lo anterior continúan las políticas de gasto social focalizado hacia los sectores pobres.

El 2010, por primera vez desde que terminó la dictadura cívico-militar, un gobierno de derecha gana las elecciones presidenciales. Aún cuando este hecho significó un retroceso en la agenda social que comenzaba a instalarse desde el gobierno anterior, las bases del modelo neoliberal se mantuvieron estáticas. Con la ayuda de los medios de comunicación de masas, los cuales pertenecen a los grandes conglomerados de grupos económicos (Fazio, 2005) y por lo tanto comparten una única línea editorial, el gobierno de derecha intensificó la figura del emprendimiento. Para Mayol, Azócar y Azócar (2013) existe un “Chile profundo”, basado en la hacienda, en la cultura latifundista que se convierte en una orientación normativa para el desarrollo de la vida cotidiana. En contraposición a esta herencia histórica del Chile profundo, junto con la

implantación del neoliberalismo comenzó a gestarse en la sociedad un “nuevo Chile”, que es una cultura en formación constituida por el modelo económico y basada en la actividad empresarial, que se convierte en sentido común. Se promueve la transición de ser un(a) mal(a) trabajador(a) a ser un(a) exitoso(a) emprendedor(a), es decir, el discurso de la libertad.

Así, los valores que ostenta la sociedad actual están reflejados en la “cultura del emprendimiento”. Y este constructo socio-identitario tiene como clave la idea de movilidad social, y que esa movilidad es producto del propio esfuerzo. No obstante, el consumo, la deuda y el ahorro conforman un triángulo fundamental para entender los mecanismos que operan en la constitución social de los sujetos emprendedores. La deuda genera culpa y representa una necesidad pagarla, porque se estableció la deuda producto de una confianza que se depositó en la persona que la solicita. El consumo es la práctica fundante de la nueva ciudadanía, entonces la deuda se instala como una práctica estrechamente ligada a la necesidad de consumo.

En 2014 vuelve a ganar las elecciones Michelle Bachelet (quien había gobernado desde 2006 a 2010). El gobierno anterior había vivido grandes movilizaciones en la sociedad producto de tensiones arrastradas entre sectores sociales contrapuestos, por ejemplo estudiantes versus gobierno. Gracias a esta movilización se instala un consenso social respecto a la necesidad de hacer reformas

sustanciales en la sociedad chilena para revertir la desigualdad en la distribución de los ingresos (Undurraga, 2015).

Pese a los obstáculos existentes, a la presión mediática por echar abajo las reformas y al descontento social, ya sea porque las reformas no son lo suficientemente comprometidas con las necesidades de la población (Kremerman, s. f.) o porque el discurso neoliberal ha calado demasiado hondo en algunos sectores que no están dispuestos a aceptar políticas solidarias («Entrevista Revista Capital», s. f.), hasta la fecha se han llevado a cabo distintas reformas y políticas sociales. No obstante el avance que podrían significar las reformas impulsadas por el segundo Gobierno de M. Bachelet, cuyos resultados probablemente sólo se podrán observar en el mediano y largo plazo, una nueva coalición de derecha ha triunfado en las recientes elecciones presidenciales y parlamentarias realizadas en diciembre de 2017.¹⁶ En consecuencia, y desde marzo de 2018 comienza otro capítulo en la historia reciente de Chile.

3.2 Características del mercado laboral chileno en la actualidad

Chile ha sido un alumno estrella en aplicar las políticas del Fondo Monetario Internacional (FMI) y las del Banco Mundial (Fazio,

¹⁶ Sebastián Piñera, quien gobernó desde 2010 a 2014, volvió a presentarse y salió electo presidente en segunda vuelta, es decir, en enero de 2018.

2005), que han mostrado ser como mínimo problemáticas para los países que han aumentado considerablemente su renta per cápita (es decir, países con un nivel medio de industrialización que se traduce en renta media), pero que tienen un nivel alto de desigualdad social. Las características de la economía productiva son un factor determinante en la composición del mercado laboral, reproduciendo e incrementando la desigualdad existente.

Debido a las políticas económicas impulsadas por el poder político a nivel internacional, se fue conformando un mercado laboral altamente segmentado y precarizado, que ha sido determinante para continuar e incrementar las desigualdades.

Durante los años del gobierno de la “Concertación” (1990 hasta 2010) la distribución del ingreso ha tenido un estancamiento, a la vez que se ha agudizado la concentración de la riqueza en un porcentaje minoritario de la población (López, Figueroa, & Gutiérrez, 2013). Existen distintos elementos que conducen a este deterioro, siendo los más destacados el aspecto laboral y una política tributaria regresiva, que reprodujo y amplificó la desigualdad. En relación al primer aspecto, la flexibilidad laboral ha sido el bastión de lucha discursivo del empresariado para crear más puestos de trabajo (Fazio, 2005). No obstante, dentro de los países que componen la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), Chile se encuentra entre los que tienen peores indicadores de cantidad, calidad e inclusividad en el empleo (OECD, 2017).

El país cuenta con una política tributaria regresiva por el mayor peso de los impuestos indirectos, donde el impuesto sobre el valor agregado (IVA) adquiere gran relevancia. Sin embargo, la recaudación de este impuesto proporcionalmente afecta más a los sectores de menores recursos económicos (Fazio, 2005). Si bien en el 2014 se aprobó una reforma tributaria que modificó en varios términos el sistema anterior, la discusión sobre la posibilidad de incluir impuestos diferenciados para los artículos de primera necesidad no prosperó.¹⁷

La otra variable distributiva fundamental para Fazio (2005) es el empleo. Y si existe un mercado laboral desigual, la brecha de distribución de ingresos se mantiene en esa constante. Tanto la estructura productiva como la estructura del empleo es heterogénea (Infante, 2011). A su vez, se ha diagnosticado que la reproducción de una distribución desigual de ingresos se debe al mercado de trabajo y a las desigualdades de género (Reinecke & Valenzuela, 2011). Un elemento fundamental a considerar es el sueldo mínimo. Recientemente se aprobó un incremento (desde enero de 2018), por el que este asciende a CLP 276.000, y descontando el 20% por los elementos de protección social, la cifra real es de CLP 220.800

¹⁷ En la reforma tributaria, que entró en vigor de manera progresiva desde fines del 2014, se establecieron mecanismos para recaudar mayores recursos. No obstante, por chantajes de parte de los partidos y parlamentarios de derecha (necesarios para aprobar una reforma de esa magnitud) se tuvieron que introducir medidas que favorecen altos niveles de elusión (Fazio & Parada, 2015).

mensuales¹⁸ para cada trabajador(a) que recibe el salario mínimo. No obstante, este valor es fundamental no sólo para quienes lo reciben, sino que impacta en la distribución del ingreso porque afecta toda la escala de remuneraciones, siendo un componente fundamental en los acuerdos de negociación colectiva (Fazio & Parada, 2015).

Otro indicador relevante es el promedio de horas trabajadas por trabajador(a) al año. En Chile se trabajan 1974 horas (OECD, 2018a), ocupando el cuarto lugar dentro de los países que presentan más horas trabajadas de la OCDE. Por su parte, tiene un 28,7% de empleo temporal (OECD, 2018b), ostentando el primer lugar de los países con mayor temporalidad dentro de los Estados miembros.

Como es sabido en investigación social, los promedios esconden las diferencias (WHO, 2013). Si bien Chile presenta un Producto Interno Bruto per cápita de USD 22.727 (OECD, 2018c), es decir, pertenece a un país de renta media alta, es uno de los países con menor ingreso de la OCDE pero a la vez encabeza la lista de los países más desiguales, junto con México (OECD, 2018d).

Para evidenciar la mala calidad de los salarios en su participación en el ingreso per cápita, en el Quintil I (de menores ingresos) los salarios representan un poco menos del 50%, un 30% es

¹⁸ Cada euro equivale a 739 pesos chilenos. Cada dólar de Estados Unidos equivale a 605 pesos. La cifra de CLP 220.800 es equivalente a EUR 298,8 o USD 364,8 (cambio al 10 de febrero 2018).

conformado por ingresos por trabajo independiente y por la jubilación, y el 20% restante, por otras transferencias. En el Quintil V (de mayores ingresos) los salarios alcanzan a cubrir casi el 65% del ingreso per cápita, mientras que el resto es aportado por ingresos por trabajo independiente, jubilaciones, otras transferencias y por ingresos por capital (CEPAL, 2016).

Existe un amplio consenso en la literatura especializada respecto de que el nivel de los sueldos en Chile para la mayoría de la población es muy bajo. Una muestra de ello es que un análisis realizado el año 2015 por la Fundación Sol (Durán & Kremmerman, 2015) reveló que casi el 80% de la población trabajadora ganaba menos de CLP 600.000 al mes. Las diferencias salariales impactan fuertemente a los distintos sectores, un ejemplo de ello es que en Comercio sólo el 30% de la población trabajadora gana más de CLP 353.648 mensuales. En contraposición, el sector Minería es uno de los mejor pagados. Aquí el 50% de los(as) trabajadores(as) percibe más de CLP 660.000 al mes. En relación con los distintos tipos de trabajo, llama la atención que el 70% de las personas catalogadas como falsas autónomas (es decir, que tienen una relación de dependencia y subordinación aún cuando no cuentan con un contrato laboral sino con uno por prestación de servicios) gana menos de CLP 280.000 mensuales. Si se analiza el trabajo no dependiente, la realidad de los(as) empleadores es mejor que la de quienes trabajan por cuenta propia, donde sólo la mitad gana más de CLP 200.000 al mes. Por su parte, el 40% de la población empleadora gana más de CLP 808.000 mensuales. Este análisis también evidencia que las

personas asalariadas del sector privado ganan menos que las del sector público.

Si se realiza el análisis considerando las brechas de género,¹⁹ el nivel de los sueldos que reciben las mujeres es sustancialmente más bajo que el de los sueldos de los hombres (Reinecke & Valenzuela, 2011). Sólo un 15% de la población laboral femenina percibe más de CLP 500.000 mensuales, y un 50% de ellas no supera los CLP 221000 al mes. A su vez, su participación en el mercado laboral es más discontinua y de menor intensidad en comparación con la población laboral masculina (Piras & Rucci, 2014).

Las mujeres se concentran en el área de servicios, alcanzando a ser prácticamente el 70% de la población ocupada en ese sector. Las mujeres también suelen concentrarse en el sector Comercio, sector que concentra la menor remuneración. Por su parte, la Minería es un sector fuertemente masculinizado (Brega, Durán, & Sáez, 2015). La segregación también aumenta para las personas de menores ingresos, que ven incrementada su participación en los sectores feminizados donde las remuneraciones son más bajas (comercio, enseñanza, servicio doméstico). Prácticamente dos tercios de las mujeres del primer quintil (de peor situación socioeconómica) se concentran en estos sectores feminizados, versus la mitad de las mujeres del quinto quintil (Piras & Rucci, 2014).

¹⁹ La tasa de participación laboral femenina, si bien se ha incrementado desde 1990 hasta la fecha, es de un 48%, versus la tasa de participación masculina que es de un 71% (Comisión Nacional de Productividad, 2017).

Respecto a la distribución del ingreso, la cifra más actualizada que tiene el Banco Mundial sobre Chile muestra un Coeficiente Gini de 47,7 (Banco Mundial, 2018). No obstante, López, Figueroa y Gutiérrez (2013) elaboraron un sistema de medición que permite estimar un Coeficiente Gini corregido.²⁰ Es así como suponiendo que existe una concentración del ingreso en un porcentaje minoritario de la población, aplicando una medición del Coeficiente Gini corregido que incorpora los estratos de mayor ingreso, el promedio del último período medido (2005-2010) supera los 62 puntos.

En cuanto a la pobreza, Chile cambió recientemente la manera de medirla incorporando una medición multidimensional que recoge 4 dimensiones (salud, trabajo y seguridad social, educación y vivienda) con 12 indicadores. Si el hogar presenta un 25% más de carencias de los indicadores que componen el sistema de medición, se cataloga dentro de la pobreza. El sistema de medición antiguo hace referencia a medir la pobreza en función del valor de una canasta alimentaria (método de la línea de la pobreza), los ingresos de los grupos familiares y la cantidad de personas que son parte de esa familia, es decir, se mide en base al ingreso per cápita y al valor de una canasta alimentaria. Desde el 2013 al 2015 (usando el sistema de medición antiguo) la pobreza disminuyó desde un 14,4% a un 11,7%, sin embargo, utilizando el sistema de medición multidimensional disminuyó desde un 20,4% a un 19,1% (Ruiz &

²⁰ En base a la metodología utilizada por Atkinson, Piketty y Saez en 2011, en su artículo titulado Top Incomes in the Long Run of History.

Mejías, 2017). En relación a la feminización de la pobreza (utilizando el sistema de medición antiguo) se puede observar que el 15% de las mujeres se encuentra bajo la línea de la pobreza (Brega et al., 2015).

Los sectores de menores ingresos tienen un trabajo mal remunerado y de baja productividad, por lo tanto su nivel de consumo está determinado por las transferencias y no por su ingreso a través del trabajo (Infante & Sunkel, 2009). En un país con políticas sociales focalizadas, las transferencias no son extensivas a toda la población que necesita ayuda para cubrir las necesidades básicas. De acuerdo al modelo de acumulación flexible descrito con anterioridad, este régimen es perverso para la población trabajadora porque exprime el valor producido por el trabajo, prácticamente sin dejar excedentes a los(as) trabajadores(as), quienes no tienen otra solución que endeudarse para cubrir determinadas necesidades básicas o bienes como la educación²¹ (Narbona & Páez, 2014).

Más aún, el mecanismo del endeudamiento es en si mismo un elemento de coerción social. Para Soederberg (2014) la deuda sirve para inyectar un mayor grado de neoliberalismo a los distintos

²¹ El 24 de enero de 2018 se aprobó una Ley de Educación Superior que garantiza la gratuidad universal, la acreditación obligatoria de planteles universitarios, la tipificación del lucro en educación como delito y la creación de la Subsecretaría y Superintendencia de la Educación para la fiscalización de la calidad. No obstante, el Ministro de Educación recientemente asumido ha ratificado que para el actual gobierno la educación es un bien económico («Entrevista La Tercera», 2018)

sectores sociales. En un régimen capitalista como el que existe en la actualidad, la explotación primaria se vive a través del trabajo, y consecuentemente existe una manera secundaria de explotación basada en el crédito o la deuda. Aquí es donde los ingresos reales de la población trabajadora son modificados, ya que los intereses pueden extraer ganancias de manera más rápida y más beneficiosa que a partir de la producción. Así, se genera un estado de deuda legitimado y naturalizado. El endeudamiento representa un modo de disciplinamiento social.

De acuerdo a la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras (2017) el endeudamiento de los clientes bancarios ha ido en aumento. Los sectores de menores ingresos tienen índices de morosidad superiores a la mediana. Más del 20% de la población tiene una carga financiera de más del 50% de su ingreso mensual. En cuanto a los deudores no bancarios,²² más del 50% tiene ingresos por menos de CLP 400.000 mensuales. Un informe del Fondo Monetario Internacional reveló que Chile es el país que presenta más endeudamiento en relación al Producto Interno Bruto (PIB) dentro de América Latina. La deuda de los hogares representa un 42% del PIB (International Monetary Fund, 2017).

²² Es decir, quienes tienen deudas en tarjetas de crédito no bancarias. En Chile esta realidad está ampliamente extendida, ya que han proliferado las tarjetas de crédito asociadas a las marcas de supermercados, a las marcas de farmacias, a las marcas de tiendas por departamento, entre otros organismos comerciales.

Como se ha visto, Chile ha sido un país pionero en impulsar un proceso de flexibilización y desregulación laboral a partir del Plan Laboral de 1979, como se ha relatado con anterioridad. Aún cuando a partir de 1990 se intenta reformular el Código Laboral de 1987, hay aspectos estructurales que tienen relación con la flexibilización y desregulación laboral que se mantienen. Estos aspectos estructurales, descritos a partir de los procesos laborales de origen histórico-político, son los que han permitido la implantación de diversas formas de empleo que tienen las características de las nuevas modalidades de trabajo descritas en el capítulo anterior (Acuña, 2008).

De acuerdo a lo descrito en el capítulo 2, desde hace un tiempo (y sobre todo en países como Chile con políticas neoliberales instaladas desde hace décadas) se introdujeron en el mundo laboral prácticas que han desestructurado la cooperación y los colectivos, y por lo tanto han roto las confianzas. Para Dejours (2016) estas individualizaciones aceleran la competencia extrema e introducen la idea de que hay que desarrollar un camino de manera individual a costa del compañerismo o de la solidaridad que implica ser leales hacia las demás personas. La implantación del neoliberalismo tiene como consecuencia directa la destrucción del colectivo y la instalación de la sensación de soledad y desolación. Es la cultura del emprendimiento individual la que exacerba esa sensación (Mayol et al., 2013). A pesar de que existe una internalización individual de estas situaciones, es un fenómeno que tiene su origen en procesos a nivel macro. Existe una percepción generalizada de que lo logrado

se debe a esfuerzos netamente individuales (y por lo tanto también se produce una internalización del fracaso).

De acuerdo al nuevo marco desarrollado por las empresas y por las dinámicas actuales del mercado laboral, existen nuevas formas de acción y representación de la población trabajadora (Soto, 2008b). Este nuevo marco se construyó a partir de la aplicación de las políticas neoliberales, que impulsó un escenario que promueve la individualización de las responsabilidades. Como se describió en el capítulo 2, la transferencia del riesgo a la población trabajadora ha generado una percepción generalizada de tener que funcionar de manera atomizada, con un fuerte componente nocivo de competitividad hacia el resto. Es decir, el único modo de mejorar la calidad de vida es por medio de las destrezas y habilidades adquiridas de manera individual, sin reconocer que muchos de los factores que podrían incidir en mejorar una situación precaria se debe a la implantación de políticas sociales. Para Mayol (2013) es la cultura del emprendimiento individual la que exacerba esa sensación.

El mercado laboral chileno también es un mercado altamente polarizado que ha segmentado a la población trabajadora en dos áreas distintas. En los últimos años se ha evidenciado una regresión en la distribución del ingreso entre trabajo y capital, al mismo tiempo que una regresión en la dispersión de ingresos entre la población ocupada (Reinecke & Valenzuela, 2011). Al existir un aumento en la segmentación del mercado laboral, junto con la idea

de que el trabajo genera bienestar y desarrollo personal, la posibilidad de obtener reconocimiento y recompensa se difumina para la gran mayoría de población trabajadora, porque sólo un porcentaje minoritario de trabajadores(as), las personas que gozan de mayor calificación, tendrán un reconocimiento efectivo (Soto, 2008b).

En síntesis, existe un cúmulo de situaciones de desigualdad que, a través de un sistema social- político-económico e histórico, han ido alimentando un mercado laboral que en la práctica promueve la informalidad.

3.3 La informalidad en Chile y su impacto en la salud

En las últimas décadas se han producido cambios en la urbanización en América Latina, lo que ha repercutido en el mercado laboral. En Chile, esta tendencia significó una disminución del desempleo y del empleo informal desde el punto de vista oficial (Portes & Roberts, 2005).

Llama la atención, sin embargo, que a lo largo de la historia han existido pocos registros para el empleo informal en Chile, tanto a nivel nacional como internacional (Cecchini & Martínez, 2011). Un ejemplo de lo anterior es la ausencia de información para este país en la base de datos de la OIT: Key Indicators of the Labour Market

(KILM). En esta base de datos, que se construye a partir de los registros proporcionados por cada país, no existe información disponible para Chile (ILO, 2018). Los escasos datos encontrados dan cuenta de que en el país la informalidad se mantiene en niveles bajos, en comparación con el resto de los países de la región. Uno de los datos que es especialmente tomado en cuenta al momento de elaborar las cifras de empleo informal ha sido la población asalariada sin contrato, que de acuerdo a la última información disponible corresponde a un 12,4% (INE, 2018). Sólo para caracterizar con un detalle la privación económica de este grupo, al año 2015 el 70% de los asalariados sin contrato ganaba menos de CLP 280.000²³ (Durán & Kremerman, 2015).

Después de varios años en que el análisis del empleo informal no había sido considerado en los sistemas de medición del país, pese a las orientaciones internacionales (ILO, 2002), la política actual está en proceso de cambio. Tomando en cuenta las recomendaciones internacionales emanadas de la OIT (ILO, 2012), recientemente se estableció un nuevo sistema para medir el empleo informal que fue presentado en noviembre de 2017 (INE, 2017). Aún cuando las cifras debieran estar disponibles e incorporadas en el informe oficial que reporta la situación de la fuerza de trabajo trimestralmente, el único dato atribuible al empleo informal que sigue siendo publicado es el de población asalariada sin contrato.

²³ Aproximadamente EUR380 o USD470 (cambio a febrero de 2018).

Teniendo en cuenta lo anterior, para Portes y Roberts (2005), a pesar del primer análisis que muestra la disminución del desempleo y de la informalidad junto con el desarrollo de la urbanización, un análisis más profundo cambia el sentido de lo observado. En efecto, si se aplica un indicador que logre dar cuenta de la seguridad social, (es decir, que considere la desprotección en el empleo) la informalidad aumenta. Para estos autores, hubo un aumento explosivo de empleos precarios y desprotegidos producto de las políticas de neoliberalización que impactaron en la urbanización. La tendencia observada es que junto con el aumento de la flexibilidad y la especialización que suponen las nuevas formas de organización del trabajo (Vosko, 2010), o simplemente como un modo de reducir los costos, las empresas formales utilizan distintas estrategias para tener trabajadores de manera informal (Chen, 2012; Infante, 2011).

Ahora bien, siguiendo a Portes y Roberts, pareciera que la protección social representa un aspecto clave a la hora de entender la informalidad. Tanto la Fundación Sol (en sus Informes Mensuales de la Calidad del Empleo) como algunas tesis finales de licenciatura de grado (Galleguillos San Martín, 2013; Sáez Rubilar, 2013) dan cuenta de la importancia de considerar la desprotección social como elemento clave para incluir en el análisis.

No obstante, teniendo en cuenta el contexto chileno y el modo en que se han configurado los distintos elementos de la protección social, esta tarea resulta un tanto compleja. Los pilares de la seguridad social están compuestos por el acceso a un sistema de

salud, el acceso a un sistema de pensiones, el acceso a un seguro de cesantía o desempleo y el acceso a un seguro de accidentes y enfermedades profesionales. La población trabajadora dependiente tiene el derecho de acceder a los cuatro pilares de la protección social. Sin embargo, para la población trabajadora no dependiente, sólo a contar de 2018 existe la obligatoriedad de cotizar en el sistema de salud y en el sistema de las pensiones. Respecto a este último punto, actualmente hay mucha controversia sobre la continuidad de un sistema que fue violentamente modificado en el período de la dictadura cívico-militar (Fazio & Valenzuela, 2017).

El año 1981 se estableció un sistema de capitalización individual, con una cotización del 10% del ingreso imponible, más una cotización destinada a cubrir el seguro de invalidez y sobrevivencia y una comisión para las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) de cargo del cotizante por administrar las cotizaciones (Comisión Presidencial Pensiones, 2015). Las AFP son entes privados con fines de lucro, que compiten entre si para gestionar el ahorro obligatorio depositado en las cuentas individuales de los trabajadores y las pensiones de la población trabajadora. Es esencialmente un modelo de mercado (Maillet, 2015), en el cual las Administradoras de Fondos de Pensiones invierten este dinero en el mercado financiero (Ruiz & Mejías, 2017) de acuerdo a una normativa establecida por la Superintendencia de Administradoras de Pensiones, organismo estatal encargado de la fiscalización. Así es como se obtiene la rentabilidad (o en muchas ocasiones la pérdida) que hace crecer o disminuir el monto de las pensiones, a

través de la especulación financiera. La promulgación de la ley que estableció la creación de las AFP no sólo afectó dramáticamente el funcionamiento de la protección social en un tema tan sensible como son las pensiones de la población trabajadora, sino que se transformó en la principal fuente de recursos financieros para los grupos económicos encargados de su administración, facilitando un creciente e inédito proceso de concentración de las actividades económica. Aún cuando exista mucha controversia en torno al sistema actual, cualquier cambio al sistema de las AFP no sólo significa plantear transformaciones en cuanto a la seguridad social, sino que también, y sobre todo, abordar de manera profunda el modelo económico en Chile (Fazio & Valenzuela, 2017).

Quienes defienden el actual modelo sostienen que las AFP han representado un aporte al crecimiento económico chileno, al abrir el campo de inversiones y el desarrollo del mercado de capitales, dinamizando la economía (Ruiz & Mejías, 2017). No obstante, ese movimiento financiero ocurre a expensas del ahorro de la población trabajadora, quien a veces percibe alguna ganancia producto de la especulación pero sobre todo asimila las pérdidas por la volatilidad de los mercados financieros globales. El resultado final de este sistema de capitalización individual, junto con: el bajo porcentaje de cotización, los prolongados periodos de ausencia de cotizaciones para un gran porcentaje de la población trabajadora, y el fenómeno de financiarización de las pensiones, es una tasa de reemplazo²⁴

²⁴ Por tasa de reemplazo se entiende el porcentaje del ingreso actual en relación con el ingreso percibido previo a la jubilación.

sumamente deficiente para los(as) trabajadores(as). De acuerdo al Informe Final emitido por la Comisión Asesora Presidencial sobre el sistema de pensiones vigente (2015), la mediana de la tasa de reemplazo actual en el caso de las mujeres es de un 31% y en el caso de los hombres es de un 60%. Esta desigualdad puede tener varias explicaciones, lo cierto es que es un problema estructural del mercado laboral chileno, donde existe una diferencia de género en las tasas de cotización, brecha que se incrementa en los grupos que presentan menor nivel educacional (Piras & Rucci, 2014). Es decir, existiría mayor informalidad en las mujeres.

Ahora bien, ¿qué se conoce de la informalidad en Chile? Si bien es un aspecto poco estudiado, donde es necesaria una mayor profundización de la conceptualización, que logre clasificar y diferenciar grupos específicos que pueden estar teniendo impactos diferenciales en salud, existen algunos estudios al respecto.

Para Infante (2011) en Chile existía en el año 2006 un 39,5% de empleo de la economía informal, que afecta en mayor proporción a las mujeres que a los hombres. El ingreso promedio de trabajadores(as) informales es más de un tercio más bajo que el ingreso de la población trabajadora formal. Este autor realizó un análisis de datos provenientes de la encuesta de hogares (CASEN²⁵) que estableció una estimación del empleo informal considerando personas ocupadas sin contrato y sin cotizaciones en la seguridad

²⁵ Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.

social. En relación con la población no asalariada (empleadores(as), trabajadores(as) por cuenta propia y ayudantes familiares no remunerados) se consideró a las personas que no cotizan en la seguridad social. Realizando una comparación entre la economía formal y la economía informal por sector y sexo, Infante observó que en el año 2006, las mujeres tenían cerca de un 50% de presencia informal en los sectores Industria Manufacturera y Comercio. Por su parte los hombres tenían alta presencia informal (de casi un 50%) en la Agricultura, caza y silvicultura. La conclusión que se extrae de este análisis es que las personas trabajando informalmente se desenvuelven en actividades de más baja productividad e ingresos que los(as) trabajadores(as) formales. Asimismo, fue posible observar que la informalidad en el empleo aumenta a medida que disminuye el tamaño de las empresas. Se observó que los empleos informales son predominantemente ocupados por trabajadores(as) por cuenta propia no calificados(as),²⁶ por personas empleadas en microempresas o en hogares.

Este análisis coincide con el realizado por Peticara y Celhay (2010), quienes describen el tránsito hacia la informalidad y sus características. La población femenina es la que presenta las mayores tasas de empleos informales. Por su parte, quienes trabajan informalmente presentan la tasa más alta de pobreza. En cuanto al tránsito entre la formalidad e informalidad, las personas de más edad que son informales tienden a perpetuarse en ese estado, y en

²⁶ La figura de trabajadores(as) por cuenta propia no calificados(as) se refiere a personas que no cuentan con un título técnico superior o profesional universitario.

general son trabajadores(as) poco calificados(as) o que trabajan en el servicio doméstico. Prácticamente la mitad de la población laboral femenina informal transita hacia la inactividad. Peticara y Celhay también observaron que ha aumentado la permeabilidad entre la formalidad e informalidad en cuanto al trabajo asalariado, aumentando a su vez los empleos vulnerables. Junto con ello, también se observa una transición al alza entre trabajo formal y trabajo no dependiente, particularmente hacia los(as) empleadores(as), segmento que en su mayoría es representado por los(as) microempresarios(as).

Producto de las nuevas modalidades que están evidenciándose en la organización actual del trabajo (como las nuevas formas de contratación, la expansión de algunos sectores, la transferencia del riesgo a la población trabajadora, entre otros elementos descritos con anterioridad), comienza a gestarse un nuevo tipo de relaciones laborales donde la desigualdad se ha amplificado. Como se mencionó anteriormente, la brecha distributiva entre capital y trabajo se ha ampliado y, junto con ello, producto de la concentración de la riqueza, las empresas de menor tamaño son las más perjudicadas. En consecuencia, las mujeres, quienes predominantemente son empleadas por este tipo de empresas, son particularmente las más afectadas (Infante, 2011).

Si bien existe escasa información desde el punto de vista de las características de la informalidad y su dinámica en el mercado laboral chileno, el conocimiento existente se limita aún más al

estudiar la relación entre informalidad y salud. De acuerdo a una investigación que analizó la salud en relación con la clase social de la población trabajadora chilena (Rocha et al., 2013), se observó que la clase calificada como proletariado informal presentó altas tasas de mala salud (autopercebida y salud mental), junto con las clases sociales de supervisores básicos y semicalificados. Aún cuando esta categoría se limitó a describir la población asalariada informal, resulta ser informativa para observar una tendencia.

De acuerdo al conocimiento adquirido en el presente proceso de investigación, se adolece de estudios que hayan profundizado en la relación del empleo informal y las desigualdades en salud en Chile.

Es importante resaltar que producto de las nuevas modalidades en la organización del trabajo (que se han descrito y analizado en el capítulo anterior), la población trabajadora chilena se ha ido configurando en distintos grupos. Esos grupos específicos tienen características particulares que les provocarán determinados efectos en salud, que a su vez desencadenan impactos diferenciales. Son precisamente estos impactos los que dan cuenta de las desigualdades en salud presentes en la población trabajadora de Chile.

4. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

*“Las hileras de casuchas
Frente a frente, si señor
Las hileras de mujeres frente al único pilón
Y arriba quemando el sol”
Violeta Parra 1960-1962*

4.1 Justificación

Las condiciones de empleo y trabajo representan un gran desafío para la investigación en salud pública. La articulación de estas condiciones con los demás aspectos sociales y laborales, y el modo en que afectan la organización social han sido objeto de estudio por diversas disciplinas sociales (Bourdieu, 1999a; Engels, 1892[1845]; Mcdowell, 2004; Portes & Roberts, 2005; Standing, 1999). Y el campo de la salud, en tanto que constructo social, no está ajeno a esta articulación, al ser por ende un fenómeno inmerso en el sistema de organización social. Considerando tanto el enfoque de los determinantes sociales de la salud (Benach et al., 2007; Commission on Social Determinants of Health, 2008) como el enfoque de las determinaciones sociales (Breilh, 1980; Laurell,

1993), el empleo juega un papel clave en la salud de las poblaciones por su repercusión en el proceso vital.²⁷

Desde la salud pública (particularmente teniendo en cuenta el enfoque de los determinantes sociales de la salud) se han desarrollado diversos estudios buscando comprender la manera en que interactúan las condiciones de empleo y trabajo con la salud de la población y la generación de desigualdades (Amable, Benach, & González, 2001; Artazcoz et al., 2004; Benach, Muntaner, et al., 2010; Faragher, Cass, & Cooper, 2005; Quinlan, Mayhew, & Bohle, 2001; Scott-Marshall & Tompa, 2011; Vanroelen, Levecque, Moors, Gadeyne, & Louckx, 2009; Vives et al., 2013). No obstante, sigue existiendo un gran desconocimiento respecto a numerosas características, mecanismos y condiciones del empleo y su impacto en la salud y calidad de vida. Así por ejemplo, se requiere una mayor profundización en su descripción y análisis que permita entender tanto la magnitud del impacto de las condiciones de empleo sobre la salud, como los mecanismos y determinantes asociados al modo en que las distintas condiciones y relaciones de empleo afectan la salud y la equidad de las diferentes poblaciones.

Una de las condiciones de empleo menos estudiadas en el campo de la salud pública y la salud laboral ha sido el empleo informal (Benach, Puig-Barrachina, Vives, Tarafa, & Muntaner, 2012). De

²⁷ La literatura también señala que existe una relación bidireccional entre ambos aspectos, es decir, no sólo el empleo puede afectar la salud, sino que la salud puede incidir en las opciones de empleo (o falta de ellas) que se tengan.

acuerdo a la escasa evidencia disponible, es posible asumir que, en general, la informalidad puede tener un impacto negativo en la salud de la población, ya que las personas que trabajan en situación de informalidad tienen peores condiciones de empleo y trabajo (Basu et al., 2016; Iriart et al., 2008; Ludermir & Lewis, 2005; Lund & Marriott, 2011; Pick et al., 2002; Santana et al., 1997). Sin embargo, la falta de investigación sobre el impacto que genera el empleo informal en las desigualdades en salud representa un importante déficit que tiene su repercusión a distintos niveles: conceptual, metodológico, empírico y político. Es decir, sea cual sea la perspectiva que tomemos, la ausencia de estudios e información con la suficiente calidad y profundidad representa un importante problema global.

En términos conceptuales, constituye todo un desafío poder aclarar qué se entiende por empleo informal. Y si existiera una definición suficientemente clara, nos podemos preguntar: ¿esa definición da cuenta de la multiplicidad de expresiones que tiene la informalidad? Si bien la OIT y WIEGO (Chen, 2012, 2016) han elaborado varios marcos conceptuales para entender el empleo informal (Hussmanns, 2004; ILO, 2002, 2012), es probable que esos marcos conceptuales pueden ser más o menos pertinentes según los contextos que se analicen. En concreto, en el caso de Chile surge la necesidad de preguntarse acerca de la pertinencia de las categorías de población trabajadora propuestas por la OIT. Aún cuando esas categorías sean lo suficientemente amplias como para clasificar a toda la población trabajadora, y a pesar de que se han realizado esfuerzos para incluir

elementos que antes no estaban considerados (Chen, 2016), esa misma amplitud tiende a invisibilizar particularidades que pueden ser muy importantes. Lo anterior constituye una limitación, pues existe el riesgo de subsumir en una misma categoría algunas realidades específicas, dejando otras ocultas. Por el contrario, al identificar las particularidades del empleo informal se podrían incluir las categorías más apropiadas que respondieran a esas realidades específicas. Por este motivo, antes de desarrollar una investigación empírica respecto a los efectos que el empleo informal puede tener sobre la salud de la población y las desigualdades en salud, se plantea la necesidad de estudiar y proponer una clasificación que sea lo más pertinente posible para entender las formas de trabajo informal que tienen lugar en Chile.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio del empleo informal, y más aún si tomamos en consideración la perspectiva de las desigualdades en salud, requiere un abordaje transdisciplinar. Siendo un fenómeno con un elevado grado de complejidad que a la vez resulta ser “invisible” en cuanto a su situación y a sus efectos, parece lógica la necesidad de innovar en la metodología utilizada para poder desarrollar estudios que sean adecuados. De hecho, pensamos que la informalidad sólo puede ser entendida con mayor profundidad si la investigación contiene una aproximación integral que pueda dar cuenta de todos los ángulos, y los estudios transdisciplinares e integrados proporcionan esas cualidades.

La investigación realizada intenta responder a los desafíos planeados desde un abordaje integral en términos conceptuales y metodológicos, donde se tienen en cuenta varios aspectos que han sido olvidados o relegados en el campo de la conceptualización, clasificación y análisis del empleo informal. Al igual que ocurre con la precariedad en el empleo (Benach et al., 2016), profundizar en el conocimiento en torno al empleo informal no sólo ayudará a visibilizar las diversas manifestaciones que puede tener el fenómeno, sino que también es indispensable para valorar de forma más adecuada el impacto que tiene sobre la salud de la población y las desigualdades en salud.

En relación con la dimensión empírica, el poco conocimiento que existe sobre el empleo informal y su relación con la salud se ha traducido sobre todo en estudios limitados a poblaciones específicas, como por ejemplo, Santana y Loomis (2004), Giatti, Bareto, César (2008b). En cambio, sólo unos pocos estudios han realizado un análisis poblacional del tema, como es el caso de Alfery y Rogan (2015), López-Ruiz, Artazcoz, Martínez, Rojas (2015), y Temkin (2016). Asimismo, se han encontrado escasos estudios que analicen la relación entre el empleo informal y la mala salud según ejes de desigualdad como la clase social (Rocha et al., 2013) o el género (Lopez-Ruiz et al., 2017), y aún es más escasa la información proveniente de América del Sur y de Chile en concreto, que a la vez tenga en cuenta un análisis poblacional y un foco en las desigualdades en salud (Rocha et al., 2013; Rocha et al., 2014). No sólo es importante dar cuenta de la diversidad del fenómeno, sino

que también es indispensable entender el impacto diferencial que el empleo informal puede producir en los distintos grupos de trabajadores(as), y profundizar en los mecanismos sociales asociados a la informalidad como un problema global de salud pública de gran importancia.

Ahora bien, ¿por qué realizar una investigación de estas características en el contexto chileno? Desde el año 1973 y producto del golpe de Estado fascista que experimentó Chile, seguido por una dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet (1973-1990), se instalaron una serie de reformas sociales, económicas y laborales junto con una agresiva agenda económica neoliberal de la mano de los denominados “Chicago boys”²⁸ (Harvey, 2005; Undurraga, 2015). Estas reformas modificaron de manera profunda el mercado laboral chileno.

Aún cuando han pasado casi dos décadas desde que se inició la denominada “transición a la democracia” en Chile, las bases del modelo neoliberal siguen estando vigentes en la sociedad chilena y en el mercado laboral. Por un lado, junto con la limitada capacidad del Estado para fiscalizar, se han elaborado distintas estrategias para realizar prácticas al margen de lo establecido por la ley. Por otra parte, el sindicalismo perdió fuerza negociadora a partir de las políticas neoliberales impulsadas en la dictadura que más tarde

²⁸ Concepto que hace referencia a los economistas chilenos formados en la Escuela de Economía de la Universidad de Chicago en la década de 1960, cuando ese programa se encontraba bajo la dirección de Milton Friedman.

continuaron durante el período de la transición a la democracia (Fraile, 2009; Riesco, 2009). Si bien el número de empleos se ha incrementado desde 1990,²⁹ los estándares de calidad que presentan estos empleos son en general bajos o muy bajos (Sehnbruch, 2012). Este es uno de los principales factores que permite explicar la brecha de desigualdad socioeconómica que existe en Chile. De acuerdo al Banco Mundial, el Coeficiente Gini no ha bajado de los 50 puntos (World Bank, 2016), siendo el país que presenta el índice de mayor desigualdad de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2015).

En este escenario socioeconómico han persistido distintos tipos de empleo informal y han emergido otros, en un mercado laboral altamente heterogéneo (Reinecke & Valenzuela, 2011). Como resultado, existe una fuerte segregación y una gran exclusión de un número considerable de trabajadores(as) que no pueden optar a los beneficios asociados al empleo formal (Infante, 2011). Sin duda, este fenómeno puede tener un significativo impacto en la salud de la población y en las desigualdades en salud.

En contextos donde hay una fuerte influencia de las políticas neoliberales como es el caso chileno, los empleos informales tienden a aumentar, expandiéndose cada vez más porque estos

²⁹ Sólo para ejemplificar el incremento en el número de empleos, desde el período comprendido entre 2009 a 2012 se crearon aproximadamente 600.000 empleos y la tasa de desempleo disminuyó desde cerca de un 10% a un 6,4% (J. Ruiz-Tagle & Sehnbruch, 2015, p. 234).

emergen como una alternativa plausible para que muchas personas puedan entrar al mercado laboral. Al mismo tiempo, distintas expresiones de la informalidad tienden a invisibilizarse al amparo de una institucionalidad que genera mecanismos que ocultan o disimulan la propagación de las condiciones precarias en el empleo, muchas de las cuales están relacionadas con la aparición de empleos informales (Portes & Roberts, 2005).

Para diseñar políticas y acciones que puedan revertir las desigualdades sociales en salud relacionadas con las condiciones de empleo, particularmente del empleo informal, resulta esencial disponer de una información desagregada en forma apropiada y con la mayor calidad posible. Sólo cuando se visibilizan adecuadamente los aspectos latentes en una sociedad, se hace factible abordar los problemas de salud pública relacionados con las desigualdades en salud. Por otra parte, si al analizar el empleo informal sólo se considera una porción de él, o si no se le presta suficiente atención al conjunto de sus particularidades, resultará extremadamente difícil observar los cambios producidos en el empleo y en la población trabajadora respecto al fenómeno de la informalidad. Cuando los promedios esconden las diferencias existentes en los subgrupos específicos de la población trabajadora, su impacto diferencial en la salud también quedará oculto.

Por todos estos motivos resulta fundamental a la vez visibilizar las particularidades específicas y los efectos diferenciales que el empleo informal genera. Para entender adecuadamente el empleo

informal es fundamental categorizar a los(as) trabajadores(as) en grupos cuyas características sean lo más homogéneas posibles y analizar los cambios que se producen a lo largo del tiempo. Entender las dinámicas de esos grupos específicos y sus particularidades permite dar cuenta del modo en que operan los mecanismos asociados al empleo informal y que tienen relación con la salud. La detección de mecanismos sociales permite profundizar en los impactos diferenciales entre grupos de trabajadores(as), donde el género es un eje transversal fundamental en la generación de desigualdades en salud. Además, un sistema de categorización pertinente y actualizado puede ofrecer la información necesaria para desarrollar políticas que ayuden a reducir las desigualdades en el mercado de trabajo y en la salud de la población.

4.2 Preguntas de investigación y objetivos

Al analizar los vacíos existentes tras la revisión efectuada, y considerando el cuerpo de conocimiento descrito anteriormente, la presente tesis se plantea la siguiente pregunta general de investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre el empleo informal y las desigualdades en salud en Chile?

a) Preguntas y supuestos de la investigación

Esta pregunta principal a su vez se concreta en las siguientes preguntas específicas:

- ¿Qué entendemos por empleo informal en los países de América del Sur, y en especial en Chile?
- ¿El empleo informal repercute en la salud de las personas?
- ¿El empleo informal genera desigualdades en salud? Si es así ¿en qué medida? Y ¿en qué grupos sociales?

Esta investigación se ha desarrollado desde una aproximación metodológica de tipo abductivo,³⁰ es decir, con elementos previamente establecidos, que se han ido retroalimentando y concretando de un modo más pertinente para los fines del presente estudio a partir del trabajo realizado en las distintas fases de la investigación: el trabajo de conceptualización y revisión, y el trabajo empírico. Además, el enfoque de multimétodos ha potenciado la aproximación abductiva, favoreciendo la complementariedad de las distintas fases durante todo el proceso de investigación. Considerando los aspectos antes descritos, se explicitan aquí los supuestos de partida que han orientado la ruta de esta investigación:

³⁰ Para un mayor desarrollo, ver apartado de metodología (capítulo 5).

- En los países de América del Sur, y particularmente en Chile, el empleo informal es un fenómeno frecuente.
- El empleo informal repercute negativamente en la salud de las personas.
- El empleo informal es un determinante social que contribuye a aumentar las desigualdades sociales en salud, en relación con los patrones de género, de clase social, las diferencias étnicas, el estatus migratorio y la edad.

b) Objetivo general y objetivos específicos

Con el fin de responder a las preguntas de investigación planteadas y contrastar los supuestos iniciales, la presente investigación se plantea el objetivo general y los objetivos específicos propuestos a continuación, que a su vez han orientado las distintas herramientas metodológicas a utilizar en las diferentes fases de este trabajo de investigación:

Objetivo general

Determinar la relación entre el empleo informal y las desigualdades en salud en Chile.

Objetivos específicos

1. Caracterizar y analizar la situación del empleo informal respecto a su definición, clasificación y medición en los países de América del Sur.
2. Describir y analizar a la población trabajadora en Chile en relación a su: situación de protección social, condiciones socio-demográficas, trabajo y salud.
3. Analizar las dimensiones relacionadas con las desigualdades en salud y el empleo informal en Chile, y el impacto que éste puede tener sobre la salud de la población.

5. ABORDAJE METODOLÓGICO

*“Cada día me hice una nueva síntesis:
me hundí en el orden de la filosofía,
busqué el orden de la ciencia, me inmiscuí en religiones antiguas como
historia, el privilegio hecho verdad de los tres órdenes”
Julieta Kirkwood 1986*

Junto a la reflexión en torno a los conceptos y situaciones que afectan al empleo informal y su relación con la salud, la reflexión y propuesta metodológica realizada ha cobrado una alta relevancia a lo largo de esta investigación. Así, aún cuando la información obtenida a partir de los objetivos de la tesis es presentada de manera consecutiva, la realización de las distintas fases que componen el proceso no ha seguido un orden lineal, sino más bien ha sido iterativo e integrado, propio de un diseño abductivo.

A continuación se presenta el marco metodológico utilizado, con las ventajas que proporciona un enfoque que combina distintos tipos de metodología y la propuesta desarrollada en esta investigación. Posteriormente, se detalla la metodología utilizada para cada objetivo de la tesis. Por último, se destacan las consideraciones éticas que contempló la presente investigación.

5.1 Marco metodológico

En relación con las disciplinas de investigación, sobre todo las del ámbito social, ha existido una división histórica entre dos tipos de enfoque metodológico, que se han enmarcado dentro de paradigmas epistemológicos diferentes (Taylor & Bogdan, 1984). El positivismo, o neopositivismo, ha devenido en la utilización de la metodología cuantitativa como única estrategia válida mediante la cual obtener conocimiento. Por su parte, la tradición interpretativista ha utilizado como principal herramienta metodológica el enfoque cualitativo.

Teniendo en cuenta el proceso histórico hegemónico que ha jugado la epidemiología, la salud pública ha tendido a valorar de un mejor modo la investigación que se adecuaba a la metodología cuantitativa, prestándole menos importancia a los enfoques cualitativos (Silva, 2000). No obstante, en tanto disciplina social, resulta imperiosa la necesidad de que la salud pública incorpore otros enfoques metodológicos que permitan complementar la mirada y poder abordar los complejos problemas que proliferan cada vez más en el desarrollo de la disciplina.

Desde hace décadas se ha trabajado en la necesidad de articular los distintos enfoques metodológicos con el fin de responder de un modo más integral a los fenómenos de estudio en las disciplinas sociales (Callejo & Viedma, 2005; Tashakkori & Teddlie, 2003). Para dar cuenta de la complejidad que existe en el entramado social,

dada por la concatenación de procesos de distinto orden, como los culturales, sociales, políticos o económicos, se requiere elaborar un abordaje que permita complementar miradas y enfoques que posibiliten entender de un modo más preciso la realidad estudiada. Y en este marco, la aproximación de la metodología mixta, o bien la utilización de una metodología integrada,³¹ posibilitarían obtener un mejor conocimiento de los procesos que se estudian.

En esta investigación se llevó a cabo una estrategia de metodología mixta para poder responder de un mejor modo a la pregunta principal de investigación, teniendo en cuenta un enfoque que diera cuenta de un proceso lo más integral posible.

a) Ventajas de la metodología integrada

Desde el momento en que las disciplinas sociales y de salud se plantean la posibilidad de analizar y de entender los procesos sociales que, como ha quedado de manifiesto tienen una naturaleza altamente compleja, las aportaciones metodológicas con un enfoque integrado constituyen una ventaja por distintos motivos.

³¹ Aún cuando pueden existir diferencias entre el abordaje de la metodología mixta y el desarrollo de una metodología integrada, se rescatan los elementos comunes que están conformando ambas aproximaciones, esto es: la articulación de distintos enfoques metodológicos, y el diálogo permanente que existe entre ellos.

En primer lugar, desde un punto de vista teórico, una aproximación metodológica integrada permite abordar los fenómenos estudiados desde distintos puntos de vista. Es decir, desde el inicio de la investigación es posible plasmar un acercamiento multifocal que favorezca la inclusión de nuevas preguntas de investigación y de un diálogo constante con diversos enfoques que pueden retroalimentarse entre sí.

En segundo lugar, los abordajes que combinan metodologías desde una perspectiva multimétodo o de un modo integrado permiten una mayor eficiencia metodológica, puesto que al complementar estrategias se reducen las debilidades que tiene cada una de las aproximaciones metodológicas si estas se desarrollaran por separado (Verd & López, 2008).

En tercer lugar, al utilizar metodologías que se complementan, tanto el diseño como el desarrollo de la investigación dan cuenta de una mayor solidez. De este modo, es posible desarrollar una mejor descripción y comprensión del fenómeno de estudio debido a que se proponen objetivos más amplios y con mayor alcance, reduciéndose las debilidades que pudieran existir al aplicar un solo tipo de metodología, y complementando la información obtenida a partir de las distintas vertientes utilizadas.

En definitiva, un abordaje metodológico integrado permitirá obtener una “panorámica-puzzle” (Callejo & Viedma, 2005, p. 54), donde

se complementan las miradas y se entrelazan las piezas que permiten entender de un modo más pertinente la realidad social.

b) Propuesta metodológica

La aproximación que se ha realizado en esta tesis ha sido de tipo abductivo. Si bien se contaba con una teorización y conceptualización previa al desarrollo de las fases de trabajo de campo y producción de la información, la concreción y construcción definitiva del modelo de análisis se llevó a cabo al mismo tiempo que el desarrollo mismo del proceso de análisis. Es decir, la teoría definitiva que ha servido para dar cuenta de la información encontrada y poder elaborar los resultados, surgió a partir de elementos previamente establecidos y de elementos que han emergido sobretudo durante las etapas cualitativas que se han realizado en el proceso de investigación.

Desde un punto de vista teórico, es decir, considerando los distintos diseños de metodología mixta que han sido relevados en la literatura (Callejo & Viedma, 2005; Creswell & Clark, 2010; Mason, 2006; Verd & López, 2008), la investigación realizada podría adscribirse al diseño multifase (Creswell & Clark, 2010) con algunas características particulares. En una primera fase se desarrolló un diseño secuencial, en una segunda fase el diseño se volvió convergente, y en una tercera fase se desarrolló un tipo de investigación convergente con elementos parcialmente secuenciales. A continuación se explican las fases de la investigación y sus

características particulares, para posteriormente describir el desarrollo del proceso de investigación.

Fases de la investigación

Fase 1, secuencial:

Esta fase forma parte de un modelo secuencial ya que se realizaron dos secciones de manera consecutiva –una revisión bibliográfica y entrevistas cualitativas a informantes clave-, y en cada una de ellas se obtuvo un producto o resultado diferente (artículo 1 y artículo 2 respectivamente).

Fase 2, convergente con características de tipo parcialmente secuencial:

Esta fase se caracterizó por contar con un enfoque convergente, aunque también hubo momentos secuenciales.

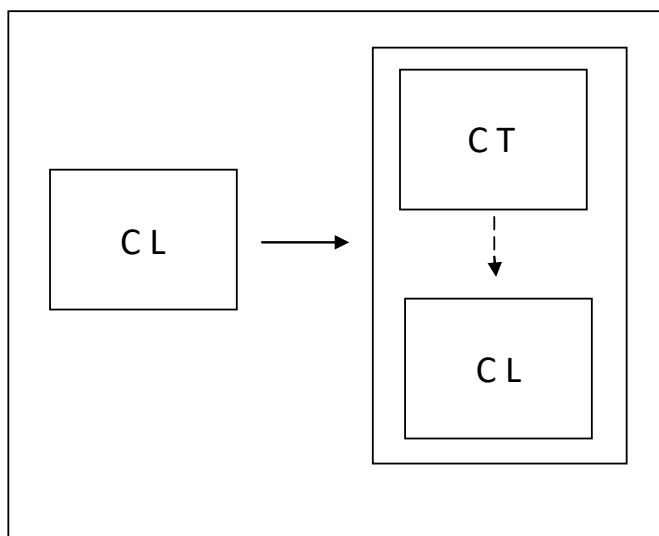
2.1 Se desarrolló un modelo convergente porque se llevaron a cabo dos estrategias metodológicas de tipo cualitativo y de tipo cuantitativo de manera paralela. Ambas estrategias tuvieron una retroalimentación constante, es decir, su realización paralela permitió una permanente conversación entre las dos estrategias. El producto obtenido de este trabajo se concretó en el artículo 3.

2.2 El modelo secuencial se obtuvo a partir del desarrollo de la estrategia cualitativa que se realizó una vez que se completó el proceso convergente explicado en el punto anterior. Como resultado de este apartado se obtuvo el artículo 4.

2.3 La convergencia se desarrolló al momento de realizar un análisis integrado del conjunto de resultados del proceso de investigación.

De acuerdo con las fases anteriormente descritas y teniendo en cuenta los diseños de metodología mixta que existen en la literatura, la investigación realizada puede graficarse en el siguiente diagrama (Figura 6), donde CL corresponde a metodología cualitativa y CT a metodología cuantitativa.

Figura 6 Diseño de investigación "Empleo informal y desigualdades en salud en Chile"



Este diagrama representa el marco metodológico general de la tesis. En él se destaca la innovación metodológica dentro del ámbito de la metodología mixta, ya que se buscó la conversación entre distintos

ejes paradigmáticos, a partir de un punto de vista abductivo. La utilización y desarrollo de las distintas técnicas buscó fusionar la información recopilada desde distintas visiones para responder al problema planteado, lo que permitió un abordaje lo más integral posible.

Desarrollo del proceso de investigación

La Fase 1 tuvo dos secciones diferentes:

1.1 Con el fin de explorar la conceptualización del empleo informal en el contexto estudiado, se realizó una revisión del tipo Scoping Review, que es una estrategia que contempla la revisión de la literatura científica, la literatura gris y el desarrollo de entrevistas a informantes clave. Con esta revisión se estructuró el primer artículo de la investigación.

1.2 A partir de la exploración cualitativa inicial, se ampliaron las entrevistas a informantes clave para profundizar en el análisis, complementándose la información obtenida con una revisión de literatura orientada a abordar el contexto socio-histórico laboral de Chile. El objetivo de este trabajo fue categorizar a la población trabajadora en función de la formalidad o informalidad en el empleo. Con la condensación de estos dos elementos (entrevistas cualitativas y desarrollo teórico) se pudo elaborar el segundo artículo de la tesis.

La Fase 2 contó con una primera sección convergente, una segunda sección parcialmente secuencial y una tercera sección convergente:

2.1 Una vez que se desarrolló la categorización de la población trabajadora, se realizaron dos estrategias metodológicas simultáneamente: por una parte, se realizó una descripción exploratoria cuantitativa; por otra parte, se llevó a cabo el trabajo de campo cualitativo en Chile, separado en dos etapas distintas, especialmente debido a asuntos de factibilidad práctica.

Los dos tipos de metodología utilizados (tanto la descripción cuantitativa como el trabajo en terreno cualitativo) se retroalimentaron nutriéndose mutuamente de los avances que se iban obteniendo en el corto plazo, tanto desde la descripción cuantitativa como desde el trabajo de campo cualitativo. Lo anterior se vio reflejado en situaciones específicas que permitieron potenciar la articulación entre las fases. Un ejemplo de ello fue la posibilidad de conducir la segunda etapa del trabajo de campo cualitativo, donde se logró una profundización en determinados aspectos para complementar la información que se iba obteniendo a partir del análisis cuantitativo. Otro ejemplo de la conversación entre ambas estrategias fue la elección de las variables a utilizar en el análisis cuantitativo, que se obtuvo a partir de un análisis crítico teniendo en cuenta la información obtenida a través de la metodología cualitativa.

Una primera descripción cuantitativa exploratoria condujo posteriormente al análisis cuantitativo, que se nutrió a su vez de la

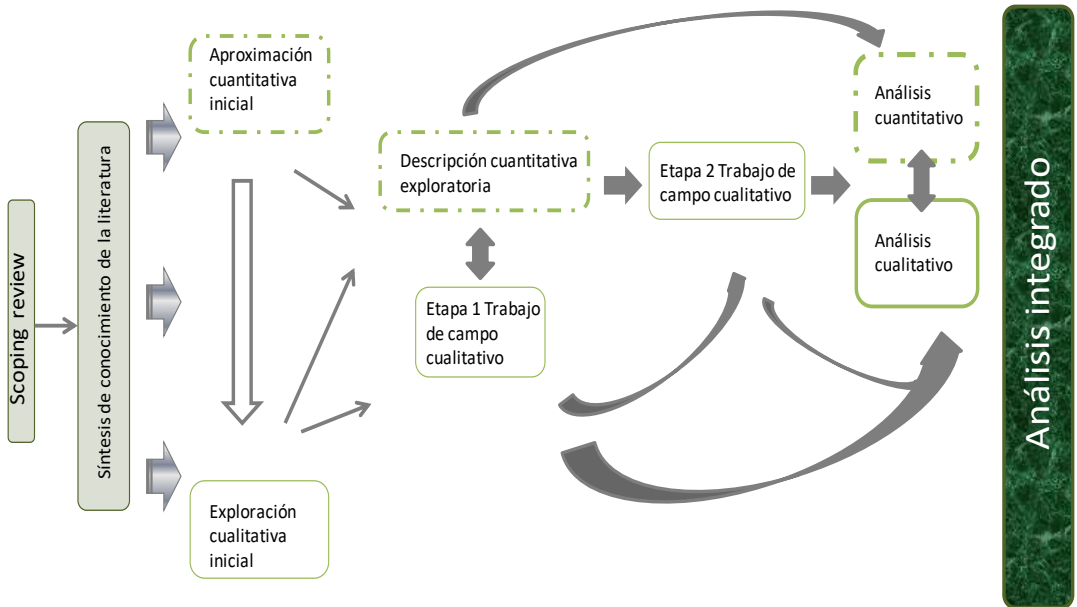
información proveniente del trabajo de campo cualitativo, a partir de las transcripciones de las entrevistas desarrolladas. El desarrollo de la estrategia cuantitativa se cristalizó en la elaboración del tercer artículo de la tesis. No obstante, el análisis cualitativo aún en proceso de elaboración final sirvió para complementar la información de algunos aspectos que no pudieron ser respondidos por la estrategia metodológica cuantitativa.

2.2 A partir del punto anterior, se desarrolló el análisis cualitativo de manera más profunda y sistemática, lo que permitió elaborar el manuscrito del cuarto artículo de la investigación doctoral.

2.3 De manera posterior a los momentos antes descritos, se ha desarrollado un análisis integrado junto con la elaboración de los resultados integrados en el manuscrito final de la tesis.

Aún cuando la figura 6 grafica el diseño de la investigación, es importante destacar que el siguiente diagrama representa el flujo real de la estrategia metodológica llevada a cabo. Así es posible observar que la figura 7 enfatiza las retroalimentaciones que se produjeron en los distintos momentos de la investigación.

Figura 7 Flujo real del diseño metodológico de la investigación "Empleo informal y desigualdades en salud en Chile"



c) Descripción de las metodologías y técnicas utilizadas

1. Realización de una scoping review

1.1 Se desarrolló una búsqueda bibliográfica en bases de datos que condensan los estudios científicos, como SCOPUS, Social Science Research Network y JSTOR, incluyéndose además la web Google Scholar. Se realizó la búsqueda considerando como palabras clave: “empleo informal”, “economía informal”, “sector informal” y “trabajo informal”. A estas palabras clave se le anexaron los términos: “identificación”, “definición”, “clasificación” y “medición”. La estrategia de búsqueda consideró los idiomas castellano, catalán, inglés, italiano y portugués. No se contempló

utilizar un filtro por años, con la excepción de Google Scholar, donde se delimitó la búsqueda a seis años, para así poder recoger la información más reciente.

La búsqueda de documentos en la literatura gris consideró los mismos criterios, revisando la información generada por los organismos públicos, internacionales y organizaciones no gubernamentales en relación al empleo informal. Por una parte, se buscó información proveniente de las páginas web de las siguientes instituciones internacionales: la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la organización Women in informal Employment Globalizing and Organizing (WIEGO) y el Banco Mundial. Por otra parte, para cada país de América del Sur se realizó una búsqueda en los siguientes organismos públicos: Ministerios de Trabajo, y las entidades que disponen de estadísticas oficiales (como los Institutos Nacionales de Estadísticas). Adicionalmente, se realizó una entrevista a un informante clave de Chile, ya que los documentos institucionales revisados no lograban responder de manera completa a las preguntas de investigación. En tres países no fue posible obtener información, ya sea porque los datos eran insuficientes, como el caso de Bolivia, o porque la información no estaba disponible, como en los casos de Guyana y Surinam.

1.2 Se condensó la información encontrada, seleccionando los artículos y la documentación que respondía a los criterios de selección según el abordaje del tema, es decir, artículos que tenían

un acercamiento a la temática de salud; de acuerdo a la pertinencia de los artículos con el objeto de estudio, y de acuerdo a su actualidad. El período de los últimos 6 años fue considerado como el más relevante. En total, se seleccionaron 11 artículos científicos y 45 documentos de la literatura gris.

1.3 Se realizó un análisis y una posterior síntesis considerando los marcos conceptuales que tienen relación con los Determinantes Sociales de la Salud y con el empleo, que han sido tratados en el capítulo II.

2. Metodología cualitativa: Entrevistas semi estructuradas a informantes clave

Se realizaron 10 entrevistas en profundidad en Chile a personas con distintos perfiles –profesionales de sociología, psicología, economía y derecho-, conocedoras de la realidad laboral, ya sea desde un punto de vista académico o de la gestión/ implementación de políticas públicas vinculadas al mercado de trabajo.

3. Metodología cuantitativa: Análisis epidemiológico a partir de una base de datos poblacional

Se utilizó la base de datos de la Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile 2009- 2010 (Enets). Los análisis realizados se estratificaron por sexo, incluyendo a 8.357 personas mayores de 15 años, que representan a 6.500.029 personas, el total de la población trabajadora en Chile del 2009.

Como población ocupada se consideró a las personas que habían trabajado la semana anterior a la encuesta, que estaban fuera por un motivo o que realizaron una actividad que se califica como laboral.

1.1 Se realizó un análisis descriptivo, dividiendo a la población trabajadora en 13 categorías en función de los resultados obtenidos a partir del segundo objetivo propuesto en la tesis-. Se consideró el estatus en el empleo para realizar la división entre empleo dependiente y no dependiente. Para el empleo dependiente, se dividió a los(as) trabajadores(as) por su situación contractual y por el lugar donde se desarrolla el trabajo. La población autónoma (no dependiente) se dividió por su nivel educacional. Por su parte, la población empleadora (también no dependiente) fue clasificada según el número de trabajadores(as): menos de 5 trabajadores(as) y 5 o más trabajadores(as).³²

Las variables utilizadas para dicho análisis se agrupan de acuerdo a varios ejes temáticos: sociodemográficas (edad, estado civil, jefatura de hogar, nivel educacional, origen étnico) y protección social (cobertura de seguro de salud, cobertura de seguro para pensiones, contar con seguro de desempleo, contar con seguro de accidentes y enfermedades profesionales), descripción ocupacional (actividad económica y ocupación). Este conjunto de variables fueron analizadas en función de las 13 categorías de población

³² Esta clasificación se encuentra desarrollada en el artículo 2 de la presente tesis.

trabajadora propuesta para Chile. Para ello se utilizó el software SPSS versión 22.

1.2 Se realizó un estudio transversal que consideró como variable no dependiente la clasificación de población trabajadora propuesta para Chile, con sus 13 categorías, que fueron condensadas en 4 grandes grupos de población trabajadora (dependientes formales, dependientes informales, no dependientes formales y no dependientes informales). La caracterización socio demográfica consideró la: edad, el sexo, el nivel educacional, la ocupación y la actividad económica. Las variables dependientes se relacionaron con la salud (salud autopercebida y salud mental). Para el análisis descriptivo se utilizó el software SPSS. Se condujeron dos modelos de regresión Poisson para calcular Razones de Prevalencia, uno de los modelos ajustado por edad y el otro ajustado además por ocupación. No se observaron mayores diferencias entre ambos modelos. Para esta parte del análisis se utilizó el software STATA versión 14.

4. Metodología cualitativa: Análisis de entrevistas en profundidad

Se realizaron 30 entrevistas en profundidad -semi estructuradas- a distintos perfiles de la población trabajadora en Chile, de acuerdo a las 13 categorías propuestas. Los(as) participantes se seleccionaron en base a un muestreo intencional con estrategia de bola de nieve, que buscaba la inclusión en el estudio de trabajadores(as) del espectro de modalidades de empleo formal e informal. Para obtener

el primer contacto con los distintos grupos de población trabajadora, se contó con la ayuda de un organismo no gubernamental (Fundación Sol), que ha analizado profusamente la situación del empleo en Chile, y que ha apoyado a las diversas organizaciones sindicales en la mejora de las condiciones de trabajo.

Para la estrategia de análisis se utilizó el método comparativo constante (Corbin & Strauss, 1990; Strauss, 1987). Se desarrolló un proceso de codificación jerárquica, que se fue creando de forma inductiva durante el análisis, en base a pautas genéricas y flexibles de clasificación de los efectos que tiene el empleo informal sobre las condiciones de vida y de trabajo.

Este sistema de codificación y creación de relaciones, agrupaciones y memos fue revisado y discutido en el seno del equipo de forma iterativa a lo largo del proceso de análisis, y se puso en diálogo con el conocimiento teórico existente (Strauss, 1987). En este proceso los datos se analizaron y codificaron, en primer lugar, de forma vertical, es decir, analizando las entrevistas completas como una entidad que permitiese considerar la experiencia de cada participante en su conjunto. En segundo lugar, se realizaron análisis transversales que buscaban las similitudes y diferencias entre los casos entrevistados, sobretudo buscando las particularidades y realidades compartidas de las personas con empleo informal en contraste con las que tienen empleos formales, y sus implicaciones en términos de salud y calidad de vida. Para el análisis de esta fase de la investigación se utilizó el software Atlas.ti versión 7.5.

d) Metodología para cada objetivo

Para poder responder al **primer objetivo específico** de la tesis (caracterizar y analizar la situación del empleo informal respecto a su definición, clasificación y medición en los países de América del Sur) se realizó una scoping review. Esta herramienta contempla la búsqueda bibliográfica de literatura científica y gris, por lo que permite tener una visión integral del objeto de estudio.

Para responder al **segundo objetivo específico** de la tesis (describir y analizar a la población trabajadora en Chile en relación a su situación de protección social, a sus condiciones socio-demográficas, de trabajo y salud) se realizaron distintas estrategias metodológicas: entrevistas semi estructuradas a informantes clave y análisis epidemiológico utilizando la base de datos de la Enets, con el objetivo de evaluar la clasificación propuesta de los grupos de trabajadores(as). A partir de la información obtenida –sustentada en una revisión teórica- se establecieron las principales dimensiones para analizar a la población trabajadora desde la perspectiva de la informalidad.

Para responder al **tercer objetivo específico** de la tesis (analizar las dimensiones relacionadas con las desigualdades en salud y el empleo informal en Chile, y el impacto que éste puede tener sobre la salud de la población), se utilizaron dos estrategias metodológicas complementarias. Por una parte, se desarrolló un análisis cuantitativo epidemiológico utilizando la base de datos Enets para

establecer la relación entre empleo informal y salud desde un punto de vista epidemiológico, lo cual permitió valorar la magnitud y variabilidad de las asociaciones encontradas. Por otra parte, se desarrolló una estrategia inductiva, “abierta al descubrimiento” (Strauss, 1987; Verd & Lozares, 2016) para de ese modo identificar los mecanismos sociales asociados al empleo informal que se vinculan con las condiciones de vida y las condiciones de trabajo, que producen efectos sobre la salud y la calidad de vida. El uso de una metodología cualitativa permitió profundizar en la experiencia de la población trabajadora respecto a las condiciones de empleo, de vida y de trabajo, delineando así el camino para entender el proceso (siguiendo a Bennett & Elman, 2006) por el cual el empleo informal impacta sobre la salud. Las entrevistas en profundidad se realizaron en dos momentos distintos por motivos de factibilidad. En la etapa 1 del trabajo en terreno (entre septiembre y octubre del año 2014) se llevaron a cabo 16 entrevistas, con el objetivo de entrevistar a todos los grupos de población trabajadora, es decir, las 13 categorías propuestas. No obstante, hubo un grupo (población asalariada sin contrato) al que no fue posible acceder en esta etapa siendo entrevistado en la siguiente. En la etapa 2 (entre mayo y julio de 2015), se realizaron 14 entrevistas en profundidad focalizando en grupos específicos para responder a determinadas preguntas después de la realización de la etapa 1 y de los avances en la descripción cuantitativa exploratoria.

5.2 Consideraciones éticas

Al realizar un estudio con información tan sensible como la obtenida en este estudio, resulta fundamental resguardar las máximas condiciones éticas para llevar a cabo el proceso de investigación de un modo apropiado.

De manera previa a la realización de las entrevistas, las personas fueron informadas de los objetivos del estudio y de los criterios de utilización de la información recogida en base a la entrevista, siendo conscientes de todo el proceso y teniendo la libertad para abandonar el estudio en cualquier momento. Para formalizar este proceso, cada persona entrevistada firmó un consentimiento informado manifestando su voluntad por separado, para cada uno de los siguientes puntos: su participación en el proceso, la grabación de las entrevistas, su transcripción literal, el análisis de la información, y la exposición literal en el documento final. La información de las entrevistas ha sido anonimizada para asegurar la confidencialidad. De mismo modo, la base de datos utilizada (la encuesta poblacional) cuenta con datos anónimos.

Por último, se declara la no existencia de conflictos de interés. El proyecto de investigación de esta tesis ha contado con la aprobación del Comité ético del Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona -Investigación Clínica del Parc Hospital Mar, Barcelona- (ver anexo 3).

6. RESULTADOS

*“La salud no se vende...
Pero tampoco se regala.”
Asa Cristina Laurell (1984)*

Artículo 1. ¿Es posible comparar el empleo informal en los países de América del Sur? Análisis de su definición, clasificación y medición.

Artículo 2. Unravelling hidden informal employment in Chile: Towards a new classification and measurements for extrapolation abroad

Artículo 3. How does informal employment impact population health? Lessons from the Chilean employment conditions survey

Artículo 4. Informality under the skin. Chilean workers: (re)presenting informal employment and health inequalities.

Artículo 1

¿Es posible comparar el empleo informal en los países de América del Sur? Análisis de su definición, clasificación y medición

Ruiz ME, Tarafa Orpinell G, Jódar Martínez P, Benach J. [¿Es posible comparar el empleo informal en los países de América del Sur? Análisis de su definición, clasificación y medición.](#) Gac Sanit. 2015 Jan;29(1):65–71. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.07.015

Artículo 2

Unravelling hidden informal employment in Chile: Towards a new classification and measurements to study its public health impact

Ruiz, M. E., Vives, A., Puig-Barrachina, V., & Benach, J.
Unravelling hidden informal employment in Chile: Towards a new
classification and measurements to study its public health impact.
(Submitted)

Unravelling hidden informal employment in Chile: Towards a new classification and measurements to study its public health impact

Marisol E Ruiz^{a,b*}, Alejandra Vives^{a,c}, Vanessa Puig-Barrachina^d,
Joan Benach^{a,b,e}

(a) Health Inequalities Research Group - Employment Conditions Knowledge Network (GREDS-EMCONET), Department of Political and Social Sciences, Parc de Recerca, Universitat Pompeu Fabra, c/Ramon trias Fargas 25-27, 08005 Barcelona, Spain

(b) Johns Hopkins University - Universitat Pompeu Fabra Public Policy Center, c/Ramon trias Fargas 25-27, 08005 Barcelona, Spain

(c) Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Diagonal Paraguay 362, 2_ piso, 8330077 Santiago de Chile

(d) Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, Spain

(e) Transdisciplinary Research Group on Socioecological Transitions (GinTRANS2), Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Spain

* Corresponding author at: Health Inequalities Research Group – Employment Conditions Knowledge Network (GREDS-EMCONET), Department of Political and Social Sciences, Parc de Recerca, Universitat Pompeu Fabra, c/Ramon trias Fargas 25-27, 08005 Barcelona, Spain.

E-mail addresses: marisol.ruiz@upf.edu (M.E. Ruiz), alvives@med.puc.cl (A. Vives), vpuig@aspb.cat (V. Puig-Barrachina), Joan.benach@upf.edu (J. Benach).

Unravelling hidden informal employment in Chile: Towards a new classification and measurements to study its public health impact

Abstract

The aim of this study is to assess differences in the working population of Chile under the definition of informal employment. A new categorisation of informal employment is proposed, with a focus on social protection as a key element in the definition of informal employment status and thereby, making visible different groups of workers that until now remain hidden. From a mixed methodological strategy that combines literature review, key informant interviews and quantitative data analysis, it seeks to understand the complexity of the social phenomenon of informality.

Keywords: Informal employment, Chilean labour market, Health inequalities.

1. Introduction

At a global level, Chile was the first state to implement neoliberal policies on a wide scale, and has been recognized as the first neoliberal experiment^{1,2}. The Chilean Coup d'état in 1973, followed by a civic-military dictatorship, launched a set of social, economic and labour reforms within an aggressive neoliberal economic agenda that have profoundly reshaped the Chilean labour market. Since then, different types of informal employment have risen generating a heterogeneous labour market, resulting in segregation and exclusion of many workers. We believe that this phenomenon has had a widespread impact on population health. To our knowledge, indicators of informal employment are non-existing in Chile. The only figure that is regularly delivered by the Labour Force Survey and the Household Survey is the proportion of salaried workers without a written contract, which stands at 12,4%³. However, this figure only accounts for a specific group of workers.

Employment conditions are an important social determinant of health⁴, that must be adequately measured and conceptualized in order to understand their impact on well-being, quality of life and health inequalities. A new conceptualization of informal employment that recognizes diversity in the Chilean labour market is fundamental to determine both its distribution as well as its evolution, and to understand its impact on population health and social inequalities in health. Employment conditions have a direct impact on the quality of life of the population. Several studies have

linked precariousness, conceived as a multidimensional construct, with worse physical and mental health⁵⁻⁷. While informality is a different phenomenon from precariousness, they share many elements that make it possible to assume that informal employment has negative consequences for social welfare and the health of the population⁸⁻¹⁰. Informal employment is defined as a non-regulated placement in the labour market that usually involves an informal arrangement between employee and employer, or self-employment, with an exchange of products or services but no exchange of labour force¹¹, and therefore is not subjected to labour regulation and/or social protection¹².

The aim of this paper is to assess differences in the working population of Chile under the definition of informal employment, in order to propose a new classification of different groups of workers related to informal employment, with a focus on social protection as a key element in the definition of informal employment status.

First, we will briefly review the effect of neoliberalism on the Chilean labour market, especially in regard to its contribution to the growth of informal employment in recent decades; second, current barriers to properly understand the characteristics of informal employment are discussed; third, a theoretical and methodological proposal will be made that allows identifying and measuring informal employment; fourth, the results of this research are described showing a new classification of informal employment to analyse its impact on health inequalities; and finally we discuss the

results of the study and draw conclusions for future research and policy making to reduce inequalities.

Neoliberalism and its effects on the labour market

During the last five decades Latin America has been involved in several political experiments. When in the 1960s, public support for socialist or social democratic movements increased, the region suffered the imposition of right wings military dictatorships that effectively eliminated any possibility of social transformation to Consolidated Welfare States. These dictatorships allowed the application of a set of neoliberal policies, supervised by the International Monetary Fund and the World Bank, under the guidelines of the commonly known Washington Consensus¹³. Regarding the labour market, some policies sought deregulation of the labour market leading to a greater flexibilisation of working hours, generation of contracts with limited duration, incentives for outsourcing and cost reduction in dismissal^{14(p180)}.

Chile was one of the first countries to adopt the policies promoted by the Washington Consensus. The civic-military dictatorship of Augusto Pinochet (1973-1990) allowed the implementation of neoliberal reforms^{15,16}. The political agenda shifted from the concept of universal provision of social services to policies targeted exclusively for poor people¹⁷. With the argument of increasing efficiency, the aim was to decentralise, privatise and introduce market mechanisms to govern the provision of social services¹⁸. The

Chilean case is emblematic, although the rate of economic growth has improved steadily since the 1990s, employment quality has not followed that pattern^{19,20}. As far as employment is concerned, the main problem for middle or low income countries is not unemployment, but low employment standards and poor working conditions as labour markets are not regulated¹⁹. These two elements are key issues affecting the population welfare, and therefore their quality of life.

A fair number of legal loopholes still exists facilitating “innovative” practices to the detriment of workers. The neoliberal policies led to a disarticulation of the labour movement, so the trade unions are very weak and have no power to challenge these malpractices. Together, the “innovative” labour agreements by-passing the law and the weakening of trade unions have contributed to the flexibilisation of employment practices. Thus, the country has one of the most flexible labour markets of all Latin America, with severe restrictions on collective bargaining and the right to strike^{17,18}. As labour market continues to adapt to the appearance of new practices, new groups of workers have been emerged. This is one of the factors that help to explain the enormous inequalities in Chilean society²¹.

Conceptualising the working population

Given this scenario, the unemployment rate is low, but the contracts that are not permanent or indefinite, and self-employment have been

increasing at the expense of permanent contracts²². Therefore, it becomes indispensable to better analyse and measure properly the composition of the workforce, including the different ways to obtain space in the Labour Market.

As flexibility and deregulation of the labour market continues, it is to be expected that informal jobs would also increase. These several forms of employment have not only questioned the homogeneity of the Chilean labour market, but also the parameters that are normally used to measure informal employment. Furthermore, it is crucial to identify those groups excluded from previous classifications made in the context of labour market analyses.

Social protection is considered a key axis to determine the impact of labour market dynamics on the quality of life of the population. One of the neoliberal reforms imposed during the civic-military dictatorship modified the Chilean pension and health system, establishing a mixed system of partial privatization. Universal access was weakened through liberalisation of different areas, prompting socioeconomic segmentation and inequitable access to services, as well as reducing their quality¹⁸. By and large, social protection coverage has four pillars: health; pensions; unemployment insurance and insurance against accidents and occupational diseases. These four pillars of social protection represent a key set of elements to address the impact of employment dynamics among workers.

Therefore, in order to make visible the different groups of workers that have appeared in the last three decades it is necessary to re-conceptualise the Chilean labour market. The categories usually used to describe the working population have remained unaltered while the labour market has become highly changeable, so they are no longer appropriate. The relevance of these types of measurement requires a deeper examination. Furthermore, if informal employment has been insufficiently defined, classified and measured, one cannot help wondering about the real meaning of formality within the Chilean labour market.

2. Generation of the proposal: methodological aspects

To develop a new categorisation of the working population, and taking into account the complexity and difficulty of the problem, a mixed methodological strategy was used. The combination of different sources allows for complementarities and integration of results, potentially leading to meaningful information. The three methodological axes developed were: literature review, key informant interviews, and secondary data analysis.

Literature review

A review of scientific and grey literature on informal employment and the labour market was conducted. We analysed reports and documents from public institutions such as the Chilean Labour Office and international organizations such as the International

Labour Organization (ILO) and the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC).

From this review it was possible to establish the main dimensions that are usually used to classify workers. Furthermore, international categories to classify different groups of workers were also considered. A critical appraisal was carried out to establish questions about the relevance of these dimensions and categories for a Chilean context, as well as the possibility of adding new dimensions.

Key informant interviews

Ten interviews with informants of different profiles were conducted, all people who have studied or have been involved in the design or implementation of public policies related to the Chilean labour market (Table 1).

The interviews provided information to confirm critical assumptions about some gaps identified, and also helped to generate new questions. These elements were contrasted with a further literature review focused to answer the additional questions.

As a result, a new classification of workers was established.

Secondary data analysis

To take into account the quantification of the groups of workers proposed and to analyse them with regard to social protection, a cross-sectional study was conducted based on the “First Chilean Work, Employment, Health and Quality of Life Survey, 2009-2010” (ENETS). One advantage of this survey is that it provides an opportunity to analyse health outcomes. Active population was defined as people who had worked during the week preceding the interview as well as workers who were absent at the time of the interview, whether due to illness or another justified reason (8,296 subjects aged > 15 years, being representative of 6,457,125 persons, the total Chilean working population in 2009). To analyse the formality of the working population five variables related to social protection, were selected: a. health insurance; b. affiliation to a retirement pension scheme; c. up to date with retirement pension scheme contributions; d. unemployment insurance; e. insurance against accidents and occupational disease. A synthetic index was then constructed using two variables: affiliation to a retirement pension scheme, and up to date with retirement pension scheme contributions. This was considered a key indicator to distinguish between formality/informality in Chile because having pension coverage is directly related to performing a job, and is non-transferable to dependents, in contrast to the situation with health coverage.

Subsequently, a descriptive analysis stratified by sex was carried out, taking into account the five variables of social protection and the 13 categories of workers. Analyses were performed considering the expansion ratio of ENETS.

3. Towards a new classification of workers

The literature review showed that dependence and subordination has been the core elements used to classify different groups of workers. According to the ILO (International Classification of Status in Employment –ICSE-) and classifications used in Chile, five large groups of workers can be distinguished. Of these groups, three correspond to dependent employment (unpaid family workers, salaried workers, and domestic workers), and the remaining two groups correspond to non-dependent employment (self-employment and employers).

However, fundamental attributes about informality are not taken into account by these classifications. The analysis of the key informant interviews and the literature review allowed us to highlight some aspects that have not been yet considered, for the purpose of identifying different kinds of informal employment.

In order to account for the various expressions of the current Chilean labour market it was considered appropriate to separate the initial groups according to particular attributes that allow determining the formality or informality of each group: contractual

status and workplace for dependent workers, educational level for self-employed, and number of employees for employers. As a result of this analysis, we developed a classification with 13 different groups of workers. The different elements combined to account for the proposed groups of workers are addressed below.

With regard to dependent employment, dependent workers are those who work for others and do not own the final product or service they produce. For dependent employment, three groups were initially considered: salaried workers, domestic workers and unpaid family workers. However, it is important to make a clear distinction between the last two groups with the first one. On the one hand, domestic workers are those people who work in other peoples' homes. They have special characteristics regarding the sector where they perform their work, in contrast to the rest of employees. The ILO has conceptualised households as a distinct sector from the formal or informal sector²³. On the other hand, people working with relatives and with no contract, regardless of the sector and workplace, have also been conceptualised as a distinct group. The family relationships involved establish a quite different employment relationship given the absence of formalised salary.

Then it was decided to divide the groups according to their contractual situation: with a contract, with a fee contract, and without a contract. Having a written contract is understood as a labour contract, while the fee contract is classified as other contractual situation. Modalities of verbal contract or not knowing

if they have a contract were classified as “without a contract” category. All modalities that fall into the category “without a contract” mean workers are unprotected in terms of labour regulation, or unable to exercise their rights. Although Chilean law contemplates recognition of an employment relationship even if there is no written contract, in case of a labour dispute such recognition involves an expensive legal action that many people are unable to assume. Thus, in practice, no legal protection is ensured without a written contract^{12,19}.

For the group of unpaid family workers this division is not relevant because the presumption is that they have no contract.

The situation of a fee contract is not considered for domestic workers, because it has no representation in real life.

Salaried workers were divided based on the place where the jobs are actually performed; namely: at employer's premises or units or some other place that is outside the worker's home; or at the worker's private home. Working at home has several characteristics that differentiate it from working at an employer's premises or units. First, there is no travelling time to reach the workplace; secondly, all costs associated with the performance of work at home have to be covered by the worker; thirdly, these workers do not have organisational support that may result, for instance, in the lack of measures to prevent occupational risks; and lastly, people who work

at home are isolated from any sectorial collective demand, i.e. they do not have the possibility to bargain collectively²⁴⁻²⁶.

With regard to non-dependent employment, people who do not have a relation of dependence and subordination exercise this kind of work. This type of worker was classified according to employment status: as self-employed or employers, according to whether or not they have people permanently employed²⁷.

In order to highlight the differences within these two groups, they were divided considering specific and different criteria for each case. On the one hand, self-employment was disaggregated according to educational level because it is considered a key variable in the study of social inequalities^{28,29} due to its impact on the health of the population³⁰. Thus, all persons with completed formal studies, either university or higher technical level, were considered as professionals self-employed, while those without such studies were considered as non-professional self-employed.

On the other hand, employers were divided according to the number of dependent workers. This group was split into employers with fewer than five workers and employers with five or more workers. This separation was made to distinguish the smallest companies (micro-enterprises) from the larger ones. This fits with the guidelines of the ILO in order to generate classifications based on productivity levels of companies to identifying those who belong to the formal sector (higher productivity) or informal (lower

productivity). The condition of formality or informality could be ascertained from the work of the employer. In the case of employers, the distinction has been made considering the number of workers because it is assumed that business activities with fewer workers are more likely to be informal²³.

These four groups of independent workers take into account the conceptual discussion of the ILO to measure informal employment.

Based on the combination of all the elements that were used to categorise the working population (status in employment, contractual status and workplace for dependent workers, educational level for self-employed, and number of employees for employers), we obtained 13 groups of workers that are described below (Figure 1).

Conceptual definition and socio-demographic characterisation of the 13 groups of workers

Table 2 and table 3 show the definitions and the socio-demographic characterisation as a percentage of the total of each of the 13 groups of workers identified above.

Regarding socio-demographic characteristics certain differences between the groups of workers may be highlighted. The group of Employees with contract is mainly composed of men with a primary or secondary level of education, mostly (two thirds) heads of

household, and living as a couple. Women are slightly younger and have a higher educational level -which seems to be a general trend in all groups of workers, less than half living as a couple and one third is heads of household. In this group of workers only 5% declare to be of ethnic origin.

The group of Employees with fee contract stands out from the others by having a higher concentration of people younger than 35 years. Even though 60% of male Employees without contract are aged between 35 and 64 years, more than half are single and almost the same percentage is not a head of household. Among women, two-thirds are living as a couple.

The groups of domestic workers with a contract and without a contract are almost exclusively composed of women. The first group tends to be older and has the greatest presence of female heads of household in relation to the rest of groups. The group of Domestic workers without a contract is slightly younger and with a higher level of education, and has a lower percentage of female heads of household, though still high in relation to the rest of groups. This group has the highest percentage (9%) of people declaring themselves to be of ethnic origin.

The group of Self-employed professionals has a high female presence, but fewer female heads of household compared to the rest of the working population. This group has also the highest level of education. Meanwhile, within the group of Non-professional self-

employed 8% of workers declare having an ethnic origin and has a relatively high proportion (44.2%) of female heads of household.

The group of Employers with fewer than 5 workers stands out from the rest because they are mostly men, but it also has the highest presence of female heads of household.

Because of the insufficient sample size (less than 100 subjects), it was not possible to recognise any clear pattern in the rest of the groups: different types of Homeworkers, Family workers and Employers with 5 or more workers.

Informality and its heterogeneity

Within dependent employment, formal categories of workers are those with a labour contract (employees, homeworkers and domestic workers with contract) and the informal categories are those without such type of employment agreement; namely, employees and homeworkers with fee contract or without a contract, domestic workers without a contract and family workers). Under the Chilean law to have an employment contract is highly significant because the four pillars of social protection listed above would be guaranteed.

Workers with a fee contract are considered informal because this type of agreement does not include specific regulations that could help to mediate an employment relationship. Unfortunately, this

contractual situation is widespread and institutionalised in Chile, therefore has not usually been perceived as informal employment. In contrast, groups of workers without a contract respond to the accepted definition of informal employment, assumed both by the ILO and the official definition in Chile^{23,31}.

For the group of family workers, which has historically been classified as informal employment²³, the Chilean nomenclature refers specifically to unpaid family workers, that could be reflecting two kinds of work: either child labour or family workers (usually women) working for the maintenance of a family business without perceiving any income. Nonetheless, there is another kind of work linked with child labour. Usually as kids they all have started working in the family business at a very young age, and as adults have ended up working in the family business, as for various reasons they have not been able to find an independent line of work. When they were kids generally there was no income associated with their work. But as adults, they may receive a variable income that in many cases is a per-day pocket money to cover their basic daily needs. Although the ILO classification tends to talk about family workers, including unpaid family workers in this group²⁷, for the Chilean nomenclature diverse realities are concealed, hiding child labour.

For non-dependent employment, the ILO classifications have been used with some modifications to establish definitions distinguishing one group from another. If the historical definition of the ILO is

analysed, the autonomous population is divided into professionals and non-professionals: professional workers correspond to formal employment and non-professionals to informal. This distinction is based on the assumption that a self-employed professional is commonly associated to liberal professions (lawyers, doctors, architects), and their provision of services is mediated by issuing an invoice thus permitting greater transparency and the formalisation of their activities. However, new considerations have shown that this assumption is questionable, establishing that a priori classifications should not be made³².

Regarding employers, two criteria have traditionally been used by the ILO to classify enterprises. The first one is related to their size, assuming that smaller companies (fewer than 5 or fewer than 10 workers) would have more difficulties to comply the requirements stated by the laws, because they would not have enough resources to devote to the formalisation of activities. The second criterion is that the level of annual turnover of resources is the variable that determines whether a company has the ability to be formalised, regardless of their size. In Chile historically the criterion of annual turnover to classify the size of the companies has prevailed, which could serve to attribute its status of formality or informality. Recently, this criterion is being combined with the number of workers in an attempt to approximate existing classifications in OECD countries³³. Thus, the criterion for classifying enterprises varies depending on purposes (national statistics and specifically employment statistics, programs to promote enterprises or

entrepreneurship, among others). It has not been possible to find any reference about companies, which establishes uniform criteria for comparing formal and informal enterprises. For this reason it was decided to use the criterion of company size to distinguish between the different groups of employers.

Due to the particular characteristics of non-dependent jobs, and the complexity of assigning a category, an a priori definition of formality/informality was not suitable for three of the groups: non-professional self-employed, self-employed professionals and employers with fewer than 5 workers. Employers occupying 5 or more workers are formal, because the larger size of an enterprise represents an increase of resources, enabling the formalisation of activities and influencing the condition of formality of the employer.

Although the division of formality/informality is blurred, a gradient is proposed that should be contrast later depending on the greater or lesser degree of social protection (Table 4).

Social protection as a key axis

Social protection should be an additional criterion to define informal employment. While labour regulation criteria are sufficient to establish the classification in dependent workers, they are not relevant for non-dependent workers. The ILO includes social protection as an important element to determine

formality/informality for dependent workers; this paper seeks to extend this concept to non-dependent workers. The advantage of this view is that we can see more clearly the effects of lack of protection on the population working outside the establishment of labour relations. The emphasis laid on social protection seeks to establish the formality/informality from the point of view of workers, whereas with the traditional criteria, the discussion is focused from the point of view of the enterprise.

According to the characteristics of universalisation of the four pillars that make up social protection, it is considered that retirement pensions can provide more information than the rest. Health coverage in Chile is virtually universal because benefits can be transferable to family dependants of the workers; unemployment insurance does not apply to workers in the public administration; and insurance against accidents and occupational disease only became effective for all workers as of 2015. Although the pillar of retirement pensions are becoming mandatory for non-dependent workers since 2018, there was always a greater incentive to contribute because it is closely linked to the possibility of having health insurance. When addressing the analysis from the perspective of lack of retirement pensions it is crucial to consider: a. the lack of pension insurance; and b. the incapacity in keeping up to date with monthly contributions, despite having pension insurance. In both scenarios, the worker is unprotected.

So what happens when lack of protection is analysed in the different proposed groups of workers? (Table 5)

With respect to levels of protection of the different groups of workers, it may be seen that formal workers present high levels of protection. In informal groups of workers, over two thirds are unprotected. The exception is the group of employees with a fee contract, with lower percentages of non-protected workers, even though the figures are close to 50% in men and over 60% in women. For groups that have not been defined as formal or informal, we can observe different trends. The only group with high levels of lack of protection (above 85%) in both men and women is the group of Non-professional self-employed. Among Self-employed professionals, nearly two-thirds of men lack protection, and just over half the women. Almost three quarters of female employers with fewer than 5 workers have low levels of protection, as do slightly more than half of their male colleagues. In other words, for non-defined groups different behaviour patterns between men and women can be observed.

As stated earlier, the division into formality or informality is not clear, even taking into account social protection. The gradient observed in terms of degree of formality is slightly different for men than for women. While the groups of workers ranking at the bottom top of the gradient are practically the same, differences appear in the middle of the table (Table 6).

Observing the distribution of the groups, it could be argued that informality in Chile has acquired an added dimension under this new parameter measurement.

4. Discussion and conclusions

This study is an innovative effort in the attempt to create a typology of informal employment for at least two reasons. Firstly, it provides a better understanding of the diversity of employment patterns within informality, and secondly, it allows increasing the visibility of groups of workers who would be excluded if the formal/informal classification considered only the largest groups in the working population. An improved classification like this one should allow better analysing the relations between different groups of informal work and their impact on health.

This new classification also aims to question the foundations of the political-economic model that has prevailed in Chile ever since neoliberal policies were implemented. These policies not only affect the dynamics of the labour market, but also the system of social protection, which has implications for the working population and their quality of life^{34,35}.

Chile provides an interesting context to develop a new conceptualisation of labour groups. The way its labour relationships have evolved considered the first neoliberal experiment^{15,36}, not only has been adopted by other countries in the region but it has

also spread to other contexts. Therefore, the classification developed above represents a contribution for the analysis of other labour markets with characteristics similar to the Chilean model.

Other studies have made an effort to develop alternative classifications of the Chilean labour market, creating groups of workers based on their situation of protection or lack of protection³⁷⁻³⁹. By contrast, in this study the entire working population has been classified, taking into account differences according to work arrangements and for the purpose of detecting the different impacts on health that each group of workers could have. Thus, the classification of workers as formal or informal has been made according to two criteria: firstly, a typology of forms of participation in the labour market, and secondly, levels of social protection/lack of social protection, particularly regarding pension insurance.

Informal employment or lack of social protection is highly concentrated in workers without a contract, although it is remarkable that high levels of informality are also found among non-dependent workers or those with a fee contract. For these cases the problem would probably lie in the current pension system in Chile. The high levels of lack of protection of both Self-employed professionals and Employers occupying less than 5 workers would be reflecting an informal reality for these groups. The data analysed correspond to a period prior to the payment of contributions becoming obligatory. The pension insurance scheme, which is still

considered a legacy of the dictatorship, is now widely questioned by Chilean society due to the existing low replacement ratio and the gender gap. Taking the average salary over the last 10 years as reference, half of the retired women perceive a pension of at most 31%, while half of the men perceive at most 60%⁴⁰ of their 10 years' average salary. This fact discourages workers from paying contributions if they are not compelled to do so, that is, non-dependent workers or those with a fee contract. The gender inequalities that exist in the pension system explain the differences observed between men and women.

Furthermore, some groups with higher incomes and better education such as Self-employed professionals may have other forms of individual or family protection, such as support family networks. This situation could help to mitigate any consequences of their lack of social protection. Despite the limitation of this type of measurement due to the current debate, it is important to include social protection and especially pension insurance in any study addressing informality.

It is still quite difficult to estimate the prevalence of informal employment, and although we have taken into account the heterogeneity within the working population, as stated before, there are many grey areas that still need to be clarified. The regulatory frameworks have proved to be less linear for non-dependent workers. Besides, there is a clear pattern of gender inequality. This challenge makes it urgent to regulate non-dependent employment.

From the present analysis it appears that the prevailing model encourages the proliferation of jobs with lower social and legal protection standards than those determined by law.

This conceptual typology provides a more detailed breakdown than the formal/informal dichotomy, allowing comparison and monitoring of changes in these groups over time, their conditions of employment and work, social protection levels and the effects that certain jobs have on population health^{4,41}.

Several studies have shown that informal employment has negative consequences on well-being and health⁴²⁻⁴⁶. On the one hand, a classification used without including relevant aspects (such as contractual status or workplace) to make visible informal employment, would lead to an incorrect prevalence of informality. This would mean that at the population level there would be an underestimation of the health problems related with this employment condition. On the other hand, in order to have a more accurate figure of informal employment, a more appropriate classification would allowed taking into account health differences of each group of workers, and also enables a better comparison between them.

However, it is worthwhile to mention that there are certain limitations that need to be addressed. First, some groups could not be analysed due to the insufficient size of the sample (homeworkers, family workers and employers with 5 or more

workers). Therefore, in order to understand what is happening to them it was necessary to collect the required data since surveys alone are not enough. Hence, other approaches are needed, such as qualitative research, to combine and complement information that will allow obtaining a better and more comprehensive view of the working population. If the consistency of the analysis performed needs to be re-assessed, it would probably be necessary to repeat the study but with some other set of data. Still, these findings highlight the fact that the existing criteria used to define formality/informality should be expanded.

Using this new conceptual typology one may ask about the real magnitude of informality in the Chilean labour market, considering that there are no updated official figures of informal employment, although it has been recognised that 12,4% of employees do not have a contract³.

In conclusion, a detailed and in-depth analysis is required to determine the effects of the changing Chilean labour market on the quality of life of different groups of workers. The impact of working conditions with indicators of individual well-being has not usually been studied¹⁹. Therefore, it is a key issue to understand the impact generated by new categories⁴⁷, including gender inequalities, taking into account groups of workers who have been excluded and have remained invisible.

Considering the characteristics of the neoliberal model there are grounds to assume that the quality of life at work and, hence, the workers' health have been permanently affected, due to the high levels of informal employment that this study has revealed. With this approach a new way of studying informal employment can be described, giving rise to understand its implications for the population health.

Acknowledgements

This study was partially supported by a grant from the Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile, as part of ME Ruiz's doctoral thesis.

The authors would like to thank Gonzalo Durán for his valuable comments during the conceptual analysis stage, Reinaldo Ruiz for his critical review of early drafts and Dave MacFarlane for his contribution in reviewing the English grammar of this paper.

Conflicts of interest

The authors declare no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship and publication of this article.

References

1. Fornazzari A. *Speculative Fictions Chilean Culture, Economics, and the Neoliberal Transition*. Pittsburgh, Pa.: University of Pittsburgh Press; 2013.
2. Harvey D. *Spaces of Neoliberalization: Towards a Theory of Uneven Geographical Development*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag; 2006.
3. INE. *Boletín Empleo Nacional Trimestre Móvil Septiembre-Noviembre 2017*. Instituto Nacional de Estadísticas INE, Chile; 2018.
<http://ine.cl/estadisticas/laborales/ene?categoria=Situaci%C3%B3n%20de%20Fuerza%20de%20Trabajo>. Accessed January 28, 2018.
4. CSDH C on SD of H. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization; 2008.
5. Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:229-253. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182500
6. Puig-Barrachina V, Vanroelen C, Vives A, et al. Measuring employment precariousness in the European Working Conditions Survey: the social distribution in Europe. *Work Read Mass*. 2014;49(1):143-161. doi:10.3233/WOR-131645
7. Vives A, Amable M, Ferrer M, et al. Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. *J Environ Public Health*. 2013;2013:ID 978656, 10 pages.
8. da Silva MC, Fassa AG, Kriebel D. Minor psychiatric disorders among Brazilian ragpickers: a cross-sectional study. *Environ Health Glob Access Sci Source*. 2006;5.

9. Santana V, Loomis D, Newman B, Harlow S. Informal jobs: another occupational hazard for women's mental health? *Int J Epidemiol.* 1997;26(6):1236-1242.
10. Santana V. Informal Jobs and Non-fatal Occupational Injuries. *Ann Occup Hyg Ann Occup Hyg.* 2004;48(2):147-157.
11. Unanue I. Furthering the study of informal employment and health inequalities in low-income countries: Concepts, Methods, and Data Sources. 2011.
12. Ruiz ME, Tarafa G, Jódar P, Benach J. ¿Es posible comparar el empleo informal en los países de América del Sur?: análisis de su definición, clasificación y medición. *Gac Sanit.* 2015;29(1):65-71.
13. Williamson J. The Washington Consensus revisited. In: Inter-American Development Bank, Conference on Development Thinking and Practice, eds. *Economic and Social Development into the XXI Century.* Washington, DC; Baltimore, MD: Inter-American Development Bank; Distributed by the Johns Hopkins University Press; 1997.
14. Ramos J, Sehnbruch K, Weller J. Quality of employment in Latin America: Theory and evidence. *Int Labour Rev.* 2015;154(2):171-194.
15. Harvey D. *A Brief History of Neoliberalism.* Oxford; New York: Oxford University Press; 2005.
16. Undurraga T. Neoliberalism in Argentina and Chile: Common antecedents, divergent paths. *Rev Sociol E Polit.* 2015;23(55):11-34.
17. Riesco M. Change in the Chilean social model. *Int Labour Rev.* 2009;148(3):283-300.
18. Fraile L. Lessons from Latin America's neo-liberal experiment: An overview of labour and social policies since the 1980s. *Int Labour Rev.* 2009;148(3):215-233.

19. Sehnbruch K. La calidad del empleo en Chile: teoría y medición. In: *La calidad del empleo en América Latina a principios del siglo XXI.* ; 2012:263-301.
20. Ocampo JA, Sehnbruch K. Introduction: Quality of employment in Latin America. *Int Labour Rev.* 2015;154(2):165-170.
21. López R, Figueroa E, Gutiérrez P. *La 'Parte Del León': Nuevas Estimaciones de La Participación de Los Súper Ricos En El Ingreso de Chile.* University of Chile, Department of Economics; 2013. <http://econpapers.repec.org/paper/udcwpaper/wp379.htm>.
22. Ruiz-Tagle J, Sehnbruch K. More but not better jobs in Chile? The fundamental importance of open-ended contracts. *Int Labour Rev.* 2015;154(2):227-252.
23. ILO. *Measuring Informality: A Statistical Manual.* Geneva: International Labour Organization; 2012.
24. Gálvez T. Para reclasificar el empleo: lo clásico y lo nuevo. 2001.
25. Henríquez H, Cárdenas A, Selamé T. Trabajo a domicilio en el Siglo XXI. Tres miradas sobre el teletrabajo. 2005.
26. Henríquez H, Riquelme V, Gálvez T, Selamé T. Trabajadores a control remoto. El trabajo a domicilio. 2001.
27. ILO. *Revisión de la Clasificación Internacional de la Situación en el Empleo (CISE-93).* Geneva: International Labour Organization; 2013.
28. Bourdieu P. Cultural reproduction and social reproduction. In: Brown R, ed. *Knowledge, Education and Cultural Change. Papers in Sociology of Education.* Great Britain: Tavistock Publications; 1973.
29. Bourdieu P. Les trois états du capital culturel. *Actes Rech En Sci Soc.* 1979;(30):3-6.
30. Regidor E. La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase

- social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Rev Esp Salud Pública*. 2001;75(1):00-00.
31. Sánchez Muñoz M, Labbé J. El sector informal en Chile: una visión estadística. *Cienc Trab*. 2004;6(14):202-208.
 32. ILO. *La medición de la informalidad: Manual estadístico sobre el sector informal y el empleo informal*. Geneva: International Labour Organization; 2013:355.
 33. Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, Chile. *Antecedentes para la revisión de los criterios de clasificación del Estatuto Pyme.*; 2014. <http://www.consejoconsultivoemt.cl/wp-content/uploads/2014/09/Boletin-Clasificacion-de-Empresas-por-Tamaño-Estatuto-Pyme.pdf>.
 34. Armada F, Muntaner C, Navarro V. Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*. 2001;31(4):729-768.
 35. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*. 2013;381(9874):1323-1331.
 36. Klein N. *La doctrina del shock: el auge del capitalismo del desastre*. Barcelona: Paidós; 2007.
 37. Brega C, Páez A, Sáez B, Durán G. *Informe Mensual de Calidad Del Empleo (IMCE) Septiembre-Noviembre 2015 - Fundación Sol*. Fundación SOL; 2015. <http://www.fundacionsol.cl/estudios/informe-mensual-de-calidad-del-empleo-imce-septiembre-noviembre-2015/>.
 38. Sáez Rubilar P. Empleo informal y precariedad en el Chile actual. 2013.
 39. Infante R. La Economía informal en Chile. In: *Chile: El impacto del mercado laboral en el bienestar de las personas. Distribución del ingreso y calidad del empleo*. Organización Internacional del Trabajo; 2011.

40. Comisión Asesora Presidencial sobre el sistema de pensiones. *Resumen Ejecutivo Sobre El Sistema de Pensiones En Chile*; 2015. <http://www.comision-pensiones.cl/Documentos/GetResumen>. Accessed April 28, 2016.
41. Braveman PA. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *J Health Popul Nutr*. 2003;21(3):181-192.
42. Ruiz ME, Vives A, Martínez-Solanas È, Julià M, Benach J. How does informal employment impact population health? Lessons from the Chilean employment conditions survey. *Saf Sci*. 2017;100(Part A):57-65.
43. Lopez-Ruiz M, Benavides F, Vives A, Artazcoz L. Informal employment, unpaid care work, and health status in Spanish-speaking Central American countries: a gender-based approach. *Int J Public Health*. 2017;62(2):209-218. doi:10.1007/s00038-016-0871-3
44. Alfiers L, Rogan M. Health risks and informal employment in South Africa: does formality protect health? *Int J Occup Environ Health*. 2015;21(3):207-215.
45. Giatti L, Barreto S, César C. Household context and self-rated health: the effect of unemployment and informal work. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(12):1079-1085.
46. Lund F, Ardington C. *Employment Status, Security, and the Management of Risk: A Study of Workers in Kwamsane, KwaZulu-Natal*. Southern Africa Labour and Development Research Unit, University of Cape Town; 2006. <https://ideas.repec.org/p/ldr/wpaper/2.html>.
47. Berger-Schmitt R, Noll HH. *Conceptual Framework and Structure of a European System of Social Indicators (TSER Project)*. Vol 9.; 2000.

Figure II : 1. Classification of groups of workers

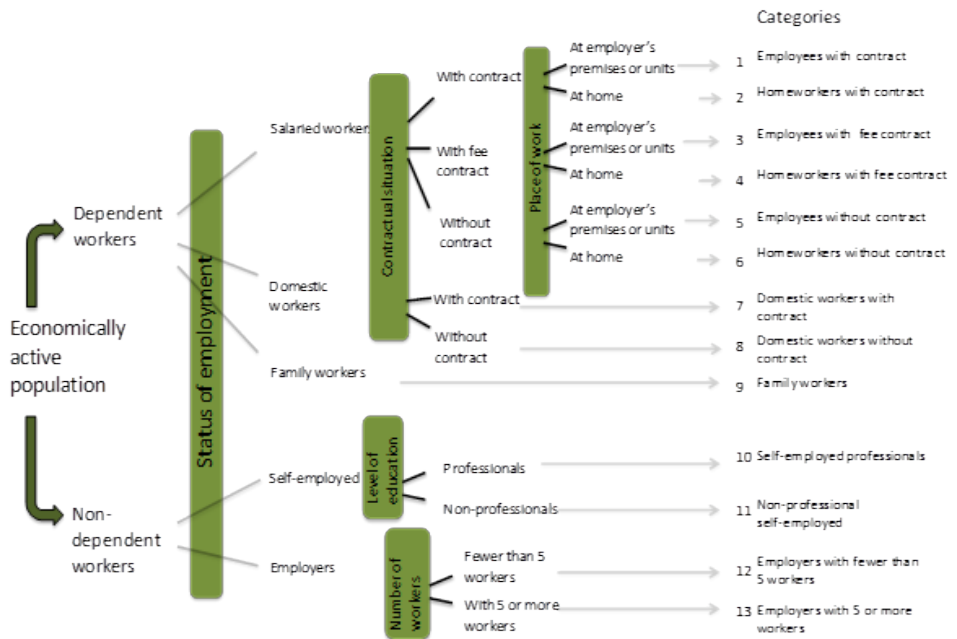


Table II : 1. Number of interviews by interviewees' profile

Profile	Institution	N° of interviews
Labour lawyer	National Human Rights Institute	1
Social Scientist	Non-governmental organisations: research oriented to labour market	2
	Working in academia: research linked to public policies oriented to labour market	5
Public servant	Labour Office (Ministry of Labour)	2
Total		10

Table II : 2. Conceptual definition

N°	Group	Contractual arrangement	Place of work	Modality	Structure of working hours	Coverage
1	Employees with contract	With a contract, temporary or permanent, full or part-time	Employer's workplace or a different place outside the home	Relationship with dependence and subordination	Established working day	Should have proper social protection coverage (four pillars)
2	Homeworkers with contract	With a contract, temporary or permanent, full or part-time	The private home	Relationship with dependence and subordination	Working day can be flexible depending on the employer's control	Should have proper social protection coverage (four pillars)
3	Employees with fee contract	With fee contract, for the provision of services	Employer's workplace or a different place outside the home	Relationship with dependence and subordination	It is presumed that working time is established	Social protection coverage is subject to contract services independently

Dependent employment

4	Homeworkers with fee contract	With fee contract, for the provision of services	The private home	Relationship with dependence and subordination	Working day can be flexible depending on the employer's control in accordance with the existing agreement	Social protection coverage is subject to contract services independently
5	Employees without contract	Without contract	Employer's workplace or a different place outside the home	Relationship with dependence and subordination	It is presumed that working time is established	Without social protection coverage. Workers with lack of fixed-income cannot contract services independently
6	Homeworkers without contract	Without contract	The private home	Relationship with dependence and subordination	Working day can be flexible depending on the employer's control in accordance with the existing agreement	Without social protection coverage. Workers with lack of fixed-income cannot contract services independently

7	Domestic workers with contract	With a contract, temporary or permanent, full or part-time	In the employer's home	Relationship with dependence and subordination	It is presumed that working time is established	Should have proper social protection coverage (four pillars)
8	Domestic workers without contract	Without contract	In the employer's home	Relationship with dependence and subordination	It is presumed that working time is established	Without social protection coverage. Workers with lack of fixed-income cannot contract services independently
9	Family workers	Without contract	Working at the family business	Relationship with dependence and subordination	The working time can be established depending on the existing agreement	Without social protection coverage. Workers with lack of fixed-income cannot contract services independently

N°	Group	Characteristics	Level of education/ Number of workers	Coverage	
10	Self-employed professionals	People performing a job independently. They may work with family workers. This modality may be performed by any independent profession, such as medicine, architecture, law, dentistry or teaching	With full university education or high level of technical training	Social protection coverage is subject to contract services independently	
11	Non-professional self-employed	People performing a job independently. They may work with family workers. This modality may be performed by several occupations, such as traders, craft trade workers, sharecroppers or street vendors	Without full university education or without high level of technical training	Social protection coverage is subject to contract services independently	
12	Non-dependent employment	Employers with fewer than 5 workers	People employing workers independent of the contractual arrangement with their employees	Fewer than five workers	Social protection coverage is subject to contract services independently
13		Employers with 5 or more workers	People employing workers independent of the contractual arrangement with their employees	Five or more workers	Social protection coverage is subject to contract services independently

Table II : 3. Socio-demographic characteristics by group

Groups	1 (4460)	2 (25)	3 (359)	4 (12)	5 (607)	6 (14)	7 (113)	8 (312)	9 (48)	10 (141)	11 (1920)	12 (216)	13 (69)
Men (5372)	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Age group													
< 35	36.8	32.3	44.5	9.7	35.1	36.0	0.0	34.3	84.5	30.6	18.2	18.4	16.8
35-64	60.7	67.7	50.3	90.3	60.9	64.0	100.0	48.2	10.7	64.3	67.3	75.9	57.4
> 64	2.5	0.0	5.2	0.0	4.0	0.0	0.0	17.4	4.8	5.2	14.5	5.7	25.8
Civil Status													
In a													
couple	66.3	55.6	60.9	82.6	47.2	40.0	100.0	54.5	8.8	62.4	70.1	84.4	61.7
Single	33.7	44.4	39.1	17.4	52.8	60.0	0.0	45.5	91.2	37.6	29.9	15.6	38.3
Head of household													
Yes	69.7	69.6	58.1	82.6	53.7	55.5	100.0	83.5	19.9	72.5	79.2	85.1	91.4
no	30.3	30.4	41.9	17.4	46.3	44.5	0.0	16.5	80.1	27.5	20.8	14.9	8.6
Educational level													
Primary school	20.9	25.7	16.6	29.6	40.9	15.5	92.5	82.4	37.0	0.0	48.7	34.6	3.6

	Secondary													
	school	64.8	58.9	66.7	9.7	49.3	84.5	7.5	17.6	57.9	0.0	51.3	51.9	46.6
	Higher													
	education	14.3	15.5	16.7	60.7	9.8	0.0	0.0	0.0	5.1	100.0	0.0	13.5	49.8
Ethnicity														
	Yes	4.7	23.0	3.1	0.0	5.3	15.5	0.0	0.0	3.1	4.0	8.5	2.8	0.4
	No	95.3	77.0	96.9	100.0	94.7	84.5	100.0	100.0	96.9	96.0	91.5	97.2	99.6
Women														
(2924)														
Age group														
	< 35	41.2	55.3	52.2	0.4	33.5	16.5	8.4	17.5	35.9	41.7	13.8	24.7	45.0
	35-64	56.9	43.6	47.5	99.6	65.0	42.0	86.1	81.8	58.8	57.9	78.8	70.8	38.4
	> 64	1.9	1.1	0.3	0.0	1.5	41.5	5.5	0.6	5.2	0.4	7.3	4.4	16.6
Civil Status														
	In a													
	couple	47.9	70.6	54.5	31.8	63.6	40.8	56.5	63.6	25.4	69.5	57.5	80.5	46.0
	Single	52.1	29.4	45.5	68.2	36.4	59.2	43.5	36.4	74.6	30.5	42.5	19.5	54.0
Head of household														
	Yes	31.3	23.1	32.2	68.2	23.8	59.2	49.8	39.3	44.8	18.9	44.2	50.6	22.7
	no	68.7	76.9	67.8	31.8	76.2	40.8	50.2	60.7	55.2	81.1	55.8	49.4	77.3

Educational level

Primary school	11.7	22.8	12.6	2.7	25.7	41.9	53.8	34.6	45.4	0.0	40.9	20.9	34.8
Secondary school	57.1	58.1	44.1	27.1	68.9	38.7	33.9	62.5	52.8	0.0	59.1	39.3	59.1
Higher education	31.2	19.1	43.3	70.2	5.4	19.4	12.3	3.0	1.8	100.0	0.0	39.8	6.1

Ethnicity

Yes	6.1	3.9	3.4	0.0	6.9	0.4	7.3	9.5	4.4	9.1	7.8	4.8	0.0
No	93.9	96.1	96.6	100.0	93.1	99.6	92.7	90.5	95.6	90.9	92.2	95.2	100.0

-
- 1 Employees with contract
 - 2 Homeworkers with contract
 - 3 Employees with fee contract
 - 4 Homeworkers with fee contract
 - 5 Employees without contract
 - 6 Homeworkers without contract
 - 7 Domestic workers with contract
 - 8 Domestic workers without contract
 - 9 Family workers
 - 10 Self-employed professionals
 - 11 Non-professional self-employed
 - 12 Employers with fewer than 5 workers
 - 13 Employers with 5 or more workers

Table II : 4. Groups of workers according to gradient of formality/informality


		Groups of workers	Total % (8.296)	Men % (5.372)	Women % (2.924)	Gradient	
Dependent employment	Employees with contract		53.2	57.3	46.6	Greater degree of formality	
	Homeworkers with contract		0.2	0.1	0.2		
	Domestic workers with contract		1.2	0.0	3.1		
	Subtotal		54.6	57.4	49.9		
Non-dependent employment	Employers with 5 or more workers		1.5	2.2	0.5		
	Self-employed professionals		2.5	2.2	2.9		
	Subtotal		4.0	4.4	3.4		
Non-dependent employment	Employers with fewer than 5 workers		2	2.5	1.4		
	Non-professional self-employed		21.2	22.3	19.4		
	Subtotal		23.2	24.8	20.8		
Dependent employment	Employees with fee contract		5	4.9	5.1		High degree of informality
	Homeworkers with fee contract		0.1	0.0	0.2		
	Employees without contract		7.1	7.2	6.9		
	Homeworkers without contract		0.1	0.1	0.0		
	Domestic workers without contract		4.5	0.2	11.5		
	Family workers		0.7	0.5	1.2		
	Subtotal		17.5	12.9	24.9		

Table II : 5. Lack of social protection, by groups of workers. ENETS 2009-2010



Groups	1 (4460)	2 (25)	3 (359)	4 (12)	5 (607)	6 (14)	7 (113)	8 (312)	9 (48)	10 (141)	11 (1920)	12 (216)	13 (69)
Men (5372)	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Lack of health insurance	0.9	0.0	17.9	29.6	16.4	7.8	0.0	0.0	13.6	16.2	12.4	10.0	1.7
Lack of protection for retirement pensions*	5.2	41.8	48.5	39.3	82.3	67.0	0.0	70.9	99.7	64.4	84.7	55.3	9.3
Lack of unemployment insurance	29.2	70.2	71.7	92.3	92.5	100.0	100.0	82.4	100.0	87.2	95.9	80.9	88.8

Lack of insurance against accidents and occupational disease	31.8	66.9	59.8	92.3	89.4	100.0	0.0	99.8	0.0	86.1	95.5	0.0	0.0
Summary lack of social protection	0.2	0.0	8.7	29.6	13.6	7.8	0.0	0.0	0.0	14.7	11.8	0.0	0.0
Women (2924)													
Lack of health insurance	1.3	1.1	12.1	0.0	4.8	21.3	12.2	25.4	0.0	0.9	8.3	6.5	34.5
Lack of protection for retirement pensions*	8.5	17.1	60.2	29.3	87.5	80.6	30.1	77.3	99.6	56.4	87.6	73.0	40.1
Lack of unemployment insurance	32.3	82.2	75.8	31.8	93.3	80.6	60.6	93.7	94.1	81.2	93.8	89.1	99.6

Lack of insurance against accidents and occupational disease	40.5	62.3	69.6	27.3	83.5	80.6	88.7	94.5	0.0	80.7	93.9	0.0	0.0
Summary lack of social protection	0.3	1.1	8.3	0.0	4.7	21.3	10.1	24.2	0.0	0.9	8.0	0.0	0.0

- 1 Employees with contract
- 2 Homeworkers with contract
- 3 Employees with fee contract
- 4 Homeworkers with fee contract
- 5 Employees without contract
- 6 Homeworkers without contract
- 7 Domestic workers with contract
- 8 Domestic workers without contract
- 9 Family workers
- 10 Self-employed professionals
- 11 Non-professional self-employed
- 12 Employers with fewer than 5 workers
- 13 Employers with 5 or more workers

Table II : 6. Groups of workers and gradient of formality/informality considering social protection, by gender

N°	Groups of male workers	Gradient	N°	Groups of female workers	Gradient
1	Domestic workers with contract		1	Employees with contract	
2	Employees with contract		2	Homeworkers with contract	
3	Employers with 5 or more workers		3	Employees with fee contract	
4	Homeworkers with fee contract		4	Domestic workers with contract	
5	Homeworkers with contract		5	Employers with 5 or more workers	
6	Employees with fee contract		6	Self-employed professionals	
7	Employers with fewer than 5 workers		7	Employees with fee contract	
8	Self-employed professionals		8	Employers with fewer than 5 workers	
9	Homeworkers without contract		9	Domestic workers without contract	
10	Domestic workers without contract		10	Homeworkers without contract	
11	Employees without contract		11	Employees without contract	
12	Non-professional self-employed		12	Non-professional self-employed	
13	Family workers	High degree of informality	13	Family workers	High degree of informality

Artículo 3

How does informal employment impact population health? Lessons from the Chilean employment conditions survey

Ruiz ME, Vives A, Martínez-Solanas È, Julià M, Benach J. [How does informal employment impact population health? Lessons from the Chilean employment conditions survey.](#) Saf Sci. 2017 Dec 1;100:57–65.

Artículo 4

La informalidad bajo la piel. Trabajadores(as) en Chile: (re)presentando el empleo informal y las desigualdades en salud

Ruiz, M. E., Bolívar, M., Sanchez-Mira, N., Vives, A., Benach, J.
La informalidad bajo la piel. Trabajadores(as) en Chile:
(re)presentando el empleo informal y las desigualdades en salud

La informalidad bajo la piel. Trabajadores(as) en Chile: (re)presentando el empleo informal y las desigualdades en salud

Marisol E Ruiz^{a,b,*}, Mireia Bolívar^{a,b}, Núria Sánchez-Mira^c, Joan Benach^{a,b,d}, Alejandra Vives^{a,c}

(a) Grup de Recerca en desigualtats en Salut - Employment Conditions Knowledge Network (GREDS-EMCONET), Departament de Ciències Polítiques i Socials, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

(b) Johns Hopkins University - Universitat Pompeu Fabra Public Policy Center, Barcelona, España

(c) Swiss National Centre of Competence in Research LIVES, University of Lausanne.

(d) Transdisciplinary Research Group on Socioecological Transitions (GinTRANS2), Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Spain

(e) Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile

* Autora para correspondencia

Correos electrónicos: marisol.ruiz@upf.edu (M.E. Ruiz), mireia.bolibar@upf.edu (M. Bolívar), nuria.sanchezmira@unil.ch (N. Sánchez-Mira), joan.benach@upf.edu (J. Benach), alvives@med.puc.cl (A. Vives).

La informalidad bajo la piel. Trabajadores(as) en Chile: (re)presentando el empleo informal y las desigualdades en salud

Resumen

Antecedentes teóricos: Chile representa un caso emblemático para estudiar los efectos que produce el empleo informal sobre la salud de la población. La implementación de políticas neoliberales a partir del golpe de Estado de 1973, seguido de una dictadura cívico-militar (1973-1990) que instaló una serie de reformas sociales y económicas, modificó profundamente el mercado laboral chileno, generando nuevas formas de empleos informales. Desde el punto de vista de la salud pública, estas nuevas formas de empleo tienen un impacto en los trabajadores por al menos dos vías distintas. En primer lugar, se responsabiliza a los(as) trabajadores(as) de los procesos que deberían asumir los(as) empleadores(as), afectando la salud mental de la población trabajadora (Soto 2008). En segundo lugar, si los trabajadores son fragmentados, se promueven las prácticas individualistas, lo que daña la noción de colectivismo y la noción de los(as) trabajadores(as) como sujetos sociales.

Metodología: Se realizaron 30 entrevistas en profundidad en diferentes perfiles de trabajadores formales e informales. Los análisis se realizaron utilizando Atlas.ti, a partir de un marco conceptual previo, actualizado posterior a la realización de los análisis.

Resultados: Se han identificado una serie de mecanismos por los cuales el empleo informal afecta a la salud y contribuye a generar desigualdades en salud. Las consecuencias en salud se pueden graficar en distintos estados que impactan tanto la salud mental como la salud física, a partir de elementos de desgaste corporal, sensación de angustia, estrés, frustración, sensación de injusticia, baja autoestima, entre otros.

Conclusiones: las nuevas condiciones de trabajo que han surgido en las últimas décadas dentro del marco del empleo informal son responsables de la falta de medidas de seguridad en el trabajo y también tienen un fuerte impacto en la salud mental de la población trabajadora informal. Los(as) trabajadores(as) informales adolecen de una falta de reconocimiento de su trabajo que, junto con un alto nivel de competitividad, les hace temer permanentemente la marginación y el aislamiento. Todos estos elementos generan una sensación de incertidumbre, angustia y estados depresivos.

1. Introducción

El trabajo, y particularmente el empleo, resulta ser un determinante fundamental en la vida de las personas. En las últimas décadas los mercados de trabajo han cambiado en función de distintos procesos, como los de orden social, político o económico. Las estructuras de empleo estable y seguro han tendido a reducirse dando paso a la multiplicación de formas más precarias y flexibles que van copando los mercados de trabajo. Estas transformaciones en el empleo han provocado consecuencias en la salud de la población de manera desigual, en detrimento de las personas que tienen peores condiciones de vida o que están expuestas a mayor vulnerabilidad social, entre las cuales las mujeres tienen mayor presencia.

Desde el campo de la salud pública se han conceptualizado seis condiciones de empleo que tienen un impacto en las desigualdades en salud (Benach, Muntaner, & Santana, 2007)(Benach, Solar, et al., 2010): el empleo estable a tiempo completo, el desempleo, el empleo precario, el trabajo infantil, la esclavitud y el trabajo forzado, y el empleo informal. El estudio del empleo informal es especialmente relevante dada su asociación con la desregulación estatal, que va adquiriendo presencia mediante el avance global de las políticas neoliberales (Infante, 2011; Reinecke & Valenzuela, 2011). El empleo informal ha sido definido por la Organización Internacional del Trabajo como un puesto de trabajo no regulado, que presenta distintas características de acuerdo a si está radicado en el sector formal, en el sector informal o en los hogares (ILO,

2012). Esta ausencia de regulación incluye la ausencia de un acuerdo informal entre empleadores(as) y trabajadores(as), carencia de regulación laboral y/ o protección social (M.E. Ruiz, Tarafa, Jódar, & Benach, 2015).

Aun cuando el empleo informal ha existido a lo largo de la historia, sobre todo radicado en países de renta baja y media, en las décadas de 1980 y 1990 se produjo un cambio en el patrón de trabajo en los países de mayor renta. La producción de masas dio paso a un creciente mercado de trabajo que buscaba la especialización acompañada de la flexibilidad laboral. En este proceso el empleo informal se asentó en las economías a nivel mundial como un fenómeno permanente y co-dependiente del desarrollo de las economías (Chen, 2012). En Chile, por ejemplo, a pesar de ser un país de renta media-alta , el empleo informal ha proliferado conforme se han ido asentando las bases neoliberales en una sociedad altamente heterogénea y con un mercado laboral fuertemente segmentado (Reinecke & Valenzuela, 2011), llegando a constituir en 2011 casi el 40% del empleo existente (Infante, 2011).

Así, si bien el empleo informal tiene alta presencia a nivel mundial, paradójicamente aún ha sido poco analizado desde el punto de vista de las desigualdades en salud. Este artículo precisamente trata de cubrir este aspecto, profundizando de forma cualitativa sobre los mecanismos que explican el la asociación entre empleo informal y las desigualdades en salud de la población Chilena. El artículo primeramente presenta una revisión de la literatura sobre la relación

entre empleo – y particularmente empleo informal – y salud, y justifica la pertinencia de profundizar en la cuestión con perspectiva de género. En segundo lugar, el artículo detalla la metodología utilizada. En tercer lugar, se describen los principales resultados y se concluye con una reflexión sobre la aportación del artículo de acuerdo a la literatura existente.

2. El empleo informal y las desigualdades en salud

Empleo y producción social de la salud

Los antecedentes de las investigaciones que estudian el impacto de las condiciones de vida y trabajo sobre la salud tienen una larga data. Ya en el Siglo XIX tanto Louis-René Villermé como Federico Engels (1892) relacionaron la pobreza y, en general, las condiciones de vida con una peor salud. Junto con el desarrollo de la Medicina Social Latinoamericana (Breilh, 1980; Laurell, 1978), la vertiente anglosajona ha profundizado en el estudio de esta relación. A partir de la publicación del libro “Black Report” (Black & Whitehead, 1988) se sentaron las bases para estudiar de manera sistemática una relación entre los fenómenos o condiciones de vida (denominados “determinantes sociales de la salud” de acuerdo a la tradición anglosajona, o “determinaciones sociales”, de acuerdo a la Medicina Social Latinoamericana) y las desigualdades en salud. Solo para citar algunos ejemplos, autores como Navarro (1976), Krieger (1991, 1992), Marmot (1997; 2005; 2002), Benach (1997), Muntaner (1999), Graham (2004) o Borrell (2006), han continuado

las investigaciones empíricas para estudiar el modo en que los determinantes sociales de la salud generan desigualdades bajo contextos adversos, especialmente cuando las personas están expuestas a las desigualdades estructurales en los macro niveles.

Un elemento clave a considerar para entender la producción social de la salud es la esfera productiva y el proceso de trabajo, pues constituye la base para definir las condiciones de vida y de trabajo en las sociedades contemporáneas, y que además repercuten en los cuerpos de las personas dejando sobre ellos su huella material, física y simbólica. Así, no es de extrañar que el trabajo sea un campo de estudio para la salud pública, puesto que es un elemento que tiene gran influencia en la salud de la población y en las desigualdades en salud (Benach, Solar, et al., 2010). Diversos estudios han profundizado en las consecuencias nocivas para la salud que tienen las condiciones desfavorables de empleo y trabajo, encontrando un incremento de accidentes laborales (Quinlan, Mayhew, & Bohle, 2001), mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortès, 2004; Scott-Marshall & Tompa, 2011; Vives et al., 2013), específicamente situaciones de estrés, ansiedad, tensión, trastornos del sueño o depresión (Amable, Benach, & González, 2001; Faragher, Cass, & Cooper, 2005; Vanroelen, Levecque, Moors, Gadeyne, & Louckx, 2009). Además, el trabajo tiene un impacto físico y mental que genera sufrimiento y malestar (Dejours, 1992, 2016). Según Dejours (1992), el trabajo está asociado de manera indisoluble con formas de desgaste corporal y de saturación mental que se instalan

en el cuerpo y en el bienestar psicológico de las personas de manera negativa, sobre todo para la gran parte de la población trabajadora con dificultades para acceder a un empleo que les aporte realización personal y reconocimiento (Dejours, 2016).

Mientras que las condiciones de trabajo han sido ampliamente estudiadas para explicar la relación con las desigualdades sociales en salud, el impacto de las condiciones de empleo ha sido escasamente abordado (Muntaner et al., 2010). Por condiciones de empleo se entiende la organización que sustenta un puesto de trabajo determinado, es decir, si dispone o no de contrato, los beneficios asociados o las expectativas entre la población trabajadora y quienes emplean (Muntaner et al., 2010). En línea con el desarrollo teórico de la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, que plantea la necesidad de describir y analizar el proceso de producción social de la salud teniendo en cuenta que existen determinantes sociales estructurales e intermedios que están impactando en la equidad en salud y en el bienestar de la población (Solar & Irwin, 2007), varios autores han tratado de visibilizar la configuración de las condiciones de empleo de la población trabajadora como un determinante intermedio de la salud, cuyas formas cristalizan en función de elementos macro-estructurales (procesos sociales como los patrones culturales, las políticas macroeconómicas y las políticas públicas) (Benach, Muntaner, Solar, Santana, & Quinlan, 2010).

Sin embargo, a pesar de que en los últimos años ha habido un creciente interés por mostrar los efectos en salud que se generan en función de condiciones de empleo deficientes, se han hecho pocos esfuerzos para explicar cómo operan las diferencias que conducen a desigualdades, y que repercuten en la salud (Benach, Muntaner, et al., 2010; Benach, Vives, Tarafa, Delclos, & Muntaner, 2016) limitándose a señalar las condiciones de vida y de trabajo asociados a las condiciones de empleo como elementos que potencialmente trasladarían su efecto sobre la salud (Benach et al., 2016).

Por otra parte, como se ha señalado anteriormente, existen escasos estudios que den cuenta de la relación que existe específicamente entre la informalidad y la salud, cuáles son los mecanismos que están contribuyendo a esta relación, cuál es su impacto diferencial y cómo operan.

Empleo informal y salud

Aún cuando existe muy poco desarrollo sobre el impacto que tiene el empleo informal en la salud, algunos estudios han profundizado en esta relación. Un ejemplo ha sido el estudio de su relación con los problemas de salud mental, llegando a la conclusión que existe una relación entre los distintos tipos de trabajo informal observados y una mala salud mental (da Silva, Fassa, & Kriebel, 2006; Ludermir, 2000; Ludermir & Lewis, 2003, 2005; Santana, Loomis, Newman, & Harlow, 1997). Asimismo, se han estudiado los efectos físicos de los trabajos informales y el modo en que repercuten en la

salud ocupacional (Basu et al., 2016; Ngowi, Mrema, & Kishinhi, 2016; Pick, Ross, & Dada, 2002; Santana, 2004). La mayor evidencia se observa en los estudios que han analizado el empleo informal y la salud de los(as) trabajadores(as) desde una perspectiva poblacional (Alfers & Rogan, 2015; Concha, Labbé, & Sánchez, 2005; Giatti, Barreto, & César, 2008b, 2008a; Iriart et al., 2008; López-Ruiz, Artazcoz, Martínez, Rojas, & Benavides, 2015; Lopez-Ruiz, Benavides, Vives, & Artazcoz, 2017; Lund & Marriott, 2011; Moyano, Castillo, & Lizana, 2008; Nilvarangkul et al., 2006; Temkin, 2016).

Estos estudios, situados en contextos diferentes y en momentos distintos, coinciden en afirmar que existe una relación entre empleo informal y mala salud. De acuerdo a nuestro conocimiento, sólo un estudio con población trabajadora de Colombia ha concluido que el empleo informal constituye un elemento positivo para la salud de la población (Vélez, Pico, & Escobar, 2015). Prácticamente no existen estudios empíricos que hayan analizado el impacto que tiene el empleo informal en la salud de la población chilena. Un estudio reciente (Marisol E. Ruiz, Vives, Martínez-Solanas, Julià, & Benach, 2017) determinó que la informalidad impacta en una mala o peor salud entre los grupos de población trabajadora informal dependiente y no dependiente. Existe mayor potencia estadística para constatar dicha relación en el caso de la población masculina. Aún cuando en población trabajadora femenina se evidencia una tendencia similar, el empleo formal no parece ser un factor protector para la población femenina, aspecto al que nos referiremos

más adelante en el artículo. En efecto, el género aparece como un eje clave que interviene sobre la relación entre empleo y salud.

Género, informalidad y salud

En el campo de la salud el acercamiento al estudio de los patrones de género ha sido escaso, aún cuando existen décadas de evidencia respecto a los efectos diferenciales y desiguales entre hombres y mujeres (Doyal, 2002; Verbrugge, 1985), y a pesar de los esfuerzos teóricos puestos para incluir la perspectiva de género en los análisis de las desigualdades en salud (Krieger, 2001a; Krieger, 2003). No obstante, del mismo modo que en cualquier otro proceso social, analizar las desigualdades en salud implica necesariamente incorporar la perspectiva de género. Las relaciones de género, igual que las desigualdades étnicas o de clase, tienen un impacto sobre la salud por medio de configurar estándares de vida y condiciones de trabajo particulares que se sintetizan en los cuerpos humanos con manifestaciones diferenciadas y desiguales en salud (Krieger, 2001b; Krieger, 2008).

En concreto, las relaciones de género se plasman en distintas sociedades en forma de *órdenes de género*, que varían según el contexto y en su dinámica histórica (Connell, 1987). Siguiendo a Connell (1987), la división sexual del trabajo constituye, junto con las relaciones de poder, coerción y autoridad, y la definición de la sexualidad, una de las tres estructuras clave que definen el orden de género de una determinada sociedad. De este modo, el género,

como eje que estructura la organización social del trabajo, tanto dentro como fuera del hogar, debe ser incorporado al análisis del modo en que el empleo incide sobre la salud.

En efecto, se observa una preocupación en la literatura reciente por el análisis de esta relación. Encontramos ejemplos de estudios que se han fijado en los efectos que las desiguales trayectorias laborales de hombres y mujeres, en términos de tipo de empleo, movilidad, o interrupciones, tienen sobre la salud (Cambois, Garrouste, & Pailhé, 2017). Algunos de estos trabajos se han centrado exclusivamente en el colectivo femenino, fijándose en el modo en que distintos patrones de actividad/inactividad a lo largo del curso de vida inciden sobre la salud (Stone, Evandrou, Falkingham, & Vlachantoni, 2015). Otras investigaciones han analizado la relación entre las condiciones de empleo y la salud física y mental (Campos-Serna, Ronda-Pérez, Artazcoz, Moen, & Benavides, 2013). Finalmente, un foco de interés importante de esta literatura ha sido el de los efectos de la participación en trabajo remunerado y no remunerado sobre la salud (Khlat, Sermet, & Le Pape, 2000; Moen & Chermack, 2005), y en particular, los del estrés relacionado con el conflicto entre ambos ámbitos para las mujeres (Lundberg, 1996; Melchior, Berkman, Niedhammer, Zins, & Goldberg, 2007).

Además, en relación al empleo, a medida que el empleo informal se tornó un ámbito visible para la investigación científica y que se han analizado las causas de su expansión (Portes, Castells, & Benton, 1989; Tokman, 1992), se han ido estableciendo asociaciones con

determinados grupos de población que se encuentran en una situación desigual frente a la oferta de empleos formales en los mercados de trabajo que muestran la mayor presencia femenina en el empleo informal (Vanek, Chen, Carré, Heintz, & Hussmanns, 2014).

Sin embargo, según nuestro conocimiento, no existen estudios que hayan incorporado la perspectiva de género al análisis de la relación entre informalidad y salud, a pesar de que sabemos que en los empleos que carecen de regulación laboral y de protección las mujeres se encuentran sobre representadas (Chen, 2012; Chen, Vanek, & Heintz, 2006). En efecto, para los empleos desprotegidos e informales es posible hablar de empleos feminizados (Vanek et al., 2014). Aun cuando estos empleos significan una oportunidad para entrar en el mercado laboral, estas trabajadoras enfrentarán riesgos futuros de pobreza y exclusión social por la falta de protección (J. Rubery, 2011). La menor presencia femenina en el empleo formal (Williams & Nadin, 2012) se podría explicar también por la carga del trabajo reproductivo, ya que los empleos formales están sujetos a demandas laborales (como la estructura horaria) que resultan ser difícilmente compatibles con el trabajo no remunerado. Se trata de constataciones, todas ellas, que ponen de relieve la pertinencia de incorporar la perspectiva de género en un análisis de la relación entre informalidad y salud.

3. Metodología

Diseño metodológico

El artículo utiliza la metodología cualitativa para ahondar en los factores que explican la relación entre empleo informal y la salud de la población trabajadora chilena. A raíz de la revisión teórica, esta investigación empírica partió del supuesto de que el empleo tiene repercusión en la salud y la calidad de vida a través de sus efectos sobre las condiciones de vida y trabajo. Sobre esta base se desarrolló una estrategia inductiva, “abierta al descubrimiento” (Strauss, 1987; Verd & Lozares, 2016) que buscaba identificar los mecanismos vinculados con las condiciones de vida y trabajo que podrían explicar que el empleo informal tenga un impacto sobre la salud y la calidad de vida. El uso de una metodología cualitativa permitió profundizar en la vivencia por parte de los(as) trabajadores(as) de las condiciones de empleo, de vida y de trabajo, y así seguir la pista y entender el proceso (en el sentido de Bennett y Elman, (2006) por el cual el empleo informal impacta sobre la salud.

El planteamiento e instrumentos del proyecto de investigación fueron aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica del Parc de Salut MAR de Barcelona.

Datos

Con tal de resolver los fines de la investigación se llevaron a cabo 30 entrevistas semiestructuradas en profundidad a distintos perfiles de la población trabajadora en Chile. Los(as) participantes se seleccionaron en base a un muestreo intencional que buscaba la inclusión en el estudio de trabajadores del conjunto del espectro de modalidades de empleo formal e informal (según se definen en Ruiz et al., 2017). Los(as) participantes se contactaron en su mayoría mediante un organismo no gubernamental -Fundación Sol- que analiza la situación del empleo en Chile, junto con apoyar a las diversas organizaciones sindicales para mejorar las condiciones de trabajo. Así, la Fundación Sol sirvió para establecer los primeros contactos con dirigentes sindicales, que fueron proporcionando contactos por medio de una estrategia de bola de nieve.

Todas las entrevistas fueron realizadas por la autora que lidera el artículo, en la hora y lugar elegidos por los(as) entrevistados(as). Las entrevistas se llevaron a cabo en dos momentos. En primer lugar, entre septiembre y octubre de 2014 se realizaron 16 entrevistas. La transcripción y la realización de un primer análisis exploratorio de las mismas permitieron profundizar y refinar el guion del segundo grupo de 14 entrevistas, que se realizaron entre mayo y julio de 2015. La tabla 1 resume las características de la muestra.

El guion de las entrevistas era de naturaleza semiestructurado, por lo que el investigador proponía temáticas a tratar en la entrevista pero las formas, palabras y orden concreto en que se planteaban iba

variando según la dinámica de la entrevista, planteada de forma distendida e informal. Las entrevistas abordaron cuatro grandes temáticas, centrándose sobre todo en las condiciones de empleo (actual y anterior), y en la calidad de vida y salud (autopercepción de salud, enfermedades a consecuencia del trabajo, cobertura de necesidades básicas, cuidado de otras personas). Además, la flexibilidad de las herramientas cualitativas permitió la identificación de una amplia gama de formas de expresión de los problemas relacionados con la salud. Así, las entrevistas permitieron identificar, además de síntomas de enfermedades ya desencadenadas, elementos como la autoestima, el cansancio, las conductas de riesgo o los sentimientos de frustración y miedo, que engarzan con una comprensión amplia de la salud física y mental (Dejours, 1992). Las entrevistas tuvieron una duración media de 100 minutos y fueron grabadas en audio. En todos los casos los(as) participantes firmaron un consentimiento informado.

Métodos de análisis

Las entrevistas se analizaron mediante un análisis de método comparativo constante (Strauss), centrado en un proceso de codificación jerárquica usando el software Atlas.ti versión 7.5. Los códigos se crearon de forma inductiva durante el análisis, en base a unas pocas pautas genéricas y flexibles de clasificación de los efectos del empleo informal sobre las condiciones de vida y de trabajo, y fueron generando categorías fundamentadas en el material empírico. La codificación y la sucesiva búsqueda de relación entre

códigos y su agrupación en familias temáticas, en conjunto con un proceso de creación iterativa de memos permitió la emergencia de nuevos conceptos, la articulación de los contenidos de las categorías y la emergencia de elementos explicativos e ideas fuerza de un mayor nivel de abstracción que dan sentido a la relación entre códigos (Huberman y Miles, 2002), y sobre los cuales versa la discusión del artículo. Este sistema de codificación y creación de relaciones, agrupaciones y memos fue revisado y discutido en el seno del equipo de forma iterativa a lo largo del proceso de análisis, y se puso en diálogo con el conocimiento teórico existente (Strauss, 1987). En este proceso los datos se analizaron y codificaron, en primer lugar, de forma vertical, es decir, analizando las entrevistas completas como una entidad que permitiese considerar la experiencia de cada participante en su conjunto. En segundo lugar, se realizaron análisis transversales que buscaban las similitudes y diferencias entre los casos entrevistados, sobretodo buscando las particularidades y realidades compartidas de las personas con empleo informal en contraste con las que tienen empleos formales, y sus implicaciones en términos de salud y calidad de vida. Todo el proceso de análisis se integró en una sola unidad hermenéutica de Atlas.ti, situación que facilitó la circulación de información, citas, códigos, categorías de análisis y reflexiones entre los distintos casos.

Finalmente, con tal de maximizar la calidad y fiabilidad de las interpretaciones realizadas, en este artículo, siguiendo los consejos de Silverman (2005), se describe el proceso analítico realizado, con

citas que ilustran los resultados que se presentan y que permiten a los lectores replicar o hacer una interpretación propia del material que apoya los resultados.

4. Resultados

Para el empleo informal, tanto la falta de protección social como la falta de regulación están generando desigualdades en salud. Se ha elaborado de manera abductiva (es decir, un tipo de investigación que se produce entre la inducción y la deducción) un diagrama conceptual donde se grafican los eslabones que están encadenando los efectos que la informalidad provoca en las desigualdades en salud (ver Figura 1), a través de distintos mecanismos sociales. Al analizar los discursos de la población trabajadora, se observa que para los grupos de trabajadores(as) informales esos efectos se cristalizan por medio de las condiciones de vida y las condiciones de trabajo. El impacto del empleo informal sobre las condiciones de vida se canaliza a través de dos dimensiones: “incertidumbre” y “recursos materiales”, y la combinación de ambas (ver tabla 2). De manera similar, el empleo informal afecta la salud a través de tres dimensiones de las condiciones de trabajo: “riesgos psicosociales”, “la seguridad en el trabajo”, y “disponibilidad de tiempos e intensificación del trabajo” (ver tabla 3). A continuación se describen las dimensiones y mecanismos, ilustrados con los relatos de las personas entrevistadas, y se muestra los efectos que tienen sobre la salud según emerge de las entrevistas.

Condiciones de vida: incertidumbre

La dimensión incertidumbre se ha descrito para hacer referencia a distintos procesos que tienen que ver, a nivel general, con la inseguridad y las dificultades para sustentarse y pensar unos horizontes de futuro en unos cimientos que otorguen cierta estabilidad.

“Hay una frase que por ahí se cultivó, que para ser emprendedor hay que amar la incertidumbre, pero estos, no amamos la incertidumbre poh. Entonces esto de fracasar una y dos veces, de pararse, este no es nuestro mundo, para ser franco.” (ISNM3)

Concretamente se han identificado seis mecanismos, cada uno de ellos con sus respectivos impactos en la salud, que se detallan a continuación.

En primer lugar, se han identificado dos mecanismos que son específicos para el empleo no dependiente. Por una parte se evidencia una imposibilidad de estabilizarse en el desempeño del oficio, porque no se controlan todas las habilidades o herramientas requeridas para asegurar una continuidad laboral que permita tener estabilidad en los ingresos. Por otra parte, no existiría capacidad de planificación. La informalidad impone vivir al día y con malas condiciones, se dificultan los planes sobre un futuro próximo, el que resulta ser extremadamente incierto. Como se experimenta inseguridad en los ingresos, prácticamente se anula la capacidad de

planificar proyectos vitales. Ambos mecanismos generan sensación de fracaso, desgaste mental, miedo y ansiedad.

“El principal problema es que no tienen mercado, emprenden sin saber qué es emprender, sin tener una idea de negocio, sin saber por qué les va a ir bien, sin tener un producto diferenciado que haya alguna razón para que le compren. Tu entrevistado, de 100 empleadores, 90 no son capaces de decirte por qué razón piensan ellos que le van a comprar a él y no al de al lado que hace lo mismo. No tienen formación, no tienen recursos, no tienen acceso a crédito. No le abren ni cuenta corriente, entonces tienen puras cosas adversas. Al tipo lo echan de una empresa, sale con 10 millones de pesos de indemnización, va a la casa de la población, agarra al cabro chico que tiene una pieza que da para la calle, lo instala con el otro hermano o con ellos en la pieza, le pone Almacén don Manolo, le abre una puerta en la pieza, instala un almacén, a los 9 meses está quebrado, se gastó el capital de trabajo porque tiene que seguir comiendo, compró 6 millones en mercadería, empieza a venderla, no sabe de costo, no lleva un control, no sabe que está perdiendo cada mes, y de repente, oye, parece que hay menos mercadería, y hay menos mercadería, y hay menos mercadería, y no hay mercadería poh.”
(IE4M2)

Se han encontrado otros dos mecanismos que son exclusivos del empleo dependiente: Por una parte son comunes los abusos de parte del empleador(a), porque al carecer de una estructura que regule, los(as) empleadores(as) pueden llevar a cabo acciones abusivas hacia la población trabajadora sin rendir cuentas. En muchas

ocasiones estas acciones están relacionadas con el ahorro en los costos.

“Hay otras compañeras que tienen el marido cesante, que son viudas, que son separadas, que están casadas pero tienen cinco hijos, que el marido gana poco, entonces si están un mes sin trabajo se van al hoyo, tienen que salir si o si a trabajar (...) en esas búsquedas desesperadas que hace la gente cuando tiene este problema, ahí es cuando hay abuso, ya? Porque la gente le dice, tengo trabajo pero te pago tanto, y dice ya, por trabajar lo que sea, entonces ese es el mayor problema.” (IHWWI)

Por otra parte, se evidencia una imposibilidad de proyectarse porque se carece de una estructura. La formalidad en el empleo otorga una estructura que permite predecir sueldos, jornadas, jubilación, entre otros elementos. Al carecer de esa estructura básica, hay mucho más temor y por lo tanto muchas dificultades para proyectarse. Ambos mecanismos producen angustia, estrés, sensación de vulnerabilidad, de injusticia y miedo.

“No me puedo proyectar en temas de, por ejemplo de conseguir créditos hipotecarios, temas de vivienda (...) me ha afectado que no puedo estudiar, no puedo pensar a largo plazo, no se si voy a seguir con trabajo después del 30 de junio, que es un convenio, otro eufemismo, no contrato de trabajo (...) Entonces esa incertidumbre de si sigues con trabajo o no (...) Vulnerabilidad, esa es la palabra, sentirme vulnerable. Por estar vulnerable, desarrollar estrategias de vida de corto plazo, por ejemplo en un momento pensé en casarme, no, descartado, ¿tener hijos?

Olvidalo, tu vas limitando tus posibilidades de desarrollo humano por eso, porque no tienes certeza que vas a continuar trabajando (...) temas de proyectarse, de tener esa posibilidad de proyectarse mucho tiempo, es problemático creo yo cuando no hay trabajo.” (IEFM2)

También se han identificado dos mecanismos comunes al empleo dependiente y al empleo no dependiente. Por un lado se evidencia una falta de independencia económica. Hay un grupo de trabajadores(as), particularmente trabajadores(as) familiares, que ven dificultada su independencia económica, sobre todo cuando reciben una renta diaria, que les obliga a mantener el vínculo de sustento con el negocio familiar. Por otro lado hay una invisibilidad institucional, puesto que al no haber organización colectiva que pueda luchar por la instalación de demandas de la población trabajadora, las instituciones no consideran, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, las necesidades particulares de estos grupos de trabajadores(as). Ambos mecanismos producen sensación de injusticia, fragilidad y baja autoestima.

Condiciones de vida: recursos materiales

La dimensión recursos materiales se encuentra atravesada por los aspectos tangibles, fundamentalmente asociados a los ingresos. Se han identificado cinco mecanismos sociales para esta dimensión, siendo uno exclusivamente para trabajadores(as) no dependientes: la necesidad de reinvertir recursos para poder tirar adelante el negocio, potenciando endeudamientos temporales para poder seguir

adelante con el oficio que han desarrollado. Los(as) trabajadores(as) informales no dependientes requieren cubrir los gastos mensuales pero también necesitan una reinversión de recursos para poder montar nuevos proyectos que permitan generar más ingresos o simplemente mantener el negocio en funcionamiento. Por este mismo motivo se debe recurrir a endeudamientos temporales, por la necesidad de invertir los recursos. La contracción de deudas y las obligaciones asociadas a ellas, se agravan ante la inseguridad en los ingresos, también propia de una situación de empleo informal ante la falta de garantía de continuidad. Este mecanismo produce angustia en la población trabajadora informal.

“Sucede que tengo una feria y después tengo dos meses que no tengo ferias, y también, digamos, influye mucho las platas que invierto, o que tengo que reinvertir de las platas que quedan para mi en proyectos, digamos, o en administración para poder conseguir otros espacios, te das cuenta, entonces ahí hay un desgaste” (ISNM1)

Los cuatro mecanismos comunes tanto a trabajadores(as) dependientes como a no dependientes son, en primer lugar, la dependencia de subsidios estatales ante la dificultad para cotizar en el sistema de pensiones. Como no se dispone de cotizaciones estables por la falta de contrato, las personas se ven en la necesidad de depender de los subsidios que otorga el Estado para poder enfrentar los gastos mensuales. En segundo lugar, la falta de regulación que establezca una remuneración mínima para los(as) trabajadores(as) dependientes informales, en conjunto con un estado

de vulnerabilidad ante los abusos de los empleadores (como por ejemplo impagos o retrasos en los pagos); así como los bajos y fluctuantes ingresos entre la población trabajadora informal no dependiente, generan privación material y serios problemas para cubrir las necesidades básicas mes a mes. Finalmente, muchos trabajadores(as) informales, incluso los(as) dependientes, tienen que costearse las herramientas de trabajo con sus propios medios a pesar de existir una estructura que debería proveerles lo que necesitan para el desempeño de su oficio, como las herramientas de trabajo. Ello afecta los ingresos y recursos materiales, que se ven disminuidos. . Todos estos mecanismos producen angustia, falta de control, ansiedad, miedo, estar expuesto(a) a los efectos de una mala o insuficiente dieta alimentaria, sensación de estar expuesto(a) y por lo tanto también sensación de fragilidad.

“Me ha tocado ir a talleres a visitar a compañeras en donde están trabajando de noche y ¡sin casi nada de luz! Pero compañera cómo no se pone una luz, es que no me alcanza la plata para comprarme una luz, pero si vale 4 mil pesos una lamparita para que se ponga así, ahh, es que sabes que cuando voy al centro no me acuerdo, entonces hay que hacer conciencia de que ellas mismas se están haciendo daño, no hay conciencia. Yo creo que hay también como muy baja autoestima, no se, yo creo que la gente está muy como... muy deprimida con su situación entonces como que no, no se preocupan de ellas mismas, es muy terrible” (IHW1)

Se han identificado tres mecanismos que están relacionados tanto con la incertidumbre como con los recursos materiales. En primer

lugar, “vivir al día” producto de la escasez e inseguridad en los ingresos. Las personas deben aprender a vivir al día porque no les es posible ahorrar (ya sea por los bajos salarios o por los costes de vida). En segundo lugar se tiene una alta probabilidad de no poder enfrentar eventualidades o gastos imprevistos, dada la escasez de capital -o de que ese capital es volátil- lo que produce una sensación de vulnerabilidad frente a cualquier imprevisto. Se está a merced de situaciones que no se controlan, como por ejemplo los desastres naturales o los ciclos económicos desfavorables o cualquier otra situación que pueda bajar las ventas. En tercer lugar, la inseguridad provocada por un posible despido y eventual situación de desempleo se agudiza entre los(as) trabajadores(as) informales, pues no controlan todos los elementos necesarios para tener una continuidad laboral y estabilidad en los ingresos, ni una prestación o compensación monetaria cuando finaliza su trabajo o actividad. En el caso de los(as) empleadores(as) la pobreza se reparte, tienen malas prácticas porque no tienen herramientas ni educación para funcionar de otra manera. Si es una empresa que no es exitosa –con bajos volúmenes de operación- y se viven períodos de inseguridad financiera, igualmente se necesita cubrir el personal durante todo el año. Este es un motivo por el cual los(as) trabajadores(as) a cargo se mantienen sin un contrato formal. Los(as) empleadores(as) no se regularizan en estructuras formales porque no cuentan con los recursos suficientes como para poder hacerlo. Las repercusiones en la salud de los mecanismos antes descritos se traducen en angustia, sensación de agobio, miedo, sensación de injusticia y de mayor dependencia con el(la) empleador(a).

Condiciones de trabajo: riesgos psicosociales

La dimensión riesgos psicosociales hace referencia a las características asociadas a las condiciones de trabajo que constituyen un riesgo de tipo psicosocial, y que tienen su origen en la organización del trabajo. Como parte de esta dimensión se han identificado dos mecanismos sociales asociados a población trabajadora informal no dependiente, un mecanismo propio de trabajadores(as) dependientes y tres mecanismos comunes a ambos tipos de empleo.

Los mecanismos de la población trabajadora no dependiente son: dificultades para la regularización y protección de sí mismos(as) y las dificultades para la regularización y protección de las personas a su cargo. Ambas situaciones ocurren porque las micro empresas que no cuentan con un volumen de venta que les permita estabilizarse quedan muy vulnerables frente a cualquier desajuste que pueda ocurrir. Así, aún cuando hayan formalizado sus actividades, sus ingresos no les permiten efectuarse contrato ni a quienes les ayudan en el negocio. Si tienen recursos suficientes como para hacerle contrato a sus empleados(as), muchas veces descuidan su propia situación y no se procuran por su protección social. Toda esta incertidumbre les genera miedo, ansiedad y estrés, lo que desencadena en problemas de salud mental.

[Los(as) empleadores(as)] “Los que son más nerviosos y más urgidos, los días de pago de IVA, los días de pago de sueldo o los días de pago de las leyes sociales son un atado de

nervios porque cuando no les alcanza... Entonces la vida del micro empresario es todo lo contrario a lo que dicen los economistas estos que pregonan el emprendimiento a todas luces. Lo pasan super mal, hay suicidios, hay separaciones, hay mil cosas, muchas veces el empresario es subsidiado, si es hombre por la mujer, que lava, que plancha, que hace aseo, y viven del aseo porque el negocio no deja, o al revés, si la mujer tiene un negocio y el negocio no deja, el marido lleva la plata” (IE4M2)

El mecanismo exclusivo para la población trabajadora dependiente es la experiencia de sufrir acosos laborales por estar en situación de inestabilidad, porque hay situaciones que se naturalizan en las instituciones donde trabajan personas que tienen empleos precarios e informales, que están al margen de la regulación. Estas experiencias generan sensación de injusticia, rabia y miedo.

Los tres mecanismos comunes tanto a trabajadores(as) dependientes como a no dependientes son, en primer lugar, las exigencias cognitivas por la necesidad de tener habilidades que no se manejan. Sobre todo para quienes desarrollan el trabajo autónomo, que tiene un fuerte componente de autogestión, para la cual están escasamente preparados(as). Así mismo, las personas se ven expuestas a exigencias cognitivas por la necesidad de desarrollar un emprendimiento (o negocio), y que sea exitoso. En segundo lugar los(as) trabajadores(as) en situación de informalidad, dada su invisibilidad institucional, tienden a experimentar una sensación de falta de reconocimiento y devaluación de su trabajo, que se agrava ante la toma de conciencia respecto a las (malas) condiciones de

empleo que se experimentan. Esta situación provoca que los(as) trabajadores(as) cuenten con un menor despliegue de herramientas o capacidad de negociación para revertir esta condición. En tercer lugar, la situación de aislamiento físico y organizativo es provocada porque no se tiene derecho a la sindicalización. Sin un proceso de negociación colectivo los(as) trabajadores(as) tienen peores condiciones porque hay menos -o nulo- poder negociador. La población trabajadora informal no podrá acceder a los beneficios de un proceso de negociación colectiva porque se encuentran fuera del marco regulatorio. Estos tres mecanismos están asociados a la sensación de baja autoestima, ansiedad, angustia, agobio, miedo, sentimiento de soledad y fragilidad.

Condiciones de trabajo: seguridad en el trabajo

La dimensión seguridad en el trabajo está relacionada con la ausencia de elementos que protejan a la población trabajadora en el desempeño de su oficio, donde se identificaron dos mecanismos sociales. Por una parte, la ausencia de medidas de protección se evidencia porque no se cuenta con una estructura institucional que vele por la utilización de las medidas de prevención. Por otra parte, además, y a raíz de dicha ausencia, en numerosas ocasiones la responsabilidad de las medidas de protección recae en la propia población trabajadora informal. Dado que no existe una estructura – institucional, organizativa-, son los(as) propios(as) trabajadores(as) quienes deben velar por su salud laboral y resguardarse de los posibles problemas de salud asociados al desempeño de su labor, a

pesar de que a menudo no tienen ni la formación ni las herramientas o recursos necesarios para desplegar ni siquiera las más básicas estrategias de prevención y protección. Ambos mecanismos producen mayores riesgos de sufrir accidentes y enfermedades profesionales, que pueden manifestarse como dolencias crónicas que se vayan transformando en enfermedades invalidantes.

“A nosotros lo que nos gustaría más que nada fijate, con este tema, sería el tema de la salud ocupacional, porque las mujeres no saben sentarse en las máquinas. No saben hacer, por ejemplo cuando se paran o están mucho rato, no saben qué ejercicio hacer, ya? Pero eso sería pero fantástico porque ahí se evitarían muchas cosas” (IHWW1)

Condiciones de trabajo: disponibilidad de tiempos e intensificación del trabajo

En relación con la dimensión disponibilidad de tiempos e intensificación del trabajo, se ha asociado con estar siempre disponible y conectado(a) con el trabajo a partir de dos problemas. Por una parte, debido a las jornadas extenuantes de trabajo no se dispone de tiempos de ocio ni de descanso. Por otra parte, la intensificación del trabajo es una situación que repercute en la ausencia de pausas al realizar la actividad laboral.

“Ahora [trabajo] 50 horas aproximadamente, pero hay momentos en que era 70, 80 horas, y hasta 100, en el peor de los casos. Calidad de vida por el suelo, imagínate. Tomé la decisión

de no tomar tantas cosas, y ahora solo trabajo en el INE y haciendo clases cuando corresponde (...) Cuando tuve muchos trabajos no la pasaba bien, tenía licencias por estrés, me enfermaba bastante. Uno se mete en esa vorágine (...) lo naturalicé, me creí capaz de hacerlo y me trajo consecuencias, y de hecho tengo hartos problemas en salud por el estrés fundamentalmente.” (IEFM2)

Se han identificado cinco mecanismos para esta dimensión. El primero está relacionado con la intensificación en la jornada laboral por la incertidumbre que genera la inseguridad en los ingresos, la falta de control sobre el volumen de trabajo y las extenuantes jornadas de trabajo. Producto de la inseguridad en todas las esferas de la vida, hay grupos de población trabajadora informal que deben intensificar su jornada de trabajo, se debe trabajar más porque su oficio no les permite alcanzar una estabilidad que les otorgue un grado determinado de tranquilidad. También se tienen largas jornadas de trabajo y en muchos casos sin interrupciones para comer o descansar. Las consecuencias en la salud están dadas por la sobre exigencia corporal y mental, un estado permanente de cansancio, los trastornos del sueño, sensación de ansiedad, estar expuesto(a) a los efectos de una mala o insuficiente dieta alimentaria, y la renuncia a tener espacios de ocio. En cuanto al segundo mecanismo, por la inestabilidad y ausencia de estructura – institucional que sirva de respaldo- se deben encadenar trabajos, como un modo de asegurarse un grado de estabilidad en los ingresos, lo que genera una necesidad de aceptar más proyectos de

los que se debería. Este mecanismo produce agobio, ansiedad y estrés.

*“Efectivamente yo por el tipo de pega que tengo en pos de esa libertad que te digo que de alguna manera mantengo, yo hay períodos del año que paso super estresado (...) en términos de salud, de problemas de salud en términos laborales, si, podría ser por el lado del estrés, como te digo el hecho de tener que de pronto agarrar pegas, digamos, hartas pegas para poder tener mayor seguridad, eso me mata.”
(IHFMI)*

Para los tres mecanismos siguientes se detectaron situaciones similares: la ausencia de derecho a reposo o descanso por enfermedad o accidente, la ausencia de derecho a tener vacaciones o descansos, y la imposibilidad de efectuar reposo. Para trabajadores dependientes existe una relación desigual de poder con los(as) empleadores(as) que les impide tener una relación contractual, y por lo tanto no tienen derecho a vacaciones o descansos. Para la población trabajadora no dependiente, la imposibilidad del descanso es una situación que se desprende de su condición autónoma. En ambos casos, las personas experimentan una ausencia de una estructura institucional que les pueda proteger y resguardar y que les permita disponer de tiempo para descanso o reposo. Estos mecanismos generan un desgaste físico, corporal y mental, una sensación de vulnerabilidad y dolencias crónicas que se transforman en enfermedades invalidantes.

“Mi salud es mala, hace poco era muy buena, pero ya me empezó el viejazo, que me duelen

los huesos con el frío, que de partida yo de los 40 años, yo nunca había descansado, y me tocó... estuve dos meses, no hospitalizada pero estuve en cama (...) yo tenía miopía, astigmatismo y catarata, me operé y me mandaron a descansar, y mientras me mandan a descansar me sale una hernia aquí, en la pierna (...) Estuve dos meses exactos sin moverme, no me podía mover, no podía levantarme, no podía, me costaba hasta venir al baño, porque no me podía los pies, las piernas del dolor, era muy terrible (...) yo soy super creyente, yo digo que Dios hizo que me pasara eso para que yo descansara, porque prácticamente en mi vida desde que yo me metí a la feria que no descansaba. Yo trabajo de martes a domingo y el lunes me voy a la asociación, me voy al sindicato, ando en el municipio.” (ISNW2)

El efecto protector de la formalidad se desdibuja para las mujeres

De acuerdo a lo señalado con anterioridad, las relaciones de género estructuran la organización social del trabajo en sus distintas dimensiones, de modo que es imprescindible su consideración a la hora de explicar la relación entre informalidad y salud. Los resultados muestran que el género incide en esta relación a través de distintos mecanismos, que pueden organizarse en dos grandes ejes: la especificidad de los sectores de actividad mayoritariamente femeninos y la pervivencia de la división sexual del trabajo (ver tabla 4). En términos generales, las distintas situaciones y procesos que se describen a continuación no afectan de manera exclusiva a las trabajadoras informales, sino a toda la población femenina, lo

que puede contribuir a explicar las escasas diferencias entre las mujeres formales e informales respecto a su situación de salud, observadas en Ruiz et al (2017).

Un primer eje alude a las características específicas de los sectores de actividad feminizados, caracterizados por la precariedad en las condiciones de empleo, por su escaso valor social y económico, por el escaso reconocimiento de las enfermedades profesionales, y por las dificultades para la organización colectiva.

Diversos ejemplos de las entrevistas sugieren el carácter especialmente precario de empleos feminizados, por ejemplo, en el sector del comercio atravesando las fronteras de la formalidad. Estos ejemplos van desde la ausencia de descansos, la intensidad en el trabajo, la exposición a riesgos sanitarios o psicosociales de distinto tipo:

“Acá una vez nosotros como Central hicimos una denuncia que era sobre las compañeras que trabajaban en los supermercados, que no les daban permiso, y por lo tanto ellas usaban pañales porque ya no aguantaban, porque no podían dejar la caja (...) También sabemos por ejemplo que las compañeras que trabajan en el salmón, en los grandes frigoríficos, como sufren, también todas tienen cistitis y de repente no se dan cuenta y se mean solas poh. O sea eso también lo conocemos, yo creo que la realidad del trabajo de las mujeres en Chile es muy precario (...) también están las compañeras campesinas, que tienen suponte tu, que siguen fumigando con ellas y que hay una gran cantidad de mujeres que sus hijos tienen

malformaciones (...) O sea ese es el, este país que está en la OECD, son las contradicciones enormes.” (FECW2)

La minusvaloración social del trabajo realizado por las mujeres tiene una clara traducción en términos monetarios. El trabajo femenino se remunera peor que el de los hombres de forma sistemática, tal y como se refleja en la cita a continuación.

“Por la edad, por ser pobre, por ser indígena, por ser mujer, ganai menos que el hombre, tenís todos estos peros para no estar considerada de igual manera que el resto (...) el mismo trabajo que le pagan un sueldo al hombre a ti te lo van a pagar menos, en cualquier espacio de trabajo, cualquiera, tanto en la fruta como en otro sector. Entonces la discriminación está por todos lados.” (FECW1)

Asimismo, la consideración del empleo femenino como complementario explica la mayor tolerancia social femenina hacia la condición informal en el empleo, y puede justificar otras malas prácticas empresariales que se detectan en los resultados de la investigación, como es la ausencia de las cotizaciones en torno a la protección social. En efecto, en el caso de la industria textil, existe precariedad en la formalidad por malas prácticas de cotización de la protección social, ya que los empresarios no mantienen las cotizaciones al día o lo hacen por el sueldo mínimo. En el mediano plazo las trabajadoras ven disminuida su opción para jubilarse y deben alargar su vida laboral al máximo, perjudicando la calidad de vida en la vejez.

“En el área textil todas nuestras compañeras que cumplen 60 años siguen trabajando, y no trabajan hasta los 65, o sea ellas trabajan hasta cuando ya no dan más. O sea tenemos compañeras con más de 76 años trabajando en las empresas (...) Y eso es porque la jubilación es muy pequeña, no les alcanza para vivir, como además que hay también otra cosa que es tan engañosa, que los empresarios, no, mira, te voy a cotizar por el mínimo para que tu saques más platita. Entonces se hizo como una costumbre, y el más platita, después al momento de jubilar no tiene, no le alcanza.”
(FECW2)

Si bien se ha señalado que la devaluación del trabajo realizado por las mujeres, y su traducción en términos de condiciones de empleo precarias, bajos salarios y falta de protección social, es una característica que afecta de forma mayoritaria a distintos colectivos de mujeres, hay un caso que cabe subrayar, que es el de las trabajadoras de casa particular. Un aspecto que destaca es el constante desgaste que experimentan por las extenuantes jornadas de trabajo y la disponibilidad permanente que se les exige:

“Son muy largas las jornadas laborales de las compañeras que ellas, como yo siempre digo que es como un chiste, se a la hora que me levanto pero no a la hora que me acuesto, y es una realidad que nosotras todas vivimos (...) por eso llegan muy agotadas, porque las jornadas son muy largas, y son muchas cosas las que tienen que realizar también, porque llevar toda una casa, muchas tienen niños (...) trabaja mucho la cabeza con los niños.”
(FDCW1)

Esta disponibilidad llega incluso a afectar el dormir de las trabajadoras de casa particular que trabajan puertas adentro cuando sus habitaciones colindan con la cocina, pues si hay personas que trasnochan en la casa las despiertan por los ruidos. Su descanso no es respetado, lo que supone una carga psicológica muy fuerte:

“Las habitaciones nuestras siempre son al lado de la cocina. Entonces llegan a meter boche a la cocina, que abren el refrigerador, que abren la llave, que conversan, que sacan tazas, que sonido y toda la cuestión, entonces muchas chiquillas se enrabian y duermen mal poh, se enrabian y duermen menos (...) entonces las chiquillas la pasan mal. Y llegan acá las compañeras muchas, así como yo digo, pateando la perra, que la han pasado mal, que han dormido mal” (FDCW1)

Asimismo, las trabajadoras de casa particular parecen ser las que viven con más intensidad el escaso valor que se asigna a su trabajo. Ellas mismas lo valoran escasamente, su propio trabajo no es algo que las enorgullezca, y expresan haber adoptado este oficio por necesidad. Por ese motivo presentan problemas de autoestima, que se agudizan con los maltratos psicológicos que reciben en distintas ocasiones.

“Aquí llegan chiquillas muy heridas, psicológicamente muy heridas (...) Por los abusos psicológicos de los empleadores, y de los niños, a veces, que son más crueles, bueno, como cabros chicos, son más crueles todavía (...) muchas chiquillas sufren de depresión por eso mismo (...) yo siempre he dicho que en nuestro trabajo he sido super discriminada y

por tres cosas, una porque somos mujeres, que ya somos discriminadas, por ser trabajadoras de casa particular, que ya es un trabajo, lo peor que puede existir, y además las compañeras indígenas, mucho más discriminadas.” (FDCW1)

Si bien la situación de las trabajadoras de casa particular es un caso específico, ejemplifica de manera clara que el ámbito del domicilio, asociado tradicionalmente a la femineidad, es en términos generales sinónimo de malas condiciones de empleo, bajos salarios, y ausencia de protección social. Otros casos como los de las trabajadoras del sector textil, ponen de manifiesto la misma situación.

“Las mujeres de la fruta son las más vulneradas, es el trabajo más precario que hay en este país, o sea, después de las casas particulares, donde tu tienes que ir a servirle a la patroncita, después de la industria de la confección, que hoy día se fue toda para la casa (...) las mujeres ahí están en un trabajo extremadamente precario porque con sus cosas, con su propia infraestructura, de una casa, tienen que hacer las costuras, la confección para los talleres, eso es la precariedad más absoluta porque no tenís ni un beneficio, no tenís nada que te pueda respaldar para que puedas ir a un médico, un consultorio, no tenís nada. Bueno, así son las temporeras (...) entre las casas particulares, las textiles y las temporeras, ese es el segmento que hoy día está moviendo el país.” (FECW1)

Sin duda, las malas condiciones de trabajo existentes en los sectores de actividad feminizados se encuentran asociadas a enfermedades

profesionales específicas. Sin embargo, frecuentemente estas no son reconocidas, por lo que quedan sin cobertura, como es el caso de las trabajadoras de casa particular.

*“A nosotros [trabajadoras de casa particular] no se nos reconocen enfermedades profesionales poh, entonces no tenemos esa...”
(FDCWI)*

El desgaste físico y cognitivo de estas trabajadoras se agudiza más si no pueden atenderse por enfermedades profesionales, como el estrés o la depresión, que son a menudo producto de las jornadas laborales extensivas, los trastornos del sueño y los abusos psicológicos a los que son sometidas, y a los que nos hemos referido algo más arriba.

Además de las dificultades para el reconocimiento de sus enfermedades profesionales, las mujeres generalmente se encuentran con mayores impedimentos para articular sus demandas laborales en términos de representación sindical. La siguiente cita refleja las dificultades para posicionar las reivindicaciones femeninas en la agenda de la lucha sindical:

“Muchas veces tu pedías la palabra y ellos no te la querían dar porque en realidad eras mujer (...) hasta cuando también entendí que aquel que no grita, nadie lo escucha (...) en el mundo sindical tu tenís que ser 3 veces mejor que los hombres para tener lo que uno tiene (...) Entonces uno ha tenido que imponerse a base de hechos concretos, yo he sentido mucha discriminación, en el gobierno, en mi mundo

político aquí, sindical, y uno podría, o sea, con todo lo que uno sabe, con toda la experiencia, uno podría además optar por ser diputada o senadora, pero tú sabes que no se puede por, porque no tenís plata, porque además ya estai, no convenís no más.” (FECW2)

El segundo eje que incide en la relación entre informalidad y salud desde una perspectiva de género es la pervivencia de la división sexual del trabajo, tanto en términos simbólicos como en el nivel de las prácticas. Un primer efecto de esta pervivencia es la mayor carga total de trabajo a la que se ven sometidas las mujeres, teniendo en cuenta que continúan siendo ellas quienes asumen de forma mayoritaria el trabajo doméstico y de cuidados. Ello tiene importantes repercusiones en términos de riesgos para la salud psicológica especialmente, en términos del estrés al que se ven sometidas.

“Uno de los problemas del tema de género es que ni siquiera la mujer lo asume como un derecho. Entonces, claro, es la transmisión cultural que se nos ha impuesto. Porque en la generación de nuestras madres a ellas se lo impusieron así, lo asumían así. Hoy día, yo te digo en las generaciones jóvenes, por ejemplo mi hijo, las muchachas han asumido el tema de género y las responsabilidades del hogar se comparten. Pero hay una gran parte que todavía no lo hace.” (IE4W1)

Esta situación de cargas totales de trabajo muy elevadas se agudiza cuando son ellas la única fuentes de ingresos familiares (mujeres jefas de hogar), puesto que alargan las jornadas laborales, lo que

desencadena en enfermedades y condiciones limitantes y mala calidad de vida. Este es el caso también para mujeres temporeras en la industria agraria, quienes sabiendo que sus oportunidades de trabajo son por un período acotado de tiempo, mientras dure la temporada, tienen la necesidad de intensificar su jornada laboral mientras dure ese período acotado, trabajando sin descanso y por turnos prolongados.

“Siguen estancados los salarios para la agroindustria, lo que pasa es que hay mujeres que se desdoblan trabajando, para sacar 300, 400 mil pesos, pero eso significa que su trabajo es a destajo, no es un trabajo fácil (...) significa trabajar horas extra, y extra, y extra, de las 8 de la mañana hasta la una de la mañana.” (FECWI)

A su vez, la pervivencia de la división sexual del trabajo, o más concretamente, del modelo de proveedor principal masculino – mujer cuidadora (*male breadwinner-female caregiver*), genera una falta de independencia económica respecto al cónyuge masculino, lo cual a su vez repercute sobre la salud psicológica de las trabajadoras ya que genera frustración y baja autoestima.

“Hay como una frustración muy grande (...) la respuesta siempre es la misma, la plata, es la plata. Porque si, mira, la mayoría de las mujeres que trabajan en sus casas a nosotros nos gustaría tener independencia económica, la mayoría son casadas, ya? Y viven con el sueldo digamos un poco del marido. Entonces a todas nos gustaría tener independencia económica (...) hay compañeras que deberían a lo mejor separarse, y no pueden, porque

están, les amarra la plata. Y qué más quisieran ellas de tener esa libertad, sabís que más viejo mándate cambiar, o me voy de acá y me llevo mi cabro chico (...) yo creo que eso es lo que más frustra a las mujeres, es lo que más les frustra, no tener independencia económica (...) entonces viven por ejemplo de allegadas, viven en la casa de los suegros, en fin” (IHW1)

Finalmente, la pervivencia del modelo *male breadwinner-female caregiver* tiene a su vez unos efectos específicos en el caso de las mujeres microempresarias. Éstas tienden a postergar la inversión en su propia protección social, puesto que prefieren abastecer al conjunto de la familia antes que realizar gastos en su previsión, lo que genera serias consecuencias a mediana y mayor edad.

“El tema que tenemos con las mujeres empresarias es que tienen un tema de cobertura en salud, porque ellas no se imponen, ya? Es difícil que una microempresaria que trabaja por la subsistencia, que si una mujer sale de la pobreza, va a hacer un emprendimiento y sus primeras necesidades es la alimentación y la educación de sus hijos, pero el tema personal, siempre las mujeres lo hemos postergado por nuestra formación, o sea, por la entrega a los demás. Entonces allí vemos que el tema de la previsión de la mujer es un serio problema que nosotros tenemos como gremio” (IE4W1)

Los factores moderadores

En los discursos de la población trabajadora informal se identificaron una serie de factores moderadores que inciden en el

impacto que la informalidad tiene sobre la salud, protegiendo (o bien, en su contra, sobreexponiendo) a las personas frente a ese impacto (ver figura 1).

Los factores moderadores que se han encontrado dicen relación con:

- a) no tener cargas reproductivas, teniendo en cuenta que el trabajo reproductivo generalmente es asimilado por las mujeres. Este factor además está vinculado a un componente etario en grupos de mayores ingresos y de un nivel educativo superior, ya que la población menor de 35 años de este segmento socioeconómico no suele tener cargas reproductivas;
- b) contar con conciencia sobre los autocuidados, lo que está relacionado con tener un mayor nivel educativo;
- c) contar con recursos relacionales, es decir, disponer de redes de contacto o redes de apoyo;
- d) la composición y protección del hogar; por ejemplo, contar con alguien que cotice un plan de salud familiar, del cual uno/a se pueda beneficiar indirectamente;
- e) la posesión de bienes, ya sean bienes heredados o por generación propia;
- f) ser parte de un sector de trabajo devaluado y donde exista poca organización colectiva – aspectos en los que se evidencien dinámicas sectoriales específicas con desigualdades de género.

Para ejemplificar el modo en que se evidencian los factores moderadores en cuanto a la protección o sobreexposición frente a las desigualdades en salud, a continuación se relatan experiencias concretas de algunos de los factores.

En relación a la conciencia de autocuidados:

“Si yo no me cuido, mi enfermedad se agrava y mi estado anímico va a ser malo, verdad? Pero

yo me cuido, soy ordenada con mis alimentos, he aprendido a alimentarme, soy diabética, y sufro de hipertiroidismo (...) pero de acuerdo a mi edad yo siento que yo estoy bien. Yo veo otra gente de mi edad, en mi sector, que está muy deteriorada (...) porque nuestro sector se alimenta muy mal, mucho que los saanguchitos, mucho, por qué, porque también se levantan a muy tempranas horas, pero no comen lo adecuado para estar bien.” (ISNW1)

En relación a los recursos relacionales:

“Es difícil pararse en situaciones que son de esfuerzos personales porque no están a la mano situaciones, y lo peor es que en el área de cultura es más complejo, porque yo podría tener alguna opción si es que tuviera alguna red que te permita estar dentro del Consejo de la Cultura, o en algún Municipio, pero como esas cosas se cortan en lo político, más aún ahora se da uno cuenta de eso. Y en mi caso es bastante difícil (...) nosotros trabajamos con ciertas normalidades, o sea nos conseguimos los espacios por canales formales, entonces no tenemos redes políticas ni cuñas en ningún lado para poder conseguirnos mejores cosas.” (ISNMI)

En relación a la posesión de bienes:

“Si pides un crédito te lo van a prestar siempre y cuando tu tengas un respaldo. Cuando la mujer se casa y no se casa con separación de bienes, los bienes son conyugales, no son de la mujer. Por lo tanto la mujer no tiene cómo respaldar ese acceso al crédito. Hay discriminación ahí (...) no tenemos el acceso del sector financiero, a que haya un apoyo a la

mujer emprendedora o a la mujer empresaria. Porque cuando ya logramos pararnos, cuando tenemos medios, cuando tenemos sobre todo bienes raíces y sobre todo bienes materiales que nos respalden, recién nos prestan.” (IE4W1)

Estos factores moderadores son elementos que han sido adquiridos de acuerdo a las experiencias de vida de las personas, en función de las oportunidades que han tenido y del entorno social que les ha potenciado o inhibido el desarrollo de los factores antes descritos. Es decir, estos elementos encarnan las desigualdades sociales que se manifiestan en desigualdades en salud.

5. Discusión

A partir de la información proporcionada por las entrevistas en profundidad a población trabajadora formal e informal en Chile, ha sido posible elaborar un esquema conceptual del modo en que se generan las desigualdades en salud, relacionándolas con la informalidad en el empleo (Figura 1). Los resultados confirman que tanto la falta de protección social como la ausencia de regulación son elementos del empleo informal que impactan en las condiciones de vida por medio de dos dimensiones: la incertidumbre y los recursos materiales. Del mismo modo, los elementos característicos de la informalidad impactan en las condiciones de trabajo a partir de tres dimensiones: riesgos psicosociales, seguridad en el trabajo y disponibilidad de tiempos e intensificación. En ambos casos se generan consecuencias en la salud, que intervienen en las

desigualdades en salud. No obstante, existe un conjunto de factores moderadores que están mediando en el efecto que la informalidad produce sobre las desigualdades en salud, protegiendo o sobre exponiendo a la población trabajadora informal.

Algunos de los elementos encontrados en este estudio sobre las consecuencias de la informalidad para las personas trabajadoras informales van en la misma línea de lo que ha sido descrito por varios autores en relación con la precariedad del ámbito laboral y la consecuente precarización vital en otros contextos de desestandarización del mercado de trabajo. Así, por ejemplo, de acuerdo a Lorey (2015) la vivencia de la precariedad genera inseguridad y vulnerabilidad, exposición al peligro y una existencia contingente confinada en el presente. Así mismo, otros autores han descrito la precarización como una situación opuesta a la relación de empleo estable (Vosko, 2010), que limita la agencia (Mrozowicki, 2016), formando una condición experiencial donde se requiere que tengan una capacidad de emprendimiento de sí mismas para que sean responsables de su destino (Armano, Bove, & Murgia, 2017).

En el caso del empleo informal, el conjunto de mecanismos identificados a partir de las entrevistas en profundidad ilustran cuatro elementos transversales que configuran el entramado de contexto social donde los empleos informales generan peor estado de salud y mayor exposición a las desigualdades en salud: una relación de poder con los(as) empleadores, la externalización o

transferencia del riesgo, una organización social de mercado, y los problemas de la organización colectiva.

En primer lugar, un elemento transversal que explica el impacto del empleo informal sobre la calidad de vida y trabajo es la ***relación de poder con los empleadores***. Observamos que se produce una mayor fragilidad de parte de los(as) trabajadores(as) informales, pues están más sujetos(as) a la arbitrariedad y discrecionalidad de quien sustenta el poder en la relación, es decir, los(as) empleadores(as). Se trata de procesos que han sido descritos por distintos autores, como Bourdieu (1999). Se produce entonces una dinámica nociva con una mayor dependencia de la población trabajadora hacia sus empleadores, que se agudiza al no haber organización colectiva que pueda velar por la repartición de poder entre capital y trabajo (y que impone una situación desigual desde la base). Si no existe una organización que pueda proteger los derechos de la población trabajadora y genere un contrapunto a la relación desigual de poder, habrá mayor dependencia hacia el empleador.

El empleo informal puede leerse también como una estrategia de ***externalización o transferencia del riesgo*** por parte de los(as) empleadores(as) hacia la población trabajadora informal. Esta situación está dada por una ausencia de estructura institucional que respalde y resguarde el proceso de organización en el trabajo (Acuña 2008). Así, la población trabajadora que no cuenta con una estructura que le asegure determinadas condiciones básicas –como regulación, derechos, beneficios y protección- se ve en la necesidad

de desarrollar sus propias herramientas y recursos para hacer frente a la desprotección y aislamiento que experimentan. Pero esta exposición les genera inseguridad, desarraigo y exclusión (Acuña, 2008).

Elementos como los patrones culturales del trabajo que sustentan una dinámica basada en el emprendimiento, y que producen una atomización de la experiencia del trabajo y una fragmentación de las relaciones se explican a partir de una **organización social de mercado**. Producto del contexto neoliberal, hay grupos de trabajadores(as) que quedan marginados del mercado laboral por distintos motivos (Grimshaw et al, 2017). Entonces deben buscar alternativas. Pero en el empleo informal se encuentran con una situación donde hay inseguridad en los ingresos y una situación de descontrol que se ve incrementada por los bajos ingresos. En otras palabras, a pesar de la libertad aparente que existe, por ejemplo, entre los(as) trabajadores(as) no dependientes, la forma en que la población trabajadora informal debe poner en práctica su fuerza de trabajo viene en cierta medida impuesta por un entramado sistémico: Los factores de la economía, la forma en que se organiza la producción de bienes y servicios, la falta de alternativas y la amenaza de pobreza y miseria.

Finalmente, otro elemento propio del empleo informal es el **problema con la organización colectiva**, que se produce básicamente a partir de una ausencia de regulación. Este elemento se evidencia porque la mayoría de los(as) trabajadores(as)

informales no disponen de herramientas que les permitan tener capacidad de negociación, no tienen derecho a la sindicalización y en el caso que exista un organismo sindical en su rubro, los acuerdos logrados en el marco sindical no les beneficia. Es decir, la población trabajadora que no se encuentra bajo una estructura de organización colectiva se ve en la obligación de asumir el riesgo de manera individual y atomizada. Si bien hay aspectos que son propios del trabajo no dependiente, y que no pertenecen exclusivamente al empleo informal, producto de la situación desventajosa en la que se encuentran los(as) trabajadores(as) informales por estar expuestos(as) a un mayor grado de desigualdades sociales (Santamaría, 2012), los elementos antes descritos les afectan con mayor intensidad.

En cuanto a las desigualdades de género observadas a partir de las entrevistas en profundidad, la formalidad en el empleo no está siendo un elemento protector para las mujeres. Para este género, siguen existiendo condiciones desfavorables que perpetúan una brecha entre el empleo femenino y el empleo masculino. En relación con el eje que da cuenta de las características específicas de los sectores feminizados, los resultados descritos se sitúan en línea con la literatura. Así, se evidencia que la especificidad de género de determinados entornos laborales tiene un efecto nocivo sobre la salud física y mental (Cambois et al., 2017). En efecto, las desigualdades entre hombres y mujeres en el empleo, lejos de desaparecer, se han incrustado en los patrones de segregación

ocupacional (vertical y horizontal) en el empleo (Torns & Recio, 2012).

La consolidación del modelo *male-breadwinner* en los países capitalistas avanzados estableció la consideración del salario femenino como complementario a la vez que una devaluación del trabajo realizado por las mujeres, dentro y fuera del hogar. Dicha minusvaloración se encuentra incrustada en un patrón de segregación en el empleo y en las jerarquías de remuneraciones existentes entre sectores y ocupaciones (Jill Rubery & Grimshaw, 2015). En efecto, las mujeres se encuentran ocupadas mayoritariamente en los sectores actividad menos cualificados, menos valorados socialmente y, consecuentemente, peor remunerados, y con las condiciones de empleo más precarias (Sánchez-Mira, 2017; Torns & Recio, 2012). Al existir patrones de género que siguen considerando al empleo femenino como complementario, la sociedad asume de manera más natural las condiciones de informalidad laboral en el caso de las mujeres, del mismo modo que ocurre con el desempleo (Torns, 1995).

En relación con el eje que da cuenta del mantenimiento de la división sexual del trabajo, los resultados observados han sido relatados por la literatura (Acuña, 2008; Castillo, Baca, & Todaro, 2016; Palacios, Corbella, & Urbina, 2015). Particularmente en relación con las cargas totales de trabajo asumidas por las mujeres, Todaro (2016) plantea que el trabajo reproductivo, que como hemos visto es realizado en general por mujeres, subsidia al trabajo

productivo. Y a mayor desgaste en el trabajo productivo, más difícil será el trabajo reproductivo, lo que redundará en mayores exigencias hacia las mujeres. Por otra parte, respecto a la postergación que tienen las mujeres en cuanto a la satisfacción de sus necesidades básicas, se trata de un hallazgo que es coherente con la literatura, que nos muestra que las mujeres hacen un uso diferencial de sus recursos económicos, tendiendo a primar las necesidades de los demás miembros del hogar, y, en particular, los de los hijos (Pahl, 1989).

En resumen, el artículo muestra cómo el empleo informal tiene efectos nocivos sobre la calidad de vida y trabajo, por medio de mecanismos que tienen que ver con la capacidad del empleo informal de generar incertidumbre, menores recursos materiales, generar riesgos psicosociales, afectar la seguridad en el trabajo y requerir una gran disponibilidad de tiempos e intensidad del trabajo. Todo ello redundará en una situación de vulnerabilidad y desamparo de la población trabajadora informal con consecuencias nocivas sobre su salud y calidad de vida. Además, el artículo muestra el encaje de esta problemática con aspectos de género como la división sexual del trabajo y la mala calidad del empleo de los sectores feminizados, así como la agudización de las desigualdades sociales en desigualdades de salud mediante factores moderadores de la relación entre empleo informal y salud. En definitiva, el artículo arroja luz sobre una situación problemática para la salud pública, y hace visible la necesidad de desarrollar políticas para

avanzar hacia unas formas de empleo más sostenibles para la salud y calidad de vida de la población trabajadora.

Referencias bibliográficas

- Acuña, E. (2008). Flexibilidad laboral: Experiencias de trabajadores chilenos. En A. Soto (Ed.), *Flexibilidad laboral y subjetividades: Hacia una comprensión psicosocial del empleo contemporáneo* (61-77). Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Alfers, L., & Rogan, M. (2015). Health risks and informal employment in South Africa: does formality protect health? *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 21(3), 207-215.
- Amable, M. a, Benach, J., & González, S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Arch. prev. riesgos labor. (Ed. impr.)*, 169-184.
- Armano, E., Bove, A., & Murgia, A. (2017). *Mapping Precariousness, Labour Insecurity and Uncertain Livelihoods: Subjectivities and Resistance*. New York: Routledge.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2004). Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class. *American Journal of Public Health*, 94(1), 82-88. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.1.82>
- Basu, N., Ayelo, P., Djogbénu, L., Kedoté, M., Lawin, H., Tohon, H., ... Fayomi, B. (2016). Occupational and Environmental Health Risks Associated with Informal Sector Activities—Selected Case Studies from West Africa. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 26(2), 253-270.

- Benach, J. (1997). La desigualdad social perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria*, 11(6), 255-258.
- Benach, J., Muntaner, C., & Santana, V. (2007). Employment conditions and health inequalities. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). Geneva: WHO.
- Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., & Quinlan, M. (2010). *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global*. España: Icaria.
- Benach, J., Solar, O., Vergara, M., Vanroelen, C., Santana, V., Castedo, A., Ramos, J., EMCONET Network (2010). Six Employment Conditions and Health Inequalities: A Descriptive Overview. *International Journal of Health Services*, 40(2), 269-280.
- Benach, J., Vives, A., Tarafa, G., Delclos, C., & Muntaner, C. (2016). What Should We Know About Precarious Employment and Health in 2025? Framing the Agenda for the Next Decade of Research. *International Journal of Epidemiology*, 45(1), 232-238.
- Benach, J., Julià, M., Bolívar, M., Amable, M., & Vives, A. (2018). Precarious employment, health, and quality of life. Context, analysis, and impacts. Oxford: Reuters. En: Burke, R.J. & Cooper, C.L. (eds.) *Violence and abuse in and around organisations*. Abingdon: Routledge, 292-314.
- Bennett, A., & Elman, C. (2006). Qualitative research: Recent Developments in Case Study Methods. *Annual Review of Political Science*, 9(1), 455-476.
- Black, D., & Whitehead, M. (1988). *Inequalities in health: the Black Report, edited by Peter Townsend and Nick Davidson: the Health Divide*. Penguin.

- Borrell, C., Benach, J., & CAPS-FJ Bofill Working Group. (2006). La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 20(5), 396-406.
- Bourdieu, P. (1999). *Contrafuegos: reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*. Barcelona: Anagrama.
- Breilh, J. (1980). *Epidemiología: economía, medicina y política: hacia una investigación médica en la transformación de la investigación en salud*. Quito: Universidad Central de Quito.
- Cambois, E., Garrouste, C., & Pailhé, A. (2017). Gender career divide and women's disadvantage in depressive symptoms and physical limitations in France. *SSM - Population Health*, 3, 81-88.
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., Moen, B. E., & Benavides, F. G. (2013). Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 12, 57.
- Castillo, D., Baca, N., & Todaro, R. (2016). *Trabajo global y desigualdades en el mercado laboral*. México, D.F.: CLACSO.
- Chen, M. (2012). *The Informal Economy: Definitions, Theories and Policies* (No. Working Paper N° 1). WIEGO. Recuperado de <http://wiego.org/publications/informal-economy-definitions-theories-and-policies>.
- Chen, M., Vanek, J., & Heintz, J. (2006). Informality, Gender and Poverty: A Global Picture. *Economic and Political Weekly*, 41(21), 2131-2139.
- Concha, M., Labbé, J., & Sánchez, M. (2005). Protección social y nivel de salud de los trabajadores de la economía informal. *Revista Chilena de Salud Pública*, 118-122.

- Connell, R. W. (1987). *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics* (1 edition). Stanford, Calif: Stanford University Press.
- da Silva, M. C., Fassa, A. G., & Kriebel, D. (2006). Minor Psychiatric Disorders Among Brazilian Ragpickers: A Cross-Sectional Study. *Environmental Health*, 5: 17.
- Dejours, C. (1992). *Trabajo y desgaste mental: una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Humanitas.
- Dejours, C. (2016). *El sufrimiento en el trabajo*. Buenos Aires: Topía.
- Doyal, L. (2002). Putting Gender into Health and Globalisation Debates: New Perspectives and Old Challenges. *Third World Quarterly*, 23(2), 233-250.
- Engels, F. (1892). *The condition of the working-class in England in 1844*. London: Allen and Unwin.
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 105-112.
- Giatti, L., Barreto, S., & César, C. (2008a). Household context and self-rated health: the effect of unemployment and informal work. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(12), 1079-1085.
- Giatti, L., Barreto, S., & César, C. (2008b). Informal work, unemployment and health in Brazilian metropolitan areas, 1998 and 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10), 2396-2406.
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124.
- Grimshaw, D., Fagan, C., Gebson, G., Tavora, I. (2017) A new labour market segmentation approach for analysing inequalities: introduction and overview. En: *Making work more*

- equal. A new labour market segmentation approach.* Manchester: Manchester University Press.
- Huberman, M., & Miles, M. B. (2002). *The qualitative researcher's companion.* Thousand Oaks: Sage.
- ILO. (2012). *Measuring informality: a Statistical Manual.* Geneva: International Labour Organization.
- Infante, R. (2011). La Economía informal en Chile. En G. Reinecke, M.E. Valenzuela (Eds.), Chile: El impacto del mercado laboral en el bienestar de las personas. Distribución del ingreso y calidad del empleo (37-95). Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- Iriart, J., Xavier, S., Oliveira, R., Costa, A., Santana, V., & Araújo, G. (2008). Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciênc. saúde coletiva*, 165-174.
- Khlat, M., Sermet, C., & Le Pape, A. (2000). Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990s. *Social Science & Medicine* (1982), 50(12), 1807-1825.
- Krieger, N. (1991). Women and social class: a methodological study comparing individual, household, and census measures as predictors of black/white differences in reproductive history. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45(1), 35-42.
- Krieger, N. (1992). The making of public health data: paradigms, politics, and policy. *Journal of Public Health Policy*, 13(4), 412-427.
- Krieger, N. (2001a). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(10), 693-700.
- Krieger, N. (2001b). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677.

- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652-657.
- Krieger, N. (2008). Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *American Journal of Public Health*, 98(2), 221-230.
- Laurell, A. C. (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, (17), 59-79.
- López-Ruiz, M., Artazcoz, L., Martínez, J. M., Rojas, M., & Benavides, F. (2015). Informal employment and health status in Central America. *BMC Public Health*, 15, 698.
- Lopez-Ruiz, M., Benavides, F., Vives, A., & Artazcoz, L. (2017). Informal employment, unpaid care work, and health status in Spanish-speaking Central American countries: a gender-based approach. *International Journal of Public Health*, 62(2), 209-218.
- Lorey, I. (2015). *State of insecurity: government of the precarious*. London: Verso.
- Ludermir, A. (2000). Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3), 647-659.
- Ludermir, A., & Lewis, G. (2003). Informal work and common mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 485-489.
- Ludermir, A., & Lewis, G. (2005). Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 622-627.
- Lund, F., & Marriott, A. (2011). *Occupational Health and Safety and the poorest* (Working Paper No. 20) (p. 63). Cambridge-Manchester: WIEGO.

- Lundberg, U. (1996). Influence of paid and unpaid work on psychophysiological stress responses of men and women. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(2), 117-130.
- Marmot, M., & others. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet, 365*(9464), 1099–1104.
- Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M. & Marks, N. F (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine, 44*(6), 901-910.
- Melchior, M., Berkman, L., Niedhammer, I., Zins, M., & Goldberg, M. (2007). The mental health effects of multiple work and family demands : A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(7), 573-582.
- Moen, P., & Chermack, K. (2005). Gender disparities in health: Strategic selection, careers, and cycles of control. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences, 60*(SPEC. ISS. OCT.), 99-108.
- Moyano, E., Castillo, R., & Lizana, J. (2008). Trabajo informal: motivos, bienestar subjetivo, salud, y felicidad en vendedores ambulantes. *Psicologia em Estudo, 13*(4), 693-701.
- Mrozowicki, A. (2016). Normalisation of Precariousness? Biographical Experiences of Young Workers in the Flexible Forms of Employment in Poland. *Przegląd Socjologii Jakościowej, 12*(2), 94-112.
- Muntaner, C., Chung, H., Solar, O., Santana, V., Castedo, A., & Benach, J. (2010). A macro-level model of employment relations and health inequalities. *International Journal of Health Services, 40*(2), 215-221.
- Muntaner, C., Lynch, J., Oates, G. L., & others. (1999). The social class determinants of income inequality and social cohesion. *Int J Health Serv, 29*(4), 699–732.

- Navarro, V. (1976). The Political and Economic Determinants of Health and Health Care in Rural America. *Inquiry*, 13(2), 111-121.
- Ngowi, A., Mrema, E., & Kishinhi, S. (2016). Pesticide Health and Safety Challenges Facing Informal Sector Workers A Case of Small-scale Agricultural Workers in Tanzania. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 26(2), 220-240.
- Nilvarangkul, K., Wongprom, J., Tumngong, C., Supornpun, A., Surit, P., & Srithongchai, N. (2006). Strengthening the self-care of women working in the informal sector: local fabric weaving in Khon Kaen, Thailand (Phase I). *Industrial Health*, 44(1), 101-107.
- Pahl, J. M. (1989). *Money and marriage*. Basingstoke: Macmillan Education.
- Palacios, R., Corbella, I. L., & Urbina, D. (2015). Identidad y trabajo informal a domicilio: la experiencia de cuatro mujeres chilenas. *Batey: una revista cubana de Antropología Social*, 7(7), 92-100.
- Pick, W., Ross, M., & Dada, Y. (2002). The reproductive and occupational health of women street vendors in Johannesburg, South Africa. *Social Science & Medicine*, 54(2), 193-204.
- Portes, A., Castells, M., & Benton, L. A. (Eds.). (1989). *The Informal Economy: Studies in Advanced and Less Developed Countries*. The Johns Hopkins University Press.
- Quinlan, M., Mayhew, C., & Bohle, P. (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: placing the debate in a comparative historical context. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 31(3), 507-536.

- Reinecke, G., & Valenzuela, M. E. (2011). Distribución y mercado de trabajo: Un vínculo ineludible. En G. Reinecke, M.E. Valenzuela (Eds.), Chile: El impacto del mercado laboral en el bienestar de las personas. Distribución del ingreso y calidad del empleo (11-35). Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- Rubery, J. (2011). Towards a gendering of the labour market regulation debate. *Cambridge Journal of Economics*, 35(6), 1103-1126.
- Rubery, Jill, & Grimshaw, D. (2015). The 40-year pursuit of equal pay: a case of constantly moving goalposts. *Cambridge Journal of Economics*, 39(2), 319-343.
- Ruiz, M.E., Vives, A., Martínez-Solanas, È., Julià, M., Benach, J. (2017). How does informal employment impact population health? Lessons from the Chilean employment conditions survey. *Safety Science*, 100(Part A): 57-65.
- Ruiz, M.E., Tarafa, G., Jódar, P., & Benach, J. (2015). ¿Es posible comparar el empleo informal en los países de América del Sur?: análisis de su definición, clasificación y medición. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 65-71.
- Sánchez-Mira, N. (2017). La brecha salarial y las desigualdades de género en el mercado de trabajo: *Anuario IET de trabajo y relaciones laborales*, 4, 0087-0098.
- Santamaría, E. (2012). Jóvenes y precariedad laboral: trayectorias laborales por los márgenes del empleo. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, (52), 129-139.
- Santana, V. (2004). Informal Jobs and Non-fatal Occupational Injuries. *Annals of Occupational Hygiene Annals of Occupational Hygiene*, 48(2), 147-157.
- Santana, V., Loomis, D., Newman, B., & Harlow, S. (1997). Informal jobs: another occupational hazard for women's mental

- health? *International Journal of Epidemiology*, 26(6), 1236-1242.
- Scott-Marshall, H., & Tompa, E. (2011). The health consequences of precarious employment experiences. *Work (Reading, Mass.)*, 38(4), 369-382.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research: A practical handbook* (2nd ed.). Book, London: SAGE Publications.
- Singh-Manoux, A., Clarke, P., & Marmot, M. (2002). Multiple measures of socio-economic position and psychosocial health: proximal and distal measures. *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1192-1199.
- Solar, O., & Irwin, A. (2007, abril). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
- Stone, J., Evandrou, M., Falkingham, J., & Vlachantoni, A. (2015). Women's economic activity trajectories over the life course: implications for the self-rated health of women aged 64+ in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(9), 873-879.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Temkin, B. (2016). The Negative Influence of Labor Informality on Subjective Well-Being. *Global Labour Journal*, 7(1).
- Todaro, R. (2016). Flexibilidades, rigideces y precarización: trabajo remunerado y trabajo reproductivo y de cuidado. En *Trabajo global y desigualdades en el mercado laboral*. México, D.F.: CLACSO.
- Tokman, V. (Ed.). (1992). *Beyond Regulation: The Informal Economy in Latin America*. Lynne Rienner Pub.

- Torns, T. (1995). Mercado de trabajo y desigualdades de género. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 6(0), 81.
- Torns, T., & Recio, C. (2012). Desigualdades de género en el mercado de trabajo: entre la continuidad y la transformación. *Revista de economía crítica*, (14), 178-202.
- Vanek, J., Chen, M., Carré, F., Heintz, J., & Hussmanns, R. (2014). *Statistics on the Informal Economy: Definitions, Regional Estimates & Challenges* (No. Working paper N° 2). WIEGO.
- Vanroelen, C., Levecque, K., Moors, G., Gadeyne, S., & Louckx, F. (2009). The structuring of occupational stressors in a Post-Fordist work environment. Moving beyond traditional accounts of demand, control and support. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1082-1090.
- Vélez, C., Pico, M. E., & Escobar, M. (2015). Determinantes sociales de la salud y calidad de vida en trabajadores informales. Colombia. *Salud de los Trabajadores*, 23(2).
- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156-182.
- Verd, J. M., & Lozares, C. (2016). *Introducción a la investigación cualitativa* (Edición: 1). Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., Muntaner, C., Benach, J. (2013). Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. *Journal of Environmental and Public Health*, 2013, ID 978656, 10 pages.
- Vosko, L. (2010). *Managing the Margins: Gender, Citizenship, and the International Regulation of Precarious Employment*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Williams, C. C., & Nadin, S. (2012). Work beyond employment: representations of informal economic activities. *Work, Employment & Society*, 26(2), 1-10.

Tabla IV : 1. Resumen entrevistas realizadas

Nº	Grupo	Total Entrevistas	Mujeres	Hombres	
1	Empleo dependiente formal	Asalariadas(os) con contrato*	5	2	7
2		Trabajo a domicilio con contrato	2	0	2
3		Trabajadoras de casa particular con contrato	1	1	0
4		Asalariadas(os) a honorarios	4	2	2
5	Empleo dependiente informal	Trabajo a domicilio a honorarios	1	0	1
6		Asalariadas(os) sin contrato	1	0	1
7		Trabajo a domicilio sin contrato	1	1	0
8		Trabajadoras de casa particular sin contrato	1	1	0
9		Trabajadores(as) familiares	1	0	1
10	Empleo no dependiente formal	Autónomas(os) profesionales	3	2	1
11		Empleadoras(es) de 5 o más trabajadores(as)	2	0	2
12	Empleo no dependiente informal	Autónomas(os) no profesionales	5	2	3
13		Empleadoras(es) de menos de 5 trabajadores(as)	3	1	2
		Total entrevistas	30		
		Total entrevistadas(os)		12	22

*Dos entrevistas fueron grupales

Tabla IV : 2. Dimensiones, mecanismos e impactos en la salud relacionadas con las condiciones de vida

Nivel 1	Nivel 2	Mecanismos	Impactos en salud
Condiciones de vida	Incertidumbre	1 Imposibilidad (incapacidad) de estabilizarse en el desempeño del oficio (ND)	1 Sensación de fracaso, desgaste mental
		2 No hay capacidad de planificación(ND)	2 Miedo, ansiedad
		3 Abusos de parte del empleador(a), por ejemplo, retraso en los días de pago (por no contar con una estructura que respalde) (D)	3 Angustia, estrés
		4 Imposibilidad de proyectarse porque se carece de una estructura (D)	4 Sensación de vulnerabilidad, sensación de injusticia, miedo
		5 Falta de independencia económica	5 Sensación de injusticia y fragilidad, baja autoestima
		6 Invisibilidad institucional	6 Sensación de injusticia y fragilidad
	Recursos materiales	1 Reinversión de recursos para poder tirar adelante el negocio: endeudamientos temporales (ND)	1 Angustia
		2 Dependencia de los subsidios ante la dificultad para cotizar en el sistema de pensiones	2 Falta de control, ansiedad, miedo, angustia
		3 Problemas para cubrir las necesidades básicas mes a mes	3 Falta de control, miedo
		4 Necesidad de costearse herramientas de trabajo (se asumen gastos extra y por lo tanto se dispone de menos recursos)	4 Angustia

Incertidumbre/ recursos materiales	5	Bajos ingresos	5	Sensación de fragilidad y de sentirse expuesto(a), miedo y angustia por no poder cubrir necesidades básicas, mala alimentación
	1	"Vivir al día" (inseguridad en los ingresos) (ND)	1	Angustia, sensación de agobio
	2	Alta probabilidad de carencia económica ante eventualidades	2	Angustia
	3	Inseguridad en cuanto a posible despido y eventual desempleo	3	Miedo, angustia, sensación de injusticia, mayor dependencia con el empleador(a)

Tabla IV : 3. Dimensiones, mecanismos e impactos en la salud relacionadas con las condiciones de trabajo

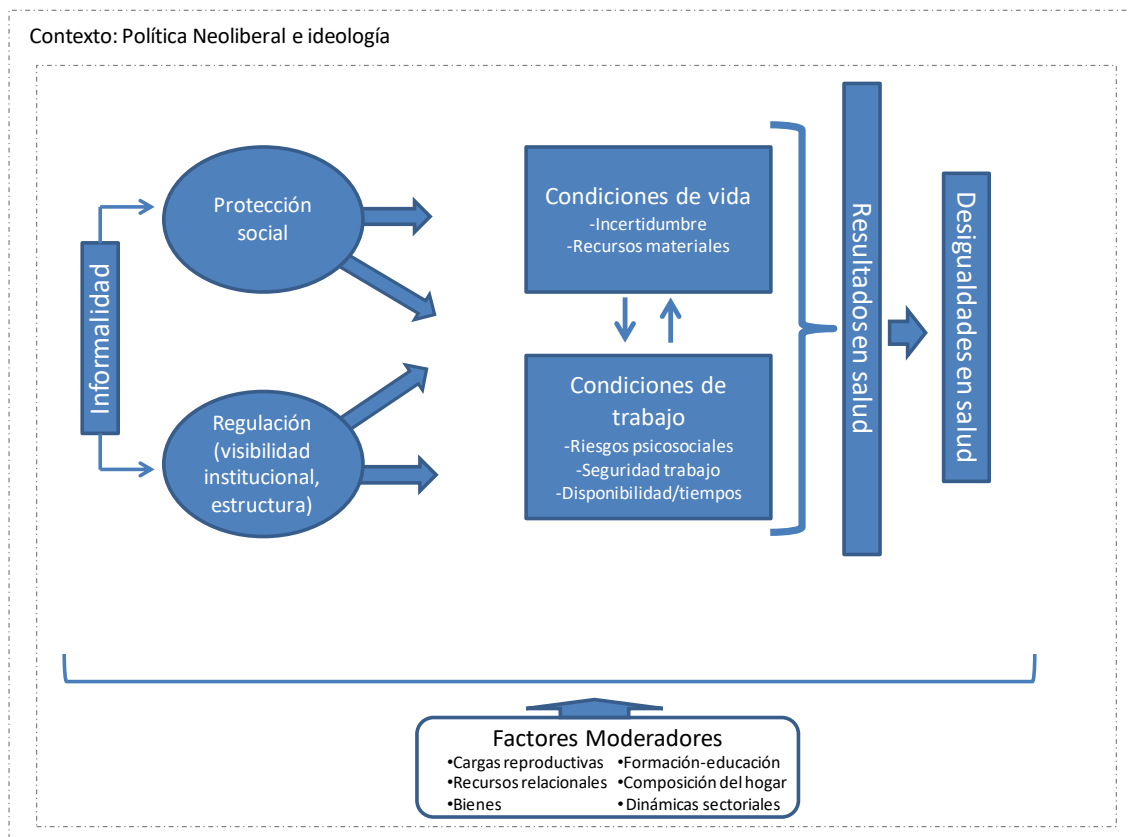
Nivel 1	Nivel 2	Mecanismos	Impactos en salud
Condiciones de trabajo	Riesgos psicosociales	1 Dificultades para la regularización y protección de uno(a) mismo(a) (ND)	1 Estrés, ansiedad, miedo
		2 Dificultades para la regularización y protección de los(as) trabajadores(as) a cargo (ND)	2 Estrés, ansiedad, miedo
		3 Acosos laborales por estar en situación de inestabilidad (D)	3 Sensación de injusticia, rabia, miedo
		4 Exigencias cognitivas (necesidad de tener habilidades que no manejan)	4 Ansiedad, angustia, agobio, baja autoestima
		5 Sensación de no reconocimiento	5 Baja autoestima
		6 Situación de aislamiento físico y organizativo	6 Miedo, sentimiento de soledad y fragilidad
	Seguridad en el trabajo	1 Responsabilidad de las medidas de protección que recae en trabajadores(as)	1 Mayor riesgo de sufrir accidentes y enfermedades profesionales (dolencias crónicas transformadas en enfermedades invalidantes)
		2 Ausencia de medidas de protección	2 Mayores riesgos de tener accidentes y enfermedades profesionales crónicas
	Disponibilidad en cuanto a tiempos e intensificación del trabajo	1 Intesificación en la jornada laboral por incertidumbre generada por la inseguridad en los ingresos y falta de control, y extenuantes jornadas de trabajo	1 Sobre exigencia corporal y mental, estado permanente de cansancio, trastornos del sueño, ansiedad, mala alimentación, renuncia a espacios de ocio

	<p>2 Por la inestabilidad y ausencia de estructura se deben encadenar trabajos: obligación a aceptar más proyectos de los que se debería: intensificación laboral</p>	<p>2 Estrés, agobio, ansiedad</p>
	<p>3 Sin derecho a reposo ni a descanso por enfermedad o accidente</p>	<p>Desgaste corporal y mental, sensación de vulnerabilidad. 3 Dolencias crónicas transformadas en enfermedades invalidantes</p>
	<p>4 Sin derecho a vacaciones o descansos</p>	<p>4 Desgaste físico y mental</p>
	<p>5 Sin posibilidad de reposo</p>	<p>5 Desgaste corporal y mental</p>

Tabla IV : 4. Ejes, mecanismos e impactos en salud respecto a las desigualdades de género

Ejes	Mecanismos	Impactos en salud
Características específicas de sectores feminizados	1 Devaluación del trabajo que se ejerce	1 Frustración, sensación de injusticia, baja autoestima, problemas de salud mental (depresión)
	2 Bajos salarios	2 Angustia
	3 Enfermedades profesionales que no son reconocidas como tales, por lo tanto no hay posibilidad de reposo	3 Desgaste corporal y mental
	4 Dificultades para la representación de las demandas laborales (baja sindicalización, demandas sindicales que no son consideradas por la organización colectiva a nivel macro)	4 Sensación de injusticia, frustración
	5 Precariedad de las condiciones de trabajo (ausencia de descansos, extenuantes jornadas, disponibilidad permanente)	5 Estado permanente de cansancio, trastornos del sueño, baja autoestima, sensación de postergación y no reconocimiento
División secular del trabajo (trabajo reproductivo)	1 Asunción mayoritaria de las tareas reproductivas - Cargas totales de trabajo elevadas	1 Estrés, sensación de agobio
	2 Falta de independencia económica	2 Baja autoestima
	3 Priorización de las necesidades de los otros: postergación de la protección social	3 Sensación de fragilidad e injusticia

Figura IV : 1. Diagrama conceptual de análisis e interpretación de los resultados





MUJERES TRABAJADORAS ALA'
Contra la Precarización de la Vida

COORDINADO A JUNIO
8 DE MARZO
85 SANTIAGO

PICU 20

TRABAJADORAS

TRABAJADORAS

TRABAJADORAS

TRABAJADORAS

TRABAJADORAS

*[Fotografía: Kena Lorenzini.
8 de marzo de 2018, Santiago de Chile
<http://lorenziniorenzinikena.blogspot.com/>]*

7. DISCUSIÓN

*"Ya no es cuestión de que nos hablen de un
"mejoramiento de los salarios femeninos",
sino lisa y llanamente de pedir la nivelación de los jornales
para los dos sexos.
A igual horario y a igual género de labor, paga común"
Gabriela Mistral (1889-1957)
Prosa inédita sin fecha exacta*

El objetivo principal de esta investigación fue determinar la relación entre el empleo informal y las desigualdades en salud en Chile, dentro del contexto de América del Sur. Para ello se propuso una caracterización inicial de la definición y medición del empleo informal en la región y a partir de ello, realizar una nueva categorización de la población trabajadora en Chile, teniéndose en cuenta una conceptualización propia respecto a la informalidad.

Posteriormente, se determinó la relación entre el empleo informal y la salud entre los distintos grupos de población trabajadora chilena, para así identificar factores vinculados a la informalidad en el empleo que afectan las desigualdades en salud.

A continuación se expondrán a modo de síntesis los resultados más destacados de la presente investigación. Junto con ello, se ha desarrollado una propuesta de resultados integrados, donde se fusiona la información obtenida por distintos medios. Es decir, la

propuesta de resultados integrados busca la complementariedad y diálogo entre los distintos resultados encontrados en las diferentes fases de la investigación, para de ese modo obtener una visión de conjunto. En las últimas secciones de este capítulo se identifican, en primer lugar, las principales fortalezas y limitaciones del estudio, seguido de un conjunto de recomendaciones que se desprenden de nuestra investigación que podrían servir de base para nuevas investigaciones, y finalmente se termina destacando las implicancias de políticas que surgen de este estudio.

7.1 Principales resultados generales

El desarrollo de esta investigación ha permitido describir la situación de la informalidad en la población trabajadora chilena y las consecuencias que la misma produce en las desigualdades en salud. Se han podido evidenciar los efectos nocivos que el empleo informal tiene sobre la calidad de vida, observándose los mecanismos sociales³³ que se relacionan con los problemas en salud estudiados, y con varios elementos que intensifican o que moderan ese impacto.

³³ Este concepto hace referencia a aquellos elementos intermedios que están entre los fenómenos de contexto y condiciones estructurales de la sociedad, y las desigualdades en salud. Los mecanismos son situaciones provocadas por las condiciones estructurales, que tienen una manifestación sobre la salud de las personas y desencadenan las desigualdades.

a) Caracterización del empleo informal en América del Sur y análisis de la población trabajadora en Chile

Para caracterizar la situación del empleo informal en el contexto de América del Sur, se observó la necesidad de disponer de una definición pertinente para la realidad estudiada y de ese modo medir y clasificar de manera adecuada el empleo informal. Este primer resultado de la tesis ha sido expuesto en el artículo 1. Es preciso mencionar que al momento de iniciar esta investigación, Chile no disponía de una definición comprehensiva sobre el empleo informal. De acuerdo al análisis efectuado, el elemento relativo a la protección social juega un papel clave para conceptualizar el empleo informal. De manera complementaria, fue posible establecer que para estudiar las consecuencias que el empleo informal tiene sobre la salud de la población, es indispensable definirlo de manera oportuna, para poder realizar una medición y una clasificación que sean acertadas y precisas. Este diagnóstico ha sido consistente con estudios previos (Bertranou & Gasparini, 2004; Henley, Arabsheibani, & Carneiro, 2009; Ospino, Roldan, & Fernández, 2010). Dentro de la definición de empleo informal, la protección social resulta ser un aspecto clave.

Habiendo sentado las bases de la conceptualización de la informalidad para Chile, se desarrolló una clasificación de la población trabajadora para poder estudiarla en función de su nivel de informalidad, lo que fue abordado en el artículo 2 de esta tesis. Al analizar los datos con esta nueva clasificación, se ha observado

una gradiente de informalidad diferente entre los hombres y las mujeres, donde las trabajadoras presentan un mayor grado de desprotección social (reflejado sobre todo en una ausencia de pensiones) en casi todos los grupos. Este hecho evidencia una cuasi desprotección femenina transversal en todos los grupos de trabajadoras. Un importante aspecto a considerar es la existencia de un desigual sistema de género,³⁴ profundamente enquistado en la institucionalidad chilena; es decir, la desigualdad de género es un problema estructural (Piras & Rucci, 2014) que tiene como consecuencia la “feminización de la desprotección” (Peticara & Celhay, 2010). No obstante, hay otros factores a tener en cuenta que, a partir del análisis de los mecanismos sociales asociados a los patrones de género, se verán en profundidad en el apartado de los resultados integrados.

El análisis de la descripción de la población trabajadora según la nueva categorización, revela altos niveles de informalidad en los grupos de trabajadores(as) no dependientes, en trabajadores(as) sin contrato y en trabajadores(as) a honorarios. Un aspecto fundamental a considerar es el descrédito que existe actualmente con el sistema de pensiones aún imperante en Chile (Fazio & Valenzuela, 2017), tal como se expuso en el Capítulo 3 de la presente tesis. Respecto a los(as) trabajadores(as) no dependientes, y específicamente en relación con el grupo de mayores ingresos y de mejor nivel educacional (población autónoma profesional), aún cuando

³⁴ En Chile se observa un ordenamiento (y funcionamiento) jurídico, político e institucional que mantiene y profundiza las brechas de desigualdad de género.

presentan bajos niveles de protección social, es posible que cuenten con redes de protección familiar que les permitirían mitigar las consecuencias de la falta de protección social. Este sería un factor “moderador”, que ha sido desarrollado al identificar los factores vinculados a la informalidad que afectan las desigualdades en salud (ver el apartado de resultados integrados).

b) El empleo informal y su impacto en las desigualdades en salud

Al determinar la relación entre el empleo informal y la salud tanto general como mental, (ver resultados del artículo 3), en primer lugar se observa que la informalidad está asociada a una peor salud, un resultado consistente con estudios previos (Alfers & Rogan, 2015; Basu et al., 2016; Concha et al., 2005; da Silva et al., 2006; Giatti et al., 2008a, 2008b; Iriart et al., 2008; López-Ruiz et al., 2015; Lopez-Ruiz et al., 2017; Ludermir, 2000; Ludermir & Lewis, 2003, 2005; Lund & Ardington, 2006; Moyano et al., 2008; Nilvarangkul et al., 2006; Pick et al., 2002; Santana & Loomis, 2004; Santana et al., 1997; Temkin, 2016). En segundo lugar, se aprecia que hay una mejor salud entre el grupo de trabajadores(as) formal no dependiente, en comparación con los demás grupos de la población trabajadora. En tercer lugar, la asociación entre empleo informal y salud es más robusta desde el punto de vista estadístico en trabajadores(as) dependientes y específicamente en la población masculina más que en la población femenina, aún cuando las mujeres presentan una tendencia parecida a los hombres. Si bien

existen escasos estudios con características similares al nuestro, los resultados son similares a los de Lund y Ardington (2006), quienes sin embargo no estratificaron los análisis por sexo. Sin embargo, difieren del estudio de López-Ruiz et al (2015). La diferencia fundamental es el grupo de trabajadores(as) que se ve mayormente afectado, puesto que si para esta última autora es la población trabajadora desprotegida no dependiente, en nuestro estudio es la población dependiente informal la que presenta peores resultados en salud.

En relación con el punto anterior, la formalización en el empleo en las mujeres trabajadoras no parece tener el mismo efecto protector que en el caso de los hombres. La explicación de este hecho será analizada en detalle en el apartado de resultados integrados.

Al identificar los factores vinculados a la informalidad que afectan a las desigualdades en salud (resultados expuestos en el artículo 4, se ha podido constatar que el empleo informal genera efectos nocivos en la salud de la población a través de distintos mecanismos sociales asociados a diversas dimensiones conectadas con las condiciones de vida o de trabajo. Las dimensiones de las condiciones de vida son básicamente dos: aquellas relacionadas con la incertidumbre, y las que se vinculan con los recursos materiales. El impacto del empleo informal se canaliza sobre las condiciones de trabajo a través de tres dimensiones: riesgos psicosociales, la seguridad en el trabajo, y disponibilidad de tiempos e intensificación del trabajo.

En relación con las condiciones de vida, los mecanismos sociales asociados a la dimensión “incertidumbre” tienen que ver con situaciones que generan incomodidad y tensión por la ausencia de un ordenamiento que sirva para delimitar y estabilizar distintos procesos de vida, como por ejemplo: la imposibilidad de proyección laboral y familiar porque se carece de una estructura que permita visualizar tal proyección, la falta de independencia económica, la imposibilidad de estabilizarse en el desempeño del oficio, o la falta de capacidad de planificar la vida cotidiana y mantener un cierto control de la vida. Estos mecanismos repercuten en la salud porque producen ansiedad, agobio, estrés, sensación de fracaso y desgaste mental, junto con una sensación de injusticia y miedo. Estos problemas de salud han sido descritos por Soto, Espinoza y Gómez (2008), así como también por Dejours (1992). En cuanto a los mecanismos sociales que se desprenden de la dimensión “recursos materiales”, estos se asocian a situaciones de privación material, como tener bajos ingresos, problemas para cubrir las necesidades básicas del mes o la necesidad de costearse herramientas de trabajo. Estos mecanismos producen consecuencias en la salud a través de la sensación de fragilidad, estar expuesto(a) a los efectos de una mala o insuficiente dieta alimentaria y experimentar miedo y angustia. Particularmente el proceso de la externalización o transferencia del riesgo ha sido descrito por Soto (2008b) como un aspecto que genera exposición a altos niveles de tensión y angustia.

Respecto a la dimensión “riesgos psicosociales” de las condiciones de trabajo, los mecanismos sociales tienen que ver con distintos

elementos, entre los que destacan las exigencias psicológicas ante la necesidad de tener habilidades que no se manejan o controlan, o la ausencia de compensación en el trabajo. Algunos de los mecanismos específicos encontrados son: la sensación de no reconocimiento y la devaluación del trabajo, o las exigencias cognitivas, que repercuten en la salud por medio de la baja autoestima y la angustia. Autores como Dejours (2016), entre otros, muestran que estos aspectos generan un impacto negativo en la salud.

Los mecanismos sociales de la dimensión “seguridad en el trabajo” (de las condiciones de trabajo) están relacionados con la ausencia de elementos que protejan a la población trabajadora en el desempeño de su oficio, por ejemplo, en el hecho de que la responsabilidad de las medidas de protección recaiga en los(as) propios(as) trabajadores(as). Lo anterior también constituye un problema de salud (Alves, 2010), ya que tiende a aumentar el riesgo de sufrir accidentes y enfermedades profesionales, así como a perpetuar dolencias crónicas que se transforman en enfermedades invalidantes.

En cuanto a la dimensión “disponibilidad de tiempos e intensificación del trabajo”, tanto Dejours (1992, 2016) como Sanfuentes (2008) tratan las consecuencias en la salud que se desprenden de estas problemáticas. Los mecanismos identificados en nuestro estudio se manifiestan en dos vertientes. Por un lado, se asocian a la imposibilidad de efectuar una “desconexión” con el

trabajo, como por ejemplo, por la ausencia de descanso o de reposo por los accidentes o las enfermedades que se padecen. Por otro lado, los mecanismos se asocian a la necesidad de trabajar más de lo que corresponde, como por ejemplo en la intensificación de la jornada laboral por la incertidumbre e inseguridad en los ingresos, o por la necesidad de encadenar trabajos, debiendo aceptar más responsabilidades de las que se pueden asumir. Estos mecanismos producen desgaste corporal y mental, dolencias que se transforman en enfermedades crónicas y estrés.

7.2 Propuesta de resultados integrados

Esta tesis ha hecho un esfuerzo por complementar e integrar la información obtenida en las distintas fases de la investigación, promoviendo un diálogo constante entre ellas, retroalimentándose en una suerte de proceso en espiral.³⁵ En este sentido, la revisión socio-histórico laboral, la selección y clasificación de los grupos de población trabajadora, el análisis cuantitativo de una base de datos con información a nivel nacional, y el análisis cualitativo a partir de entrevistas en profundidad han constituido un acervo de conocimiento integrado en torno a la informalidad en Chile y sus efectos en las desigualdades en salud. Por ello, cada fase de la

³⁵ Este concepto se basa en la propuesta de flexibilidad, circularidad y reflexividad presente en la metodología cualitativa (Berenguera et al., 2014; S. J. Taylor & Bogdan, 1984), explicitando un abordaje iterativo que a la vez avanza y vuelve cuantas veces sea necesario para así ir generando un mayor y mejor grado de conocimiento.

investigación ha servido para pensar, interpretar y analizar el resto de las fases, con el objetivo de promover una retroalimentación constante entre las partes.

a) Sobre la clasificación de la población trabajadora

Una de las propuestas innovadoras de esta tesis ha sido el desarrollo de una nueva categorización de la población trabajadora en Chile, teniendo en cuenta la formalidad/informalidad en el empleo. La decisión de generar una nueva categorización y de no utilizar las categorías establecidas por la OIT (ILO, 2012) se debe a que el contexto estudiado presenta particularidades que promueven la generación de una informalidad invisibilizada, como producto de las características específicas del mercado laboral chileno (analizadas en el Capítulo 3) que contribuyen al aumento de un tipo particular de informalidad en el empleo (Gideon, 2007).

En consecuencia, se desarrollaron categorías de población trabajadora que tuvieran un mayor grado de pertinencia con el contexto estudiado. Por ejemplo, en los trabajadores(as) dependientes destacan tres grupos específicos: el trabajo asalariado a honorarios, el trabajo a domicilio a honorarios y el trabajo a domicilio sin contrato. Considerando las nuevas formas de trabajo que asumen modos más flexibles de contratación (Soto, 2008a; Standing, 1999; Vosko, Zukewich, & Cranford, 2003), mediante los grupos propuestos se pone el acento en resaltar distintas particularidades de la población trabajadora informal.

La nueva categorización de población trabajadora efectuada para Chile (presente en el artículo 2) sienta las bases para el resto del proceso de investigación (artículos 3 y 4). No obstante, en las siguientes fases se realizó una síntesis de la categorización propuesta inicialmente por dificultades operativas que imposibilitaron el desglose inicial. Por lo tanto, se tomó la decisión de obtener una mayor profundización en los análisis de las categorías sintetizadas. Este punto será analizado con más detalle en el apartado de limitaciones.

Aún cuando se desarrolló un esfuerzo conceptual para categorizar a los distintos grupos de trabajadores(as) como formales o informales, en el caso de la población trabajadora no dependiente, la distinción entre ser formal o informal requirió un nivel de abstracción conceptual mayor. De acuerdo con la información obtenida en el artículo 1, se tomó la decisión de determinar la informalidad en el empleo en función de la ausencia de protección social, considerando particularmente el pilar referente a las pensiones. No obstante, el sistema privado de pensiones actualmente vigente en Chile (presentado en el Capítulo 3), junto con la controversia existente en la opinión pública sobre el actual sistema (Maillet, 2015; Ruiz & Mejías, 2017), han dificultado que se puedan determinar de manera más certera aquellos grupos de población trabajadora no dependiente. Al existir un sistema de pensiones tan desacreditado y desigual (Comisión Presidencial Pensiones, 2015; Mesa-Lago, 2008; Taylor, 2003) como el que se observa en Chile, la población trabajadora que no tiene la obligatoriedad de cotizar en las AFP,

tiende a evitar la afiliación. Así, la desprotección social se amplía considerablemente.

Entonces, en ese contexto ¿por qué se decidió continuar con esta clasificación de grupos de trabajadores(as) y no situar la división formal/informal considerando la protección o desprotección en las pensiones? Cabe señalar además que otros análisis, como los efectuados por la Fundación Sol (Brega et al., 2016) o por Infante (2011) han clasificado a la población trabajadora como formal o informal en relación con su situación de protección/desprotección social.

Sin embargo, para el análisis de las desigualdades sociales en salud se estableció una clasificación conceptual de la formalidad/informalidad de los grupos de trabajadores(as) asumiendo que existían diferencias que pueden observarse en cuanto a su asociación con las desigualdades en salud. Así, siguiendo a Bourdieu (1996[1987], 1999b) y a Farné (2012), para la población trabajadora por cuenta propia, se determinó que el nivel de educación es un elemento que genera una diferencia sustantiva en relación con las desigualdades de ingresos, que finalmente se traduce en la ampliación de las brechas sociales, lo cual tiene consecuencias en la salud.

Ahora bien, desde el punto de vista de la clasificación oficial que Chile está comenzando a implementar para los empleos informales, la conceptualización efectuada para los grupos de trabajadores(as)

no dependientes de nuestra categorización es similar a la propuesta por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). La propuesta oficial describe distintos modos de clasificar como formal o informal a la población trabajadora. Por ejemplo, si cuenta con registros vigentes en el Servicio de Impuestos Internos. Si no existen los datos que permitan determinar la formalidad por medio de estos elementos, existe la posibilidad de clasificar la formalidad/informalidad en función de elementos cercanos (proxy). La variable proxy para clasificar a la población trabajadora por cuenta propia como formal es el nivel educacional (universitaria o técnica superior). Para la población empleadora la variable proxy es el número de trabajadores(as) a cargo, de modo que cuando hay menos de cinco trabajadores(as) se considera que existe informalidad en el empleo (INE, 2017). Sin embargo, en la base de datos utilizada en esta investigación no existe suficiente información para clasificar la informalidad por los otros modos propuestos por el INE. Es decir, la recomendación para utilizar los elementos cercanos (proxy), en caso de no haber otra información disponible, refuerza la decisión conceptual realizada en esta tesis para clasificar a los grupos de trabajadores(as) como formales o informales.

b) Los factores moderadores

El artículo conceptual (artículo 2) ha planteado distintas interrogantes, algunas de las cuales fueron respondidas específicamente en fases posteriores de la investigación, específicamente a partir del análisis cualitativo (artículo 4). En

relación con la falta de protección que experimentan algunos grupos de población trabajadora, se planteó la posibilidad de que existieran elementos diferenciadores donde la ausencia de protección social genera menos efectos perjudiciales sobre la salud y calidad de vida. Estos elementos diferenciadores estarían muy relacionados con las desigualdades sociales. A raíz de la información proveniente del análisis cualitativo, ha sido posible determinar que existen factores moderadores que inciden sobre el impacto que la informalidad puede tener sobre la salud, protegiendo o exponiendo a las personas a ese impacto.

Los factores moderadores hallados se pueden agrupar en seis dimensiones: a) contar con recursos relacionales, es decir, disponer de redes de contacto o redes de apoyo; b) la composición y protección del hogar; por ejemplo, contar con alguien que cotice un plan de salud familiar; c) la posesión de bienes, asociado a un mayor nivel de ingresos, ya sean heredados o por generación propia; d) contar con conciencia sobre los autocuidados, lo que está relacionado con tener un mayor nivel educativo;³⁶ e) ser parte de un sector que proporciona diferentes niveles de protección de acuerdo a las dinámicas sectoriales específicas de género. Es decir, existen dinámicas específicas de género que establecen sectores con diferentes niveles de protección, lo que repercute en los(as) trabajadores(as) que ahí se desenvuelven; f) no tener cargas

³⁶ Cuando se habla de disponer de un mayor o más elevado nivel educativo, nos referimos a contar con un mejor nivel de educación formal, es decir, la impartida por instituciones oficiales.

reproductivas, que está vinculado a un componente etario en grupos de mayores ingresos y de un nivel educativo superior, ya que la población menor de 35 años de este segmento socioeconómico no suele tener cargas reproductivas. Estos dos últimos factores están atravesados por las desigualdades de género.

Siguiendo a Bourdieu (1996[1987]), los factores moderadores pueden ser asimilados al hecho de disponer de un mayor o menor tipo de capital (económico, cultural, simbólico). Es decir, cuanto mayor sea el capital que tienen las personas, estas ocuparán una posición de mayor privilegio en el espacio social, porque estarán ejerciendo relaciones de poder, donde se cristalizan las desigualdades sociales (Bourdieu, 1981[1970]). Si por el contrario, las personas ven disminuida la acumulación de su capital económico, cultural o simbólico, la posición social que ocupen se verá mermada. Así, a menor poder social, reflejado en los distintos tipos de capital, mayores serán las desigualdades experimentadas por las personas. En definitiva, si no se cuenta con los factores moderadores antes descritos, la experiencia de la informalidad tiene un efecto más negativo sobre la población trabajadora.

c) Los elementos transversales de la categoría de género

Los patrones de género interactúan de muchas maneras con la relación entre la informalidad y las desigualdades en salud. A partir del análisis cuantitativo de tipo epidemiológico (artículo 3) se constató que para las mujeres la formalización en el empleo

pareciera no tener el efecto protector que tiene en el caso de los hombres.

Por su parte, el análisis cualitativo permitió observar que la protección del empleo formal en las mujeres se vuelve difusa por al menos dos dimensiones fundamentales. Por una parte, la primera dimensión da cuenta de las dinámicas específicas de los sectores feminizados, donde hay elementos de devaluación, precarización y falta de sindicalización, y bajas remuneraciones. Así, se observa un fuerte componente de devaluación tanto en los sectores con empleos feminizados como en los propios oficios ejercidos por las trabajadoras.

En relación con la precarización y la falta de sindicalización, destaca que hay enfermedades profesionales no reconocidas como tales, como es el caso de las que sufren las trabajadoras de casa particular, y, junto con ello hay una menor capacidad de negociación cuando las “demandas femeninas”³⁷ no suelen ser consideradas en los sindicatos ni en las confederaciones sindicales. En relación con el último elemento, ha sido ampliamente documentada la baja de los salarios que experimenta la mayoría de las trabajadoras (Anker, 1998; Benería, 2001; Chen, 2012; Piras & Rucci, 2014; Rubery, 2011).

³⁷ Las demandas femeninas son todos aquellos hechos que atañen principalmente a las mujeres, como la diferencia salarial entre hombres y mujeres, los derechos maternos, entre otras situaciones.

La segunda dimensión que se determinó a partir del análisis cualitativo está relacionada con la división sexual del trabajo, donde se observan elementos como las cargas totales de trabajo, la dependencia económica de un modelo de familia donde el hombre es el jefe de hogar, y la falta de priorización de las propias necesidades de las mujeres, ya que se priorizan las necesidades de otros(as) integrantes del hogar (pareja, o personas a su cargo).

Las cargas totales de trabajo son mayores en las mujeres que en los hombres por el impacto que tienen las cargas reproductivas y las dificultades para organizar el trabajo reproductivo (Cassirer & Addati, 2007). Este hecho está relacionado con distintos factores, algunos ejemplos son: la imposibilidad (desde la institucionalidad) para conciliar el trabajo productivo con el reproductivo, o a partir del supuesto de que las mujeres debe ser las responsables de la reproducción de la sociedad. Existe un conjunto de elementos que sirve para explicar la dependencia económica que perjudica a las mujeres frente a sus pares hombres, entre los que se cuentan las dinámicas específicas que afectan a los sectores feminizados, sus bajos sueldos, entre otros factores (Anker & Melkas, 2003; Benería, 2001). Los patrones de género, en este caso, específicamente las desigualdades de género, son responsables de la falta de priorización que se da a la satisfacción de las propias necesidades que tienen las mujeres por sobre las del resto. Autoras como Carrasco, Borderías y Torns (2011), y Federici (2011)³⁸ han situado

³⁸ Se han destacado estas autoras a modo de ejemplo, ya que existe amplia literatura al respecto.

a los patrones de género imperantes como parte de un devenir histórico-cultural que tuvo su auge particularmente a partir del proceso de industrialización.

Los mecanismos antes descritos repercuten en la salud de las trabajadoras por medio de distintas manifestaciones, como son, por ejemplo, una sensación de cansancio permanente, trastornos de sueño, una sensación de agobio, baja autoestima, una sensación de postergación³⁹ y no reconocimiento. Todas estas manifestaciones dan cuenta de un malestar generalizado y permanente con respecto a su salud y bienestar. En efecto, la tendencia indica que las mujeres presentan un peor estado de salud, y que estas diferencias se deben a las desigualdades de género en salud (Malmusi et al., 2012), donde las políticas neoliberales han sido profundamente dañinas para las mujeres (Puig-Barrachina et al., 2016). De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Salud efectuada en Chile (Ministerio de Salud, Chile, 2016) las mujeres presentan un peor estado nutricional, mayor sedentarismo, y prevalencias más elevadas en síntomas relacionados con la hipertensión y la diabetes.⁴⁰ Tanto la manifestación de las enfermedades como la sensación de un malestar generalizado son elementos que pueden asociarse a las

³⁹ Es decir, posponer asuntos propios, anteponiendo las necesidades ajenas a las propias necesidades.

⁴⁰ Sólo se pudo tener acceso a un informe preliminar con los primeros resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. No obstante en la anterior versión de la encuesta realizada en 2009-2010, las mujeres en general presentaron un peor estado de salud que los hombres.

desigualdades sociales en salud, donde en muchas ocasiones las desigualdades de género adquieren mayor relevancia (Artazcoz et al., 2007).

En definitiva, los elementos citados configuran un entramado social y cultural con situaciones relacionadas con grupos específicos de población trabajadora, donde se observa cómo la informalidad perjudica a la salud y genera desigualdades en salud. Los mecanismos antes descritos se interrelacionan con las dimensiones asociadas al mundo del trabajo y a las experiencias particulares vividas por los distintos grupos de trabajadores(as), reproduciendo las desigualdades en salud.

Si bien los resultados que se han encontrado en esta investigación responden a un contexto específico, el de un país de renta media alta situado en una región particular del mundo, las características socio-laborales que tiene Chile le otorgan una relevancia especial. Como se ha señalado, Chile fue uno de los primeros países donde se aplicaron políticas que en la literatura económica se describen como de un neoliberalismo extremo, cuya implementación fue posible porque se dio en el marco de una dictadura altamente represiva, constituyéndose así en una especie de laboratorio del neoliberalismo. En consecuencia, en tanto experimento social y político, siempre existirá la posibilidad de ser extrapolable a otros países con contextos similares. Por lo tanto, existe una alta probabilidad que los resultados de esta tesis, que se han obtenido a partir de los procesos observados en este país, sean parecidos a los

que pudieran obtenerse en otros países (como los de América Latina) y regiones a nivel mundial donde se han aplicado políticas similares. Del mismo modo, se puede señalar que lo observado en Chile representa una oportunidad única para anticipar y analizar las consecuencias poblacionales de políticas neoliberales que buscan ser aplicadas en otros países.

7.3 Fortalezas y limitaciones

a) Fortalezas

Hasta donde sabemos, esta tesis es el primer estudio que analiza la informalidad en el empleo y su relación con las desigualdades en salud considerando a toda la población trabajadora, la que previamente fue definida y categorizada de acuerdo a una nueva clasificación pertinente al país estudiado.

Esta investigación ha utilizado una estrategia multimétodos que cristalizó en un diseño multifases, permitiendo la subsiguiente retroalimentación entre las distintas fases que contempla este estudio. La ventaja de realizar un proceso de estas características es que permite ir cotejando información entre las distintas fases a medida que se desarrollan las actividades específicas. Se posibilita así la complementariedad y “conversación” constante entre la información proveniente de los distintos tipos de enfoques utilizados (revisión, conceptualización, y los diversos análisis

desarrollados). A su vez, la estrategia multimétodos permite un abordaje integral y una mirada más completa del fenómeno estudiado.

Desde un punto de vista específico, el escaso conocimiento en torno al tema que existía en el caso chileno se ha expresado de distintas maneras en la investigación. En relación con el desarrollo de la fase conceptual, se realizó una aportación original a través de una nueva clasificación para la población trabajadora, lo cual permite entender la diversidad de los grupos estudiados. Respecto a la dimensión empírica, se desarrolló un estudio complementario con distintas fases que se fueron nutriendo y respondiendo a las preguntas planteadas en la investigación.

Desde un punto de vista metodológico, se realizó un abordaje integral de multimétodos con una vertiente cualitativa y otra vertiente cuantitativa. En las fases cualitativas se contó con la ayuda de un Centro de Estudios chileno (Fundación Sol) que tiene una estrecha relación con la población trabajadora a partir de la organización colectiva, posibilitando que el acercamiento a los distintos grupos de trabajadores(as) fuera más fluido, teniendo en cuenta la diversidad existente. En cuanto a la fase cuantitativa la base de datos utilizada presenta la ventaja de ser representativa de la población trabajadora a nivel nacional. A partir de ambos enfoques fue posible obtener un panorama integral de la población trabajadora en Chile, que permitiera estudiar en profundidad la informalidad y sus características.

A pesar de que el objeto de estudio de esta tesis es un fenómeno con múltiples facetas, y que presenta características de estudio complejas, el objetivo ha sido obtener una visión lo más integral posible. Como ya se ha mencionado, esa mirada ha permitido realizar varios abordajes específicos, que a su vez fueron complementándose con distintas herramientas de investigación. Así, la revisión inicial permitió sentar las bases para un acercamiento más profundo a partir de las entrevistas a informantes clave y de una revisión focalizada en Chile, donde destacaron los componentes socio-históricos laborales presentes en el país. Junto con ello, y de manera paralela, se comenzó a realizar la fase cuantitativa y la fase cualitativa, traslapándose los análisis de ambas fases, obteniendo una permanente retroalimentación.

b) Limitaciones

Respecto a las limitaciones que tiene nuestro estudio, desde el punto de vista conceptual cabe señalar que no se incluyó el trabajo reproductivo. Aún así, se realizaron esfuerzos para comprender los resultados obtenidos en función de las desigualdades de género, y en concreto respecto a la carga de trabajo reproductivo. No obstante, el análisis alcanzado no ha sido lo suficientemente completo en este aspecto, y aún quedan importantes espacios para futuras investigaciones que puedan seguir trabajando y profundizando en un análisis que contemple las dos esferas de la vida: la producción y la reproducción, como parte de un mismo

problema que requiere soluciones políticas en ambas vertientes al mismo tiempo.

Otra limitación ha sido la imposibilidad de realizar un análisis desde el punto de vista de la interseccionalidad. En relación con el análisis abordado en el Capítulo 2 sobre la perspectiva relacional (Bourdieu, 1996[1987], 2001) y las relaciones de poder (Deleuze, 1987), es relevante realizar esfuerzos que permitan estudiar los procesos sociales considerando el tema de la interseccionalidad. Como argumenta De los Reyes (2017, p. 2), este concepto no se refiere simplemente a una acumulación de los mecanismos de opresión, sino que debe tomarse como un punto de análisis crítico para delinear las diferentes percepciones en torno al empleo que emergen en los modelos actuales de acumulación capitalista.

En cuanto al desafío de abordar la interseccionalidad como parte estructural del proceso de investigación, y utilizando el enfoque de género como elemento transversal, no se logró introducir una mayor complejidad y desglose de las desigualdades de género en la formulación de las categorías de la población trabajadora. Hubiera sido deseable elaborar categorías particulares por género, puesto que probablemente los grupos de trabajadores(as) definidos ocultan algunas situaciones femeninas específicas, sobre las cuales sería de alto interés tener un mayor conocimiento. En este sentido, las categorías probablemente podrían haber tenido una mayor utilidad y pertinencia. Es posible que la falta de incorporación de los trabajos reproductivos y no remunerados en el análisis haya producido un

efecto donde la formalidad en el empleo no aparece como un factor protector para las mujeres.

En las fases del estudio que siguieron a la categorización de la población trabajadora en Chile, específicamente en relación con el análisis cuantitativo (artículo 3) y con el análisis cualitativo (artículo 4), tuvo que realizarse una simplificación de los grupos de trabajadores(as) propuestos en el artículo 2. Aún cuando se efectuaron los análisis cuantitativos considerando los distintos grupos de población trabajadora, por dificultades de tipo operativo y práctico se tomó la decisión de sintetizar las 13 categorías para establecer solamente cuatro grupos de trabajadores(as).

En el caso de la fase cualitativa de la investigación, durante el trabajo en terreno se llevaron a cabo entrevistas para estudiar a los 13 grupos de trabajadores(as). No obstante, diversas dificultades de tipo logístico y práctico en el terreno impidieron la posibilidad de efectuar una mayor cantidad de entrevistas que permitiera enriquecer en mayor medida el grado de conocimiento de cada uno de los grupos de trabajadores(as), respecto a los matices que distinguen a los distintos grupos. En vista de lo anterior, se tomó la decisión de condensar la información proveniente de los grupos de población trabajadora, con el objeto de alcanzar un mayor nivel de profundidad, manteniéndose la división realizada para el artículo 3.

En relación con la fase de análisis cuantitativo, la calidad de la información de la base de datos utilizada (ENETS) fue un

impedimento para poder realizar un análisis más detallado en algunas áreas. Aún cuando se trata de una encuesta que tiene muchas potencialidades por la amplitud de la información recopilada, existen un conjunto de preguntas (como por ejemplo las destinadas a extraer información sobre la calidad de vida) que no pudieron ser validadas, a pesar de su importancia en el análisis de las desigualdades en salud. Otra limitación que se observó, específicamente en la fase cualitativa, fue la imposibilidad de hacer un trabajo de campo más extensivo a lo largo del país. Así, por aspectos de factibilidad, las entrevistas se concentraron en su gran mayoría en la Región Metropolitana de Santiago. Por este motivo, la presente investigación tiene una perspectiva altamente urbana, habiéndose dificultado un proceso de visibilización de la situación rural.

A pesar de las distintas limitaciones descritas, se hizo el máximo esfuerzo posible en subsanar cada uno de los obstáculos hallados de modo que afectaran en el menor grado posible el desarrollo y resultados de la investigación. Sin embargo, respecto de las limitaciones, estas se constituyen precisamente en nuevas áreas de investigación, tema que será abordado en el apartado siguiente.

7.4 Investigación futura

Esta tesis plantea un conjunto de preguntas y opciones de investigación, en las que se deberá seguir profundizando, para

avanzar en el conocimiento de la relación entre el empleo informal y las desigualdades en salud.

Existe la imperiosa necesidad de desarrollar investigaciones que aborden este tema con una mirada interseccional. La falta de estudios con una visión integrada, que consideren los distintos ejes de desigualdad en interacción entre sí, que se corporizan en las personas que experimentan esas posiciones desiguales de poder, ha generado una visión limitada, esencialista y reduccionista de la realidad. Es decir, al asumir una relación lineal o unidireccional entre los aspectos sociales y la salud, se está realizando un abordaje reduccionista de la realidad.

Es importante entender que hay una multiplicidad de factores que coexisten y que están interactuando entre sí (Øversveen, Rydland, Bamba, & Eikemo, 2017), generando la manifestación y la experiencia personal que luego será posible estudiar, para develar el modo en que interactúan los ejes de desigualdad y su relación con los procesos sociales. La utilización de una perspectiva relacional puede permitir entender la complejidad de los procesos sociales para así develar de una manera más certera y completa los mecanismos de desigualdad: “La «realidad social» de la que hablaba Durkheim es un conjunto de relaciones invisibles, las mismas que constituyen un espacio de posiciones exteriores las unas a las otras, definidas las unas por relación a las otras, por la proximidad, la vecindad, o por la distancia, y también por la

posición relativa, por arriba o por abajo, o también, entre, en medio.” (Bourdieu, 1996[1987], pp. 129-130).

La clave es lograr construir una visión lo más matricial posible, es decir, considerando el efecto que producen los ejes de desigualdad sobre las condiciones de vida y de trabajo, de qué modo estos efectos están generando consecuencias en la salud, y la manera en que estos mismos ejes de desigualdad se articulan entre sí para potenciar las relaciones desiguales (de poder). Este entramado social podría ser entendido elaborando una matriz de relaciones que pudieran vincular y explicar los flujos y las conexiones que se producen en la vida real. Por este motivo, la perspectiva matricial es fundamental para estudiar los procesos que inciden en la manifestación de las desigualdades en salud.

Otro desafío relacionado con lo anterior es integrar los conocimientos de paradigmas epistemológicos diferentes. Esto facilita el desarrollo de marcos teóricos con un mayor grado de amplitud, lo que a su vez permite determinar las consecuencias que tiene la informalidad en las desigualdades en salud y los efectos diferenciados que se producen de acuerdo a contextos específicos (Leppo, Ollila, Peña, Wismar, & Cook, 2013) y particularmente aquellos que se refieren a las especificidades de los distintos grupos de población trabajadora. Es decir, se debe tener en cuenta que existe un mayor o menor grado de desigualdad producto de la manifestación de todos o de algunos de los ejes de desigualdad, que

a su vez están articulándose entre sí, potenciando aún más las relaciones desiguales de poder.

Siguiendo con esta línea, sería de gran interés realizar un abordaje conceptual utilizando una perspectiva relacional. Por otra parte y en sintonía con lo anterior, el abordaje metodológico debiera ser capaz de incorporar el enfoque integral, es decir, la mirada de multimétodos o de metodología integrada representa una ventaja para dar cuenta de los matices que existen en la identificación y análisis de los procesos que desencadenan las desigualdades en salud, y la articulación de los mecanismos sociales con los ejes de desigualdad desde una mirada interseccional. Como se señaló anteriormente, un gran desafío en cuanto a la investigación futura consiste en plantear, desde la conceptualización a la metodología, un acercamiento que permita identificar y analizar la interseccionalidad del fenómeno de la informalidad en su relación con las desigualdades en salud.

Tener en cuenta los ejes de desigualdad, estudiarlos, conocer los mecanismos por los que se generan las relaciones de poder resulta de vital importancia para revertir esas desigualdades. Por ejemplo, al identificar y describir los mecanismos que desdibujan la protección en los empleos formales para la mayoría de las mujeres, es posible plantear la generación de políticas e intervenciones que favorezcan la reversión de situaciones de desigualdad que generan efectos nocivos en la salud. Siguiendo con esta línea, un modo de potenciar la protección de los empleos formales para las

trabajadoras es mejorar las condiciones de empleo y trabajo de los sectores feminizados, fortaleciendo la organización sindical para negociar salarios justos en igualdad de condiciones, y desterrando prácticas de salarios distintos entre hombres y mujeres, generando acciones específicas para mejorar la valoración y el reconocimiento social, entre otras estrategias concretas.

Junto con lo anterior, se plantea el desafío de profundizar en los mecanismos que pueden estar interactuando con factores como los identificados previamente. Por ejemplo, ¿de qué modo repercuten la pertinencia a una determinada clase social, la edad, el estatus migratorio y el origen étnico sobre las desigualdades de género? ¿Cuáles son los mecanismos que se relacionan con la interacción de los ejes de desigualdad? Estas y otras preguntas de investigación pueden ayudar a generar resultados de interés y nuevas líneas de investigación.

Para entender el modo en que impacta el empleo informal en la salud de la población, se requiere además realizar estudios con un enfoque integrado en distintos contextos. Es decir, resulta de vital importancia poder desarrollar líneas de investigación de estas características en distintos países, para identificar, analizar y comprender las realidades específicas que se viven en los diversos contextos a nivel mundial.

Al tener una profundidad en el análisis, con una mirada global pero a la vez particular, no solo se podrá entender mejor la magnitud de

la informalidad y su impacto en las desigualdades en salud, sino también será posible delinear estrategias para disminuir las brechas que produce este fenómeno en la salud de la población.

7.5 Implicancias para políticas

¿Por qué resulta fundamental estudiar con la mayor profundidad posible el impacto que tiene la informalidad sobre las desigualdades en salud? Respondiendo al planteamiento realizado por Standing (1999), ha llegado una nueva “era” en relación con las dinámicas de organización en el trabajo, por lo tanto las políticas deben responder a esa realidad. Sin embargo, existe un desfase entre las nuevas dinámicas de los mercados de trabajo que se han ido desarrollando desde hace algunas décadas, y las políticas laborales y sociales que debieran hacer frente a esas nuevas realidades.

En ese sentido, la fuerte ola neoliberal que existe desde hace décadas en Chile y en otros países otorga una mayor urgencia y relevancia al estudio de las desigualdades en salud y al papel que en ellas juega el empleo informal. Sólo cuando se conocen los problemas y los factores que los producen es posible actuar sobre ellos. Es decir, si los problemas ni su origen se evidencian, manteniéndose ocultos, no se podrán elaborar acciones que puedan revertir los efectos que esos problemas producen sobre la salud de la población. Trabajar en el mejoramiento de las desigualdades en salud, es decir, promoviendo la disminución de la brecha que existe,

es un asunto de justicia social. El mejor modo de llevar a cabo estas acciones es a través de estrategias colaborativas con todos los sectores de la sociedad, priorizando las acciones para lograr este objetivo (Marmot & Allen, 2013). Si al identificar un problema se identifican también los actores involucrados (instituciones, organismos, movimientos sociales, perfiles ciudadanos) que pueden colaborar con el desarrollo de estrategias combinadas que reviertan los efectos nocivos de una desigualdad en concreto, se podrá potenciar tanto la pertinencia cultural como la repercusión que tienen las acciones para promover la salud de la población.

Desde la Organización Internacional del Trabajo se ha evidenciado la necesidad de promover el trabajo decente (ILO, 2002) para mejorar los estándares de calidad en el trabajo a nivel global. No obstante, el prerrequisito de la creación de trabajos decentes es que exista un acceso adecuado a mejores condiciones de trabajo y de empleo para el conjunto de la población (Rantanen, Benach, Muntaner, Kawakami, & Kim, 2013), y en especial para determinados sectores sociales. Los planteamientos recientes de la OIT (Berg, 2015) destacan al mercado de trabajo como un eje fundamental para reducir la desigualdad en los países. Se considera que el mercado de trabajo debiera estar fortalecido con políticas más equitativas que regulen aspectos como los puestos de trabajo, los salarios mínimos, la organización colectiva, la conciliación con la vida familiar, el tipo de empleo, entre otros aspectos importantes a considerar.

Así, la construcción de sociedades más justas está estrechamente relacionada con la creación de trabajos de calidad con condiciones de trabajo y salarios dignos. Del mismo modo, es indispensable hacer visible la esfera reproductiva y su interacción constante con la esfera productiva. Si sólo se realizan acciones dirigidas al trabajo productivo, aún cuando se avance en la conciliación con la vida familiar, no se estará promoviendo la disminución de la brecha de las desigualdades de género relacionadas con la carga de trabajo reproductivo y con sus consecuencias en el trabajo remunerado. Por ello, es necesario realizar acciones específicas orientadas a democratizar y socializar la esfera reproductiva, puesto que las políticas de conciliación representan un avance al estado actual, pero no constituyen la solución al problema⁴¹. Entre los ejemplos de acciones pueden contarse las políticas que permitan una distribución equitativa de las cargas totales de trabajo entre mujeres y hombres, o la promoción social de la independencia económica de las mujeres. Al fortalecer las áreas donde se desempeñan laboralmente las mujeres (Infante, 2011) se podrá disminuir la brecha salarial entre trabajadores y trabajadoras, junto con el fortalecimiento de los empleos que están en los sectores más feminizados.

⁴¹ Para un mayor desarrollo de las contradicciones que existen respecto a las políticas de conciliación y la visibilización y valoración social del trabajo reproductivo y de cuidados, se recomienda revisar los planteamientos de la economía feminista, específicamente el pensamiento de Amaia Pérez Orozco (2014) que sintetiza distintos puntos de vista.

Si bien la justicia social es un imperativo ético en salud pública, hay quien pueda argumentar que se deben priorizar los esfuerzos para combatir aquellos problemas de salud que producen más riesgo para la población, en desmedro de iniciativas tendientes a conocer y analizar los problemas de salud que son menos estudiados. No obstante, la prevalencia de la informalidad a nivel global ha significado que este sea un problema de salud de gran magnitud. Siguiendo a Rose (Rose, 1992), aún cuando la informalidad pudiera significar un riesgo bajo o moderado para la salud a nivel poblacional, si ese porcentaje de la población trabajadora es amplio, el riesgo en salud adquiere una significancia aún más grande, es decir, a mayor magnitud de población trabajadora afectada, se amplifica el efecto nocivo para la salud a nivel poblacional. Sólo en Chile, la información proporcionada por esta tesis y por estudios previos (Infante, 2011) indica que existe un 40% de población con empleos informales, es decir, existen millones de personas afectadas por las desigualdades en salud vinculadas a la informalidad en el empleo.

La promoción de empleos formales con acceso a la protección social y a otros elementos de regulación laboral, junto con la promoción de derechos que permitan sustentar una relación laboral lo más igualitaria posible (ILO, 2016) son elementos clave que deben desarrollarse para enfrentar las desigualdades y mejorar la justicia social.

Un modo fundamental para combatir las desigualdades existentes en Chile es enfrentar las deficiencias que existen en el mercado laboral en torno al trabajo decente, para lo cual es esencial abordar al menos dos aspectos. Por un lado se requiere crear o reformular las instituciones para mejorar las condiciones de trabajo, asegurando la provisión de los elementos requeridos de protección social. Por otro lado, será necesario proveer mecanismos de soporte para favorecer que las personas mejoren su propio ambiente laboral, lo que se puede obtener fortaleciendo los derechos de la población trabajadora por medio de la organización colectiva, potenciando el sindicalismo y la capacidad de agencia (ILO, 2016).

Ahora bien, ¿de qué modo es posible realizar las acciones antes descritas si existe un contexto neoliberalizado donde abundan políticas regresivas que reproducen las desigualdades? Ante este diagnóstico, se requiere incorporar estrategias distintas e innovadoras para lograr los objetivos propuestos. Ya se ha revisado la inclusión de estrategias colaborativas como posibilidad de mejorar la gestión pública y ciudadana. Otro eje importante lo constituye la puesta en marcha de sinergias al interior de todas las instituciones encargadas de la elaboración de las políticas públicas.

Desde hace algunos años ha adquirido mayor fuerza la estrategia de “Salud en todas las políticas”. Con esta estrategia el mejoramiento de la salud pública no es responsabilidad exclusiva del sector Salud, sino de todos los sectores que desarrollan políticas que puedan impactar en la salud de la población. La aplicación de la estrategia

“Salud en todas las políticas” constituye un desafío mayor, y junto con ello, la respuesta a enfrentar los problemas de salud de la población desde una perspectiva integral. Esta estrategia consiste en la inclusión de la temática de salud de manera transversal, en la generación de todas las políticas que afecten la salud de la población, como las políticas de trabajo, vivienda, educación, agricultura, transporte, cultura, en fin, todas las políticas orientadas al desarrollo social, económico y ambiental (Leppo et al., 2013). Así, el desafío de la aplicación de este tipo de estrategias consiste en construir una red amplia con el objetivo de mejorar la salud de la población (McKee, Stuckler, & Martin-Moreno, 2010). En definitiva, para realizar acciones tendientes a combatir la informalidad es necesaria la colaboración y el trabajo conjunto de todos los sectores involucrados, para revertir los elementos de precarización en cuanto a las condiciones de trabajo y a las condiciones de vida.

La vigilancia y el monitoreo son aspectos clave para las políticas. Un sistema de vigilancia y monitoreo pertinente puede resultar de una inmensa utilidad para reconducir políticas con el objetivo de disminuir las desigualdades en salud (Findlay, Gamsu, & Donkin, 2013). Teniendo en cuenta que con la estrategia de “Salud en todas las políticas” se generarán acciones intersectoriales más sistemáticas y permanentes, la adecuación de los sistemas de vigilancia y monitoreo resulta ser una pieza esencial para el funcionamiento y evaluación de las políticas destinadas a combatir las desigualdades en salud. Un hecho fundamental a tener en cuenta

es la dinámica de los actuales mercados de trabajo, altamente cambiantes y que por lo tanto requieren una adecuación constante de los sistemas de vigilancia y monitoreo. Las categorías o clasificaciones establecidas para monitorear a la población trabajadora debieran ser revisadas y actualizadas de manera periódica, con el fin de generar nuevas políticas (WHO, 2013) más pertinentes a la realidad actual de los mercados laborales.

La información relativa a un sistema de monitoreo eficiente puede servir para modificar las políticas que podrían estar incidiendo en la reproducción de la informalidad y sus consecuencias en la salud, así como para generar otras que vayan enfocadas a revertir la magnitud de las desigualdades en salud. Para promover mayores y mejores sistemas de monitoreo en cuanto a los mercados de trabajo, se requiere desarrollar un nivel de conocimiento adecuado, al mismo tiempo es necesario destinar los fondos públicos suficientes y la voluntad política para ejecutar acciones intersectoriales y estrategias colaborativas tendientes a revertir las desigualdades en salud (Borrell & Artazcoz, 2008) Monitorear la equidad en salud, a objeto de trabajar para disminuir las disparidades evitables, constituye un imperativo ético y de justicia social (Braveman, 2003).

No obstante, las directrices político-económicas que existen en un país pueden reforzar o paliar las desigualdades sociales (Puig-Barrachina et al., 2017). Los contextos neoliberales no se han caracterizado por generar políticas igualitarias y redistributivas, sino que han sido los países con políticas social-demócratas los que han

tenido un mayor compromiso con estrategias de redistribución que disminuyan las desigualdades sociales (Navarro et al., 2006), lo que a su vez puede paliar los efectos que producen los mercados laborales que generan desigualdad. Teniendo en cuenta este antecedente, resulta imperioso realizar los esfuerzos correspondientes para generar políticas destinadas a revertir los efectos nocivos de la informalidad en las desigualdades en salud.

Aún cuando el sistema político-económico no esté comprometido con generar los procesos de cambio que se requieren, es tarea de todos los sectores sociales presionar a los organismos correspondientes. La elaboración de políticas pertinentes para revertir los efectos de la informalidad sobre las desigualdades sociales en salud debe estar sustentada por estudios adecuados, con una mirada integral, que proporcionen información útil a los organismos ejecutores. Tanto la academia como la formulación de políticas públicas deben trabajar en conjunto para mejorar las condiciones de salud de la población, fundamentalmente promoviendo una sociedad más equitativa, que es el mejor indicador de avance en la justicia social.

8. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

*"yo como todavía tengo utopía, creo que es posible cambiar,
y creo que si uno, tu hacís un granito aquí y otro por allá,
en algún momento se van a juntar los granitos y podemos hacer
una coronta de choclos,
y esas cabritas que exploten después, mira los sueños de uno,
pero bueno, así es, así es, es lo que yo sueño (...)
también creo que de donde uno está y si tiene ganas hay que juntarlo
no más poh, para que se hagan las corontas, para que exploten
las cabritas, viste, ya me las imagino así todas libres."
Interview to a female Chilean worker, 2014*

The main conclusions emerging from this thesis can be summarized as follows:

- To study a hidden dynamic phenomenon such as informal employment requires, in the first place, the elaboration of an appropriate and specific definition, which, in turn, allows for the development of a relevant classification of the working population. In order to enhance the visibility of groups of workers that could remain unnoticed (such as informal workers), the development of a comprehensive monitoring system becomes an essential part of the whole process, especially considering the large impact of employment informality on population health. Furthermore, the inclusion of axes of inequality, such as gender, social class or migrant status, is a core element to define the

categories for the groups of workers and thereby, allows for further distinction of the given specificities of each group of workers.

- Important differences are observed regarding the type of employment classification used. The magnitude of informality could be minimised if a restrictive set of categories is used to classify workers. On the contrary, if the classification used includes the entire spectrum of different groups of workers, the magnitude of informal employment tends to increase. This is why the conceptualisation of workers regarding its cultural relevance becomes a matter of urgent concern.

- Another main aspect to take into consideration is the constant need to adequate the categories used to classify workers to new historical and political employment scenarios that evolve. Especially under neoliberal contexts, labour markets are likely to be in constant state of flux, and evolving to create new forms of work and working conditions, so that in turn the conceptualisation of workers must be constantly renewed and updated to be in line to reflex these changes in labour market conditions.

- Even though the conceptualisation of workers in this thesis has been understand and developed from the cultural context of Chile, the main characteristic of this country (being a sort of social experiment) makes it plausible that results can be

extrapolated to other regions and countries, making it particularly useful for other countries with similar economic, social and labour conditions as those observed in Chile.

- The impacts of informal employment on population health are especially reflected by higher levels of health inequalities. Even if informal employment had only a modest impact on health, given the enormous amount of workers in informal employment globally (e.g., around 4 billion people worldwide are left without social protection), the magnitude of the potential effects on population health, may be enormous.

- The plausible social mechanisms revealing the way informal employment affects health and health inequalities are essentially related to living conditions, through two dimensions: uncertainty and material resources. On the other hand, there are three dimensions connected to working conditions and the way informality is affecting health and health inequalities. These dimensions are: psychosocial risks, safety at work and intensification of working times.

- There are also moderating factors that may reduce the negative effects of employment informality in health and health inequalities. At least six of these factors have been identified: a) to have support networks, b) the composition and protection of the household, c) the possession of property (goods), d) awareness of self-care, e) not having reproductive

workloads, f) being part of a sector which provides different levels of protection that correspond to the gender-specific sectoral dynamics.

- The impact of informal employment may also vary according to the axes of inequality and the intersectionality among them. Gender plays a fundamental role. The negative impact produced by employment informality becomes diffused for women because of gender inequalities. By and large, female workers are more likely to have detrimental employment and working conditions regardless the characteristics of employment and work. These aspects are related to the specific dynamics of female-dominated sectors and with the sexual division of labour.

- To improve the quality of the information regarding informal employment and health inequalities, it is essential to underline some general research recommendations:
 - Research with a combined methodology strategy, such as mixed methods, or even better with an integrated methodological approach, stand a better chance of reaching a more clear and comprehensive understanding of the impact of informal employment on inequalities in health. Consequently, this seems the best approach for conducting an in-depth analysis to conceptualise, classify, and identify

the social mechanisms and processes that trigger inequalities in health.

- To better understand the social elements (regarding informal employment) involved in the chain-process that produces a detrimental effect on health the identification of social mechanisms seems to be key. Through the analysis of these social mechanisms and their embodiment in workers, taking into account the diversity of the different groups, the impact of social inequalities in health should become more visible.

In order to enhance the main problems that have been identified through this investigation, some general policy recommendations can be drawn. These are as follows:

- The implementation of "health in all policies" approach applied to informal employment and health becomes a challenge but also an urgent matter of social justice.
- In order to inform a development of an appropriate strategy to reverse the problem it is essential to develop and implement a comprehensive surveillance system with the capability to take into account informal employment and health inequalities and the capacity of adapting to different situations.
- To perform inclusive approaches that reduce inequalities in health, the different axes of inequality need to be taken into

account yet this also constitutes a real challenge. For example, in the last decade, Chile has been experiencing increasing flows of migrant population. Therefore, it is highly recommended that policies need to adapt to this social changing reality in order to improve social inclusion, as well as to address new population health needs.

- One way to address the existing problem of inequalities is to take positive action that focus on the most employment-deprived groups of population. The use of transdisciplinary approaches together with a gender mainstream agenda, could strengthen a combined intersectional strategy that helps to overcome inequalities in health. For instance, the promotion of highly protected employment has to be an unavoidable policy. For this strategy to be successfully developed there should be an increase of dependent employment opportunities with improved levels of quality. Furthermore, non dependent employment, especially regarding informal work, must have a better regulatory system, supported by other public policies, that aims to the elimination and replacement of all those informal rules that end up in abusive practices that are detrimental to workers.

- In order to reach a balance of power relation between workers and employers, collective bargain organisations and social movements (such as “Street net international”) should be strengthened. Some specific actions that could improve this

are the following: 1) increasing salaries through formal negotiations, negotiating minimum wages by branch, among others. 2) A core element that could place a real change in relation to the higher social awareness of demands emanating from different marginalised groups, such as migrant workers or female workers. Making these demands visible within major trade union organisations and adopting them as their own represents a real challenge.

- Furthermore, taking into account gender inequalities related to the production and services structure (with a high female concentration in low-productive activities) strategies are needed to promote women's inclusion in other areas of work. Regarding the unequal workload between men and women, combined with the lack of social prestige of certain types of work tasks, a revaluation of the different types of work performed in society should be promoted and encouraged in order for them to become more egalitarian.
- Political leadership plays a fundamental role in increasing as well as narrowing the health inequality gaps. Governments with conservative ideology with regards to their value but with a liberal economic perspective fundamentally believe that market mechanisms by themselves will eventually resolve current social and employment problems, and are therefore in practice reluctant to develop egalitarian policies in order to try to address these problems. Therefore, the empowerment of governments, unions

and social organisations politically committed to social justice and the development of egalitarian policies become crucial to reduce health inequalities.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, E. (2008). Flexibilidad laboral: Experiencias de trabajadores chilenos. En A. Soto (Ed.), *Flexibilidad laboral y subjetividades: Hacia una comprensión psicosocial del empleo contemporáneo (61-77)*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Agüero, M. J. (2017). *Salud Mental y Ciudadanía. La composición de un nosotros* (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Alfers, L., & Rogan, M. (2015). Health risks and informal employment in South Africa: does formality protect health? *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 21(3), 207-215.
- Ali, G.-C., Ryan, G., & De Silva, M. J. (2016). Validated Screening Tools for Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *PloS One*, 11(6), e0156939.
- Allende, S. (1939). *La realidad médico-social chilena*. Recuperado de <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0000543.pdf>
- Alves, G. (2010). *Trabalho Subjetividade e Capitalismo Manipulatorio*. Recuperado de http://www.giovannialves.org/artigo_giovanni%20alves_2010.pdf
- Amable, M. a, Benach, J., & González, S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Arch. prev. riesgos labor*, 4(4), 169-184.
- Anker, R. (1998). *Gender and Jobs: Sex Segregation of Occupations in the World*. International Labour Organization.
- Anker, R., & Melkas, H. (2003). *Gender-based occupational segregation in the 1990's* (Working paper). International Labour Organization. Recuperado de

http://www.ilo.org/declaration/info/publications/eliminationofdiscrimination/WCMS_DECL_WP_18_EN/lang--en/index.htm

- Araya, R., Wynn, R., & Lewis, G. (1992). Comparison of two self administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in primary care in Chile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(4), 168-173.
- Armada, F., Muntaner, C., Navarro, V. (2001). Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int J Health Serv Plan Adm Eval.*, 31(4): 729-768.
- Armano, E., Bove, A., & Murgia, A. (2017). *Mapping Precariousness, Labour Insecurity and Uncertain Livelihoods: Subjectivities and Resistance*. New York: Routledge.
- Arnold, D., & Bongiovi, J. R. (2013). Precarious, Informalizing, and Flexible Work: Transforming Concepts and Understandings. *American Behavioral Scientist*, 57(3), 289-308.
- Artazcoz, L., Artieda, L., Borrell, C., Cortès, I., Benach, J., & García, V. (2004). Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women? *European Journal of Public Health*, 14(1), 43-48.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2004). Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class. *American Journal of Public Health*, 94(1), 82-88. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.1.82>
- Artazcoz, L., Borrell, C., Cortès, I., Escribà-Agüir, V., & Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and work related inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(2), 39-45.
- Artazcoz, L., Cortès, I., Puig-Barrachina, V., Benavides, F. G., Escribà-Agüir, V., & Borrell, C. (2014). Combining employment and

- family in Europe: the role of family policies in health. *European Journal of Public Health*, 24(4), 649-655.
- Banco Mundial. (2012). *Informe sobre desarrollo mundial 2013: Empleo Panorama General*. Banco Internacional de reconstrucción y Fomento.
- Banco Mundial. (2018). Índice de Gini | Data. Recuperado 26 de enero de 2018, de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=CL>
- Bangasser, P. E. (2000). *The ILO and the informal sector: an institutional history* (Working paper). Internacional Labour Office. Recuperado de http://www.ilo.org/employment/Whatwedo/Publications/WCMS_142295/lang--en/index.htm
- Barreto, M., & Heloani, R. (2015). Violência, saúde e trabalho: a intolerância e o assédio moral nas relações laborais. *Serviço Social e Sociedade, São Paulo*, 123, 544-561.
- Basu, N., Ayelo, P., Djogbénu, L., Kedoté, M., Lawin, H., Tohon, H., ... Fayomi, B. (2016). Occupational and Environmental Health Risks Associated with Informal Sector Activities—Selected Case Studies from West Africa. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 26(2), 253-270.
- Batt, R., & Appelbaum, E. (2017). The networked organisation: implications for jobs and inequality. En D. Grimshaw, C. Fagan, G. Hebson & I. Tavora, *Making work more equal : A new labour market segmentation approach*. Manchester: Manchester University Press.
- Beauvoir, S. de. (1953 [1949]). *The Second Sex*. Londres: Jonathan Cape.
- Benach, J. (1997). La desigualdad social perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria*, 11(6), 255-258.
- Benach, J., Julià, M., Bolívar, M., Amable, M., & Vives, A. (2018). Precarious employment, health, and quality of life. Context,

analysis, and impacts. Oxford: Reuters. En: Burke, R.J. & Cooper, C.L. (eds.) *Violence and abuse in and around organisations*. Abingdon: Routledge, 292-314.

Benach, J., Muntaner, C., & Santana, V. (2007). Employment conditions and health inequalities. *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET)*. Geneva: WHO. http://cdrwww.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf

Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., & Quinlan, M. (2010). *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global*. España: Icaria.

Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., & Quinlan, M. (2014). *Employment, Work and Health Inequalities: A Global Perspective*. Barcelona: Icaria.

Benach, J., Pericàs, J. M., & Herrera, E. M. (2017). La salud bajo el capitalismo. Contradicciones sistémicas que permean la ecohumanidad y dañan nuestra mentecuerpo. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, 137, 29-56.

Benach, J., Puig-Barrachina, V., Vives, A., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2012). The challenge of monitoring employment-related health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(12), 1085-1087.

Benach, J., Solar, O., Vergara, M., Vanroelen, C., Santana, V., Castedo, A., Ramos, J., EMCONET Network (2010). Six Employment Conditions and Health Inequalities: A Descriptive Overview. *International Journal of Health Services*, 40(2), 269-280.

Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2014). Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 35, 229-253.

- Benach, J., Vives, A., Tarafa, G., Delclos, C., & Muntaner, C. (2016). What Should We Know About Precarious Employment and Health in 2025? Framing the Agenda for the Next Decade of Research. *International Journal of Epidemiology*, 45(1), 232-238.
- Benería, L. (2001). Shifting the Risk: New Employment Patterns, Informalization, and Women's Work. *International Journal of Politics, Culture, and Society*, 15(1), 27-53.
- Bennett, A., & Elman, C. (2006). Qualitative research: Recent Developments in Case Study Methods. *Annual Review of Political Science*, 9(1), 455-476.
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender: recuperando la narrativa en las ciencias de la salud: aportaciones de la investigación cualitativa*. IDIAP Jordi Gol.
- Berg, J. (Ed.) (2015). *Labour Markets, Institutions and Inequality: Building just societies in the 21st century*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Berger-Schmitt, R., Noll, H. (2000). *Conceptual Framework and Structure of a European System of Social Indicators (TSER Project)*. Vol 9.
- Bertranou, F., & Gasparini, L. (2004). *Protección social y mercado laboral en América Latina: ¿Qué nos dicen las encuestas?* Santiago de Chile: Oficina Internacional del Trabajo.
- Biddle, E. A., & Blanciforti, L. A. (1999). Impact of a changing U.S. workforce on the occupational injury and illness experience. *American Journal of Industrial Medicine, Suppl 1*, 7-10.
- Black, D., & Whitehead, M. (1988). *Inequalities in health: the Black Report, edited by Peter Townsend and Nick Davidson: The Health Divide*. Penguin.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473.

- Borrell, C., Benach, J., & Grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill (2006). La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 20(5), 396-406.
- Bourdieu, P. (1973). Cultural reproduction and social reproduction. En R. Brown (Ed.), *Knowledge, education and cultural change. Papers in sociology of education*. Gran Bretaña: Tavistock Publications.
- Bourdieu, P. (1979). Les trois états du capital culturel. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 30(1), 3-6.
- Bourdieu, P. (1981 [1970]). *La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona: Editorial Laia.
- Bourdieu, P. (1996 [1987]). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- Bourdieu, P. (1999a). *Contrafuegos: reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (1999b). *La miseria del mundo*. Madrid: Akal.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2001). *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bourdieu, P. (2003). *Las estructuras sociales de la economía*. Barcelona: Anagrama.
- Boyer, R. (1993). *The convergence hypothesis revisited: globalization but still the century of nations?* Paris: CEPREMAP Working Papers.
- Boyer, R., & Saillard, Y. (Eds.) (1996). *Teoría de la regulación: estado de los conocimientos, Vol. III*. Buenos Aires: Eudeba, Asociación "Trabajo y Sociedad".
- Braveman, P. A. (2003). Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 21(3), 181-192.

- Brega, C., Durán, G., & Sáez, B. (2015). *Mujeres Trabajando. Una exploración al valor del trabajo y la calidad del empleo en Chile*. Santiago de Chile: Fundación SOL.
- Brega, C., Páez, A., Sáez, B., & Durán, G. (2016). *Informe Mensual de Calidad del Empleo (IMCE) Febrero - Abril 2016*. Fundación SOL. Recuperado de <http://www.fundacionsol.cl/estudios/informe-mensual-de-calidad-del-empleo-imce-septiembre-noviembre-2015/>
- Breilh, J. (1980). *Epidemiología: economía, medicina y política: hacia una investigación médica en la transformación de la investigación en salud*. Quito: Universidad Central de Quito.
- Breilh, J. (2011). *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud* (PDF). Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh,%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Callejo, J., & Viedma, A. (2005). *Proyectos y estrategias de investigación social: la perspectiva de intervención*. Madrid: McGraw-Hill.
- Cambois, E., Garrouste, C., & Pailhé, A. (2017). Gender career divide and women's disadvantage in depressive symptoms and physical limitations in France. *SSM - Population Health*, 3, 81-88.
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., Moen, B. E., & Benavides, F. G. (2013). Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 12, 57.
- Carastathis, A. (2016). *Intersectionality: origins, contestations, horizons*. EEUU: University of Nebraska Press.

- Cardona, J. A. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina*, 16(1).
- Cardoso, F. H., & Faletto, E. (1969). *Dependencia y desarrollo en América Latina. Ensayo de interpretación sociológica*. México D.F.: Siglo XXI Editores.
- Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (Eds.). (2011). *El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales*. Madrid: Catarata.
- Cassirer, N., & Addati, L. (2007). *Expanding women's employment opportunities: Informal economy workers and the need for childcare* (Working paper). Ginebra: International Labour Organisation.
- Castillo, D., Baca, N., & Todaro, R. (2016). *Trabajo global y desigualdades en el mercado laboral*. México, D.F.: CLACSO.
- Cecchini, S., & Martínez, R. (2011). *Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/2593>
- CEPAL. (2016). *Panorama Social de América Latina 2016*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41598-panorama-social-america-latina-2016>
- Chen, M. (2007). *Rethinking the Informal Economy: Linkages with the Formal Economy and the Formal Regulatory Environment* (Working Paper No. 46). United Nations, Department of Economics and Social Affairs. Recuperado de <http://ideas.repec.org/p/une/wpaper/46.html>
- Chen, M. (2012). *The Informal Economy: Definitions, Theories and Policies* (No. Working Paper N° 1). WIEGO. Recuperado de <http://wiego.org/publications/informal-economy-definitions-theories-and-policies>

- Chen, M. (2016). The Informal Economy: Recent Trends, Future Directions. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 26(2), 155-172.
- Chen, M., Vanek, J., & Heintz, J. (2006). Informality, Gender and Poverty: A Global Picture. *Economic and Political Weekly*, 41(21), 2131-2139.
- Chonchol, J. (1979). La transición socialista en América Latina: sus problemas económicos. *Revista Chile-América*, 50-51, 63-74.
- Comisión Asesora Presidencial sobre el sistema de pensiones (1979). *Resumen Ejecutivo Sobre El Sistema de Pensiones En Chile*. Recuperado de <http://www.comision-pensiones.cl/Documentos/GetResumen>
- Comisión Nacional de Productividad. (2017, septiembre 26). Para elevar productividad y mejorar bienestar de los chilenos urge una política que impulse una mayor Participación Laboral Femenina. Recuperado 28 de enero de 2018, a partir de <http://www.comisiondeproductividad.cl/para-elevar-productividad-y-mejorar-bienestar-de-los-chilenos-urge-una-politica-que-impulse-una-mayor-participacion-laboral-femenina/>
- Comisión Para Reducir Las Desigualdades Sociales En Salud En España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 26(2).
- Comisión Presidencial Pensiones. (2015). *Informe final Comisión Asesora Presidencial sobre el Sistema de Pensiones*. Chile: Presidencia de la República de Chile. Recuperado de <http://www.comision-pensiones.cl/Documentos/Informe>
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: World Health Organization.

- Concha, M., Labbé, J., & Sánchez, M. (2005). Protección social y nivel de salud de los trabajadores de la economía informal. *Revista Chilena de Salud Pública*, 118-122.
- Connell, R. (1987). *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics* (1 edition). Stanford, Calif: Stanford University Press.
- Connell, R. (2012). Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1675-1683.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.
- Cota-Yañez, R., & Navarro, A. (2015). Análisis del mercado laboral y el empleo informal mexicano. *Papeles de población*, 21(85), 211-249.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2010). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (2 edition). Los Angeles: SAGE.
- CSDH C on SD of H (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- da Silva, M. C., Fassa, A. G., & Kriebel, D. (2006). Minor Psychiatric Disorders Among Brazilian Ragpickers: A Cross-Sectional Study. *Environmental Health*, 5: 17.
- de los Reyes, P. (2017). Working life inequalities: do we need intersectionality? *Society, Health & Vulnerability*, 8(2), 1332858.
- Dejours, C. (1992). *Trabajo y desgaste mental: una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Humanitas.
- Dejours, C. (2016). *El sufrimiento en el trabajo*. Buenos Aires: Topía.
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. México: Paidós.

- Di Filippo, A. (1998). La visión centro-periferia hoy. *Revista de la CEPAL*. Recuperado de <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12135>
- Doyal, L. (2002). Putting Gender into Health and Globalisation Debates: New Perspectives and Old Challenges. *Third World Quarterly*, 23(2), 233-250.
- Durán, G., & Kremerman, M. (2015). *Los verdaderos sueldos en Chile. Panorama actual del valor del trabajo usando la Encuesta NESI 2014*. Santiago de Chile: Fundación SOL.
- Engels, F. (1892 [1845]). *The condition of the working-class in England in 1844*. London: Allen and Unwin.
- Entrevista Revista Capital. (s. f.) Bernardo Larraín: «Si Guillier abraza las propuestas del Frente Amplio, se alejará de un Chile moderno». Recuperado 12 de marzo de 2018, a partir de <http://www.capital.cl/poder/2017/11/23/145631/bernardo-larrain-si-guillier-abraza-las-propuestas-del-frente-amplio-se-alejara-de-un-chile-moderno/>
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, N.J: Princeton University Press.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (Ed.) (2001). *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action* (1st edition). New York: Oxford University Press.
- Faletto, E. (2007). *Dimensiones sociales, políticas y culturales del desarrollo: antología*. Santiago de Chile: Catalonia.
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 105-112.
- Farné, S. (Comp) (2012). *La calidad del empleo en América Latina a principios del siglo XXI*. Bogotá: U. Externado de Colombia

- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 283-318.
- Fazio, H. (1979). Mercado de capitales y concentración financiera. *Revista Araucaria*, (5).
- Fazio, H. (2005). *Mapa de la extrema riqueza al año 2005*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Fazio, H., & Parada, M. (2015). ¿Tiempo de reformas? *Revista Análisis 2014*. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/110774/revista-analisis-del-ano-2014>
- Fazio, H., & Valenzuela, P. (2017). Tercer año de recesión en crecimiento. *Revista Análisis 2016*. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/133716/revista-analisis-del-ano-2016>
- Federici, S. (2011). *Calibán y la bruja : mujeres, cuerpo y acumulación primitiva* (Primera edición.). Buenos Aires: Traficantes de Sueños.
- Ffrench-Davis, R. (2003). Chile: entre el neoliberalismo y el crecimiento con equidad. *Nueva Sociedad. Democracia y política en América Latina*. Recuperado de <http://nuso.org/articulo/chile-entre-el-neoliberalismo-y-el-crecimiento-con-equidad/>
- Findlay, G., Gamsu, M., & Donkin, A. (2013). *The impact of the economic downturn and policy changes on health inequalities in London*. Reino Unido: UCL Institute of Health Equity.
- Fornazzari, A. (2013). *Speculative fictions: Chilean culture, economics, and the neoliberal transition*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI Editores.

- Foucault, M. (2007 [1976]). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. México DF: Siglo XXI Editores.
- Fraile, L. (2009). Lessons from Latin America's neo-liberal experiment: An overview of labour and social policies since the 1980s. *International Labour Review*, 148(3), 215-233.
- Freije, S. (2002). *El empleo informal en América Latina y el Caribe: Causas, consecuencias y recomendaciones de política* (IDB Publications No. 53018). Inter-American Development Bank. Recuperado de <http://econpapers.repec.org/paper/idbbrikps/53018.htm>
- Fröbel, F., Heinrichs, J., & Kreye, O. (1981). *La nueva división internacional del trabajo: paro estructural en los países industrializados e industrialización de los países en desarrollo*. D.F. México: Siglo XXI Editores.
- Galeano, D., Trotta, L., & Spinelli, H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*, 07(3), 285-315.
- Galleguillos San Martín, C. (2013). *Sobre la calidad del empleo y la estructura social: una aproximación al estudio de estructura ocupacional en Chile*. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/115728>
- Gálvez, T. (2001). Para reclasificar el empleo: lo clásico y lo nuevo.
- García Canclini, N. (1999). *La globalización imaginada*. Buenos Aires: Paidós.
- García-Ubaque, J. C., Riaño-Casallas, M. I., & Benavides-Piracón, J. A. (2012). Informalidad, desempleo y subempleo: Un problema de salud pública. *Rev Salud Publica (Bogota)*, 138-150.
- Garretón, M., & Moulian, T. (1974). La Vía Chilena al Socialismo, elementos de una definición. En *Diccionario de Ciencias Sociales de la UNESCO*. Santiago de Chile: Ediciones CESOC / LOM Ediciones.

- Gerardo Varela: “El tiempo de las marchas ya pasó, hoy se quiere ver a los estudiantes en las aulas”. (2018, marzo 18). Recuperado 21 de marzo de 2018, de <http://www.latercera.com/reportajes/noticia/gerardo-varela-tiempo-las-marchas-ya-paso-hoy-se-quiere-ver-los-estudiantes-las-aulas/102736/>
- Giatti, L., Barreto, S., & César, C. (2008a). Household context and self-rated health: the effect of unemployment and informal work. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(12), 1079-1085.
- Giatti, L., Barreto, S., & César, C. (2008b). Informal work, unemployment and health in Brazilian metropolitan areas, 1998 and 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10), 2396-2406.
- Gideon, J. (2007). Excluded from Health? Informal Workers’ Access to Health Care in Chile. *Bulletin of Latin American Research*, 26(2), 238-255.
- Grabham, E. (2009). *Intersectionality and beyond law, power and the politics of location*. Abingdon, Oxon: Routledge-Cavendish.
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124.
- Griffith-Jones, S. (1978). A critical evaluation of popular unity’s short-term and financial policy. *World Development*, 6(7-8), 1019-1029.
- Grimshaw, D., Fagan, C., Gebson, G., Tavora, I. (2017) A new labour market segmentation approach for analysing inequalities: introduction and overview. En: *Making work more equal. A new labour market segmentation approach*. Manchester: Manchester University Press.
- Grimshaw, D., & Rubery, J. (2005). Inter-capital relations and the network organisation: Redefining the work and employment nexus. *Cambridge Journal of Economics*, 29(6), 1027-1051.

- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1712-1720.
- Hart, K. (1973). Informal Income Opportunities and Urban Employment in Ghana. *The Journal of Modern African Studies*, 11(1), 61-89.
- Harvey, D. (1991). *The Condition of Postmodernity: An Enquiry into the Origins of Cultural Change*. Oxford England: John Wiley and Sons Ltd.
- Harvey, D. (2005). *A brief history of neoliberalism*. New York: Oxford University Press.
- Harvey, D. (2006). *Spaces of Neoliberalization: Towards a Theory of Uneven Geographical Development A brief history of neoliberalism*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- Harvey, D. (2009). *Social Justice and the City* (Revised edition). Atenas: University of Georgia Press.
- Henley, A., Arabsheibani, G. R., & Carneiro, F. G. (2009). On Defining and Measuring the Informal Sector: Evidence from Brazil. *World Development*, 37(5), 992-1003.
- Henríquez, H., Cárdenas, A., Selamé, T. (2005). Trabajo a domicilio en el Siglo XXI. Tres miradas sobre el teletrabajo. *Cuaderno de Investigación*, 26.
- Henríquez, H., Riquelme, V., Gálvez, T., Selamé, T. (2001). Trabajadores a control remoto. El trabajo a domicilio.
- Huberman, M., & Miles, M. B. (2002). *The qualitative researcher's companion*. Thousand Oaks: Sage.
- Hussmanns, R. (2004). *Measuring the informal economy: From employment in the informal sector to informal employment*. Geneva: ILO.
- Illanes, M. A. (1993). «En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia, (...)»: historia social de la salud pública, Chile, 1880-

1973 (*hacia una historia social del Siglo XX*). Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria.

- ILO. (1972). *Employment, incomes and equality; a strategy for increasing productive employment in Kenya*. Ginebra: International Labour Organization. Recuperado a partir de <http://mango.ilo.org/record/144837>
- ILO. (2002). *El trabajo decente y la economía informal*. Ginebra: International Labour Organization.
- ILO. (2012). *Measuring informality: a Statistical Manual*. Ginebra: International Labour Organization.
- ILO. (2013). *La medición de la informalidad: Manual estadístico sobre el sector informal y el empleo informal* (p. 355). Geneva: International Labour Organization.
- ILO. (2013). *Revisión de la Clasificación Internacional de la Situación en el Empleo (CISE-93)*. Geneva: International Labour Organization.
- ILO. (2016). *World Employment and Social Outlook 2016: Transforming jobs to end poverty* (Report). Ginebra: International Labour Organization. Recuperado de http://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2016-transforming-jobs/WCMS_481534/lang--en/index.htm
- ILO. (2018, enero 28). Key Indicators of the Labour Market (KILM) [Project]. Recuperado 1 de marzo de 2018, de http://www.ilo.org/empelm/what/WCMS_114240/lang--en/index.htm
- ILO, & WIEGO. (2013). *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture, 2nd Edition*. Geneva: International Labour Organization & Women in informal employment: globalizing and organizing.
- INE. (2017). *Estadísticas de Informalidad Laboral* (Comité técnico). Instituto Nacional de Estadísticas INE, Chile. Recuperado de <http://ine.cl/estadisticas/laborales/ene?categoria=Situaci%C3%B3n%20de%20Fuerza%20de%20Trabajo>

- INE. (2018). *Boletín Empleo Nacional Trimestre Móvil Septiembre-
Noviembre 2017*. Instituto Nacional de Estadísticas INE, Chile.
Recuperado de
<http://ine.cl/estadisticas/laborales/ene?categoria=Situaci%C3%B3n%20de%20Fuerza%20de%20Trabajo>
- Infante, R., & Sunkel, O. (2009). Hacia un Crecimiento Inclusivo. En O. Sunkel & R. Infante (Eds), *Hacia un Desarrollo Inclusivo: El Caso de Chile* (pp. 33-68). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Infante, R. (2011). La Economía informal en Chile. En G. Reinecke, M.E. Valenzuela (Eds.), *Chile: El impacto del mercado laboral en el bienestar de las personas. Distribución del ingreso y calidad del empleo* (37-95). Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- Instituto de Seguridad Laboral, Dirección del Trabajo, & Ministerio de Salud de Chile. (2009). *Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo y Salud: ENETS 2009-2010. Diseño conceptual y metodológico*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2016). *Boletines de prensa, Empleo*. Instituto Nacional de Estadísticas INE, Chile. Recuperado de <http://www.ine.cl/boletines/detalle.php?id=2&lang=>
- International Monetary Fund. (2017). *Global Financial Stability Report October 2017: Is Growth at Risk?* International Monetary Fund. Recuperado de <http://www.imf.org/en/Publications/GFSR/Issues/2017/09/27/global-financial-stability-report-october-2017>
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 128-136.
- Iriart, J., Xavier, S., Oliveira, R., Costa, A., Santana, V., & Araújo, G. (2008). Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciência saúde coletiva*, 165-174.

- Jameson, F. (2013). *Representing Capital. A Reading of Volume One*. Londres: Verso.
- Jódar, P. (1996). Más allá de Braverman: El enfoque del proceso de trabajo y el problema de la reproducción. *Sociología del trabajo*, (29), 3-32.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., et al (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*. 2013;381(9874):1323-1331.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Khlat, M., Sermet, C., & Le Pape, A. (2000). Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990s. *Social Science & Medicine* (1982), 50(12), 1807-1825.
- Klein, N. (2007). *La doctrina del shock: el auge del capitalismo del desastre*. Barcelona: Paidós.
- Kremerman, M. (s. f.). Trabajo y Deuda: los grandes ausentes de los debates y entrevistas presidenciales - El Mostrador [Columna de opinión]. Recuperado 10 de marzo de 2018, de <http://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2017/06/27/trabajo-y-deuda-los-grandes-ausentes-de-los-debates-y-entrevistas-presidenciales/>
- Krieger, N. (1991). Women and social class: a methodological study comparing individual, household, and census measures as predictors of black/white differences in reproductive history. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45(1), 35-42.
- Krieger, N. (1992). The making of public health data: paradigms, politics, and policy. *Journal of Public Health Policy*, 13(4), 412-427.
- Krieger, N. (2001a). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668-677.

- Krieger, N. (2001b). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(10), 693-700.
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32(4), 652-657.
- Krieger, N. (2008). Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *American Journal of Public Health*, 98(2), 221-230.
- Lanzarotti, M., Muñoz, J., & Ominami, C. (1979). Una vez más sobre la política del Gobierno Popular chileno. *Revista Chile-América*, 54-55.
- Laurell, A. C. (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, 17, 59-79.
- Laurell, A. C. (1993). La construcción teórico-metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. En A. C. Laurell (Coord.), *Para la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores* (pp. 13-35). Colombia: Organización Panamericana de la Salud.
- Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M., & Cook, S. (2013). *Health in All Policies - Seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-in-all-policies-seizing-opportunities,-implementing-policies-2013>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (1996). Understanding sociodemographic differences in health--the role of fundamental social causes. *American Journal of Public Health*, 86(4), 471-473.
- Little, J. (2007). Gender and geography: developments in the United Kingdom 1980-2006. *Belgeo. Revue Belge de Géographie*, (3), 335-348.
- López, O., Escudero, J. C., & Moreno, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller

Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335.

- López, R., Figueroa, E., & Gutiérrez, P. (2013). *La 'parte del león': Nuevas estimaciones de la participación de los súper ricos en el ingreso de Chile* (Documento de trabajo). Santiago de Chile: Universidad de Chile, Departamento de Economía. Recuperado de <http://econpapers.repec.org/paper/udcwpaper/wp379.htm>
- López-Ruiz, M., Artazcoz, L., Martínez, J. M., Rojas, M., & Benavides, F. (2015). Informal employment and health status in Central America. *BMC Public Health*, 15, 698.
- Lopez-Ruiz, M., Benavides, F., Vives, A., & Artazcoz, L. (2017). Informal employment, unpaid care work, and health status in Spanish-speaking Central American countries: a gender-based approach. *International Journal of Public Health*, 62(2), 209-218.
- Lorey, I. (2015). *State of insecurity: government of the precarious*. Londres: Verso.
- Ludermir, A. (2000). Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3), 647-659.
- Ludermir, A., & Lewis, G. (2003). Informal work and common mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 485-489.
- Ludermir, A., & Lewis, G. (2005). Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 622-627.
- Lund, F., & Ardington, C. (2006). *Employment status, security, and the management of risk: a study of workers in Kwamsane, KwaZulu-Natal* (SALDRU Working Paper No. 2). Southern Africa Labour and Development Research Unit, University of Cape Town. Recuperado de <https://ideas.repec.org/p/ldr/wpaper/2.html>

- Lund, F., & Marriott, A. (2011). *Occupational Health and Safety and the poorest*. (Working Paper No. 20) (p. 63). Cambridge-Manchester: WIEGO.
- Lundberg, U. (1996). Influence of paid and unpaid work on psychophysiological stress responses of men and women. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(2), 117-130.
- Maillet, A. (2015). Más allá del “modelo” chileno: una aproximación multi-sectorial a las relaciones Estado-mercado. *Revista de Sociología e Política, 23*(55), 57-73.
- Malmusi, D., Artazcoz, L., Benach, J., & Borrell, C. (2012). Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *European Journal of Public Health, 22*(6), 781-786.
- Marmot, M., & Allen, J. (2013). Prioritizing health equity. En *Health in All Policies - Seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-in-all-policies-seizing-opportunities,-implementing-policies-2013>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet, 365*(9464), 1099–1104.
- Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M. & Marks, N. F (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine, 44*(6), 901-910.
- Marmot, Michael, Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet, 372*(9650), 1661-1669.
- Martner, G. (1980). La dirección económica durante el Gobierno de Allende. *Revista Araucaria, 12*, 49-66.
- Mason, J. (2006). Mixing methods in a qualitatively driven way. *Qualitative Research, 6*(1), 9-25.

- Mayol, A., Azócar, C., & Azócar, C. (2013). *El Chile profundo. Modelos culturales de la desigualdad y sus resistencias*. Santiago de Chile: Librería Ediciones.
- Mcdowell, L. (2004). Work, workfare, work/life balance and an ethic of care. *Progress in Human Geography*, 28(2), 145-163.
- McKee, M., Stuckler, D., & Martin-Moreno, J. M. (2010). Protecting health in hard times. *BMJ*, 341, c5308.
- Mead, M. (1928). *Coming of age in Samoa*. New York: W. Morrow & Company.
- Mead, M. (1935). *Sex and temperament in three primitive societies*. Londres: George Routledge.
- Melchior, M., Berkman, L., Niedhammer, I., Zins, M., & Goldberg, M. (2007). The mental health effects of multiple work and family demands: A prospective study of psychiatric sickness absence in the French GAZEL study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(7), 573-582.
- Meller, P. (2000). *Pobreza y distribución del ingreso en Chile (década del 90)* (Documentos de Trabajo No. 69). Centro de Economía Aplicada, Universidad de Chile. Recuperado de <https://ideas.repec.org/p/edj/ceauch/69.html>
- Mesa-Lago, C. (2008). Social protection in Chile: Reforms to improve equity. *International Labour Review*, 147(4), 377-402.
- Millas, O. (1979). La economía chilena en los años de Allende. *Revista Araucaria*, (5), 23-42.
- Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, Chile (2014). *Antecedentes para la revisión de los criterios de clasificación del Estatuto Pyme*. Recuperado de <http://www.consejoconsultivoemt.cl/wp-content/uploads/2014/09/Boletin-Clasificacion-de-Empresas-por-Tamaño-Estatuto-Pyme.pdf>.
- Ministerio de Planificación y Cooperación. (2000). *Informes Encuesta CASEN*. Recuperado de

<http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen-documentos.php?c=125>

- Ministerio de Salud, Chile. (2009). *Guía clínica Tratamiento de personas con depresión*. Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- Ministerio de Salud, Chile. (2016). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2016-2017 Primeros resultados*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- Ministerio de Salud, Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, & Universidad Alberto Hurtado. (2009). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- Moen, P., & Chermack, K. (2005). Gender disparities in health: Strategic selection, careers, and cycles of control. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(SPEC. ISS. OCT.), 99-108.
- Monastiriotis, V. (2006). *Employment flexibility and UK regional unemployment: persistence and macroeconomic shocks*. Londres: Dept. of Trade and Industry.
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J., & Concha-Sánchez, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(06), 797-808.
- Moyano, E., Castillo, R., & Lizana, J. (2008). Trabajo informal: motivos, bienestar subjetivo, salud, y felicidad en vendedores ambulantes. *Psicología em Estudo*, 13(4), 693-701.
- Mrozowicki, A. (2016). Normalisation of Precariousness? Biographical Experiences of Young Workers in the Flexible Forms of Employment in Poland. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 12(2), 94-112.
- Muntaner C., Borrell C., Ng E., Chung H., Espelt A., Rodriguez-Sanz M., ... O'Campo P. (2011). Politics, welfare regimes, and population

- health: controversies and evidence. *Sociology of Health & Illness*, 33(6), 946-964.
- Muntaner, C., Chung, H., Solar, O., Santana, V., Castedo, A., Benach, J. & EMCONET Network (2010). A macro-level model of employment relations and health inequalities. *International Journal of Health Services*, 40(2), 215-221.
- Muntaner, C., Lynch, J. & Oates, G. L. (1999). The social class determinants of income inequality and social cohesion. *International Journal of Health Services*, 29(4), 699-732.
- Muntaner, C., Solar, O., Vanroelen, C., Martínez, J. M., Vergara, M., Santana, V., Benach, J. (2010). Unemployment, informal work, precarious employment, child labor, slavery, and health inequalities: pathways and mechanisms. *International Journal of Health Services*, 40(2), 281-295.
- Nancy, J. L. (2003). *La creación del mundo o la mundialización*. Barcelona: Paidós.
- Narbona, K. & Páez, A. (2014). La acumulación flexible en Chile: Aportes a una lectura socio-histórica de las transformaciones recientes del trabajo. *Revista Pretérito Imperfecto*, 2, 140-172.
- Navarro, V, Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, A., Rodriguez-Sanz, M., Pasarín, M. . (2006). Politics and health outcomes. *The Lancet*, 368(9540), 1033-1037.
- Navarro, V. (1976). The Political and Economic Determinants of Health and Health Care in Rural America. *Inquiry*, 13(2), 111-121.
- Ngowi, A., Mrema, E., & Kishinhi, S. (2016). Pesticide Health and Safety Challenges Facing Informal Sector Workers A Case of Small-scale Agricultural Workers in Tanzania. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 26(2), 220-240.
- Nilvarangkul, K., Wongprom, J., Tumngong, C., Supornpun, A., Surit, P., & Srithongchai, N. (2006). Strengthening the self-care of women

working in the informal sector: local fabric weaving in Khon Kaen, Thailand (Phase I). *Industrial Health*, 44(1), 101-107.

- Ocampo, J. A., & Sehnbruch, K. (2015). Introduction: Quality of employment in Latin America. *International Labour Review*, 154(2), 165-170.
- OCDE. (2015). *Todos juntos ¿Por qué reducir las desigualdades nos beneficia? ... en Chile*. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Recuperado de <http://www.oecd.org/chile/OECD2015-In-It-Together-Highlights-Chile.pdf>
- OECD. (2017). *OECD Employment Outlook 2017*. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Recuperado de http://www.oecd-ilibrary.org/employment/oecd-employment-outlook_19991266
- OECD. (2018a). Employment - Hours worked - OECD Data. Recuperado 27 de enero de 2018, de <http://data.oecd.org/emp/hours-worked.htm>
- OECD. (2018b). Employment - Temporary employment - OECD Data. Recuperado 27 de enero de 2018, de <http://data.oecd.org/emp/temporary-employment.htm>
- OECD. (2018c). Domestic product - Gross domestic product (GDP) - OECD Data. Recuperado 27 de enero de 2018, de <http://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>
- OECD. (2018d). Inequality - Income inequality - OECD Data. Recuperado 21 de febrero de 2018, de <http://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm>
- Ospino, C. G., Roldan, P. M., & Fernández, D. (2010). Informality in Colombia: A New Proposal. Recuperado de SSRN https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1622705.
- Ostry, A. S. (2009). Globalization and the marginalization of unskilled labor: potential impacts on health in developed nations.

International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation, 39(1), 45-57.

- Øversveen, E., Rydland, H. T., Bamba, C., & Eikemo, T. A. (2017). Rethinking the relationship between socio-economic status and health: Making the case for sociological theory in health inequality research. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(2), 103-112.
- Pahl, J. M. (1989). *Money and marriage*. Basingstoke: Macmillan Education.
- Palacios, R., Corbella, I. L., & Urbina, D. (2015). Identidad y trabajo informal a domicilio: la experiencia de cuatro mujeres chilenas. *Batey: una revista cubana de Antropología Social*, 7(7), 92-100.
- Passos, R. (comp). (2010). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).
- Pérez Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Traficantes de Sueños. Recuperado de https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map40_subversion_feminista.pdf
- Perticara, M., & Celhay, P. (2010). *Informalidad Laboral y Políticas Públicas en Chile* (ILADES-Georgetown University Working Papers No. inv257). Ilades-Georgetown University, Universidad Alberto Hurtado/School of Economics and Bussines. Recuperado de <https://ideas.repec.org/p/ila/ilades/inv257.html>
- Peterson, V. S. (2003). *A Critical Rewriting of Global Political Economy. Integrating Reproductive, Productive, and Virtual Economies*. New York: Routledge.
- Pick, W., Ross, M., & Dada, Y. (2002). The reproductive and occupational health of women street vendors in Johannesburg, South Africa. *Social Science & Medicine*, 54(2), 193-204.

- Piras, C., & Rucci, G. (2014). *Chile: Participación laboral femenina y calidad del empleo*. Inter-American Development Bank. Recuperado de <http://publications.iadb.org/handle/11319/6862>
- Portes, A., & Roberts, B. R. (2005). The free-market city: Latin American urbanization in the years of the neoliberal experiment. *Studies in Comparative International Development*, 40(1), 43-82.
- Portes, A., Castells, M., & Benton, L. A. (Eds.). (1989). *The Informal Economy. Studies in Advanced and Less Developed Countries*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Prieto, C., & Miguélez, F. (2009). Transformaciones del empleo, flexibilidad y relaciones laborales en Europa. *Política y Sociedad*, 46(1), 275-287.
- Puig-Barrachina, V., Ruiz, M. E., Julià, M., Calderón, E., Smith, K., Peralta, A., & Benach, J. (2016). Neoliberalismo y desigualdad en salud: un problema con rostro femenino. *Dossier Género y Salud FUHEM Ecosocial*. Recuperado de <http://www.fuhem.es/ecosocial/articulos.aspx?v=9954&n=0>
- Puig-Barrachina, V. (2013). *Monitoring employment-related health inequalities in Europe. The case of unemployment and precarious employment* (Tesis Doctoral). Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.
- Puig-Barrachina, V., Vanroelen C, Vives A, et al (2014). Measuring Employment Precariousness in the European Working Conditions Survey: The Social Distribution in Europe. *Work Read Mass*, 49(1), 143-161.
- Puig-Barrachina, V., Ruiz, M. E., García-Calvente, M. del M., Malmusi, D., Sánchez, E., Camprubí, L., ... Borrell, C. (2017). How to Resist Austerity: the Case of the Gender Budgeting Strategy in Andalusia. *Gender, Work & Organization*, 24(1), 34-55.
- Quinlan, M., Mayhew, C., & Bohle, P. (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: placing the debate in a comparative

historical context. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 31(3), 507-536.

- Ramos J, Sehnbruch K, Weller J. (2015). Quality of employment in Latin America: Theory and evidence. *Int Labour Rev.*, 154(2): 171-194.
- Rantanen, J., Benach, J., Muntaner, C., Kawakami, T., & Kim, R. (2013). Work, health and employment. En *Health in All Policies - Seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-in-all-policies-seizing-opportunities,-implementing-policies-2013>
- Regidor, E. (2001). La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Revista Española de Salud Pública*, 75(1), 00-00.
- Reinecke, G., & Valenzuela, M. E. (2011). Distribución y mercado de trabajo: Un vínculo ineludible. En G. Reinecke, M.E. Valenzuela (Eds.), *Chile: El impacto del mercado laboral en el bienestar de las personas. Distribución del ingreso y calidad del empleo* (11-35). Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- Riesco, M. (2009). Change in the Chilean social model. *International Labour Review*, 148(3), 283-300.
- Rocha, K., Muntaner, C., Solar, O., Borrell, C., Bernales, P., González, M. J., ... Vallebuona, C. (2014). Social class, psychosocial occupational risk factors, and the association with self-rated health and mental health in Chile. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(10), 2219-2234.
- Rocha, K., Muntaner, C., González Rodríguez, M., Baksai, P. B., Vallebuona, C., Borrell, C., & Solar, O. (2013). Clase social, desigualdades en salud y conductas relacionadas con la salud de la población trabajadora en Chile. *Revista Panamericana De Salud Pública = Pan American Journal of Public Health*, 33(5), 340-348.

- Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Rubery, J. (2011). Towards a gendering of the labour market regulation debate. *Cambridge Journal of Economics*, 35(6), 1103-1126.
- Rubery, J. (2015). Austerity and the future for gender equality in Europe. *ILR Review*, 68(4), 715-741.
- Rubery, J., & Grimshaw, D. (2015). The 40-year pursuit of equal pay: a case of constantly moving goalposts. *Cambridge Journal of Economics*, 39(2), 319-343.
- Ruiz, C., & Mejías, S. (2017). Concentración económica, conflicto social y desborde institucional: un cuadro que se prolonga sin solución. *Revista Análisis* 2016. Recuperado de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/133716/revista-analisis-del-ano-2016>
- Ruiz, M. E., Tarafa, G., Jódar, P., & Benach, J. (2015). ¿Es posible comparar el empleo informal en los países de América del Sur?: análisis de su definición, clasificación y medición. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 65-71.
- Ruiz, M.E., Vives, A., Martínez-Solanas, È., Julià, M., Benach, J. (2017). How does informal employment impact population health? Lessons from the Chilean employment conditions survey. *Safety Science*, 100(Part A): 57-65.
- Ruiz-Tagle, J. A. (1999). *Chile: 40 años de desigualdad de ingresos*. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Departamento de Economía.
- Ruiz-Tagle, J., & Sehnbruch, K. (2015). More but not better jobs in Chile? The fundamental importance of open-ended contracts. *International Labour Review*, 154(2), 227-252.
- Sáez Rubilar, P. (2013). *Empleo informal y precariedad en el Chile actual* (Tesis de Sociología). Universidad de Chile, Santiago de Chile.

- Sánchez, M. C. (1996). Vida cotidiana, vida de mujer. Roles y espacios de participación de la mujer pobre vistos desde la vida cotidiana. *Sociológica*, 31(11).
- Sánchez, M., Labbé, J. (1996). El sector informal en Chile: una visión estadística. *Cienc Trab.* 6(14): 202-208.
- Sánchez-Mira, N. (2017). La brecha salarial y las desigualdades de género en el mercado de trabajo: *Anuario IET de trabajo y relaciones laborales*, 4, 0087-0098.
- Sanfuentes, M. (2008). Apropiación y conflictos de rol en sistemas organizacionales. En A. Soto (Ed.), *Flexibilidad laboral y subjetividades: Hacia una comprensión psicosocial del empleo contemporáneo (207-217)*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Santamaría, E. (2012). Jóvenes y precariedad laboral: trayectorias laborales por los márgenes del empleo. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, (52), 129-139.
- Santana, V. (2004). Informal Jobs and Non-fatal Occupational Injuries. *Annals of Occupational Hygiene Annals of Occupational Hygiene*, 48(2), 147-157.
- Santana, V., & Loomis, D. (2004). Informal jobs and non-fatal occupational injuries. *The Annals of Occupational Hygiene*, 48(2), 147-157.
- Santana, V., Loomis, D., Newman, B., & Harlow, S. (1997). Informal jobs: another occupational hazard for women's mental health? *International Journal of Epidemiology*, 26(6), 1236-1242.
- Scott-Marshall, H. (2010). The Social Patterning of Work-Related Insecurity and its Health Consequences. *Social Indicators Research*, 96(2), 313-337.
- Scott-Marshall, H., & Tompa, E. (2011). The health consequences of precarious employment experiences. *Work (Reading, Mass.)*, 38(4), 369-382.

- Sehnbruch, K. (2012). La calidad del empleo en Chile: teoría y medición. En S. Farné (Comp.), *La calidad del empleo en América Latina a principios del siglo XXI* (263-301). Colombia: Universidad Externado de Colombia.
- Sen, A. (1973). *On Economic Inequality*. New York: Oxford University Press.
- Sen, A., & Foster, J. (1997). *On Economic Inequality After a Quarter Century*. Oxford University Press.
- Sen, G., Iyer, A., & Mukherjee, C. (2009). A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health. *Journal of Human Development and Capabilities*, 10(3), 397-415.
- Sennett, R. (2006). *The Culture of the new capitalism*. New Haven: Yale University Press.
- Sevä, I. J., Vinberg, S., Nordenmark, M., & Strandh, M. (2016). Subjective well-being among the self-employed in Europe: macroeconomy, gender and immigrant status. *Small Business Economics*, 46(2), 239-253.
- Siegrist, J., & Marmot, M. G. (2006). *Social inequalities in health: new evidence and policy implications*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Silva, L. C. (2000). *Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria* (Edición: 1). Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research: A practical handbook* (2nd ed.). Book, London: SAGE Publications.
- Simonazzi, A. (2001). Inequality and technical change: old and new theories of segmentation. Presentado en Old and New Growth Theories: An Assessment, Pisa. Recuperado de <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjP1JGxxe7YAhXHUBQKHVl6DdEQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fgrowthconf.ec>

.unipi.it%2Fpapers%2Fsimonazzi.PDF&usg=AOvVaw2You_ZU
khqpiMk0LbQKZ7Q

- Singh-Manoux, A., Clarke, P., & Marmot, M. (2002). Multiple measures of socio-economic position and psychosocial health: proximal and distal measures. *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1192-1199.
- Sloterdijk, P. (2007). *En el mundo interior del capital: para una teoría filosófica de la globalización*. Madrid: Siruela.
- Soederberg, S. (2014). *Debtfare States and the Poverty Industry: Money, Discipline and the Surplus Population* (1 edition). Londres: Routledge.
- Solar, O., & Irwin, A. (2007, abril). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Soliz, F. (2014). *Metabolismo del desecho en la determinación social de la salud: economía política y geografía crítica de la basura en el Ecuador 2009-2013*. Universidad Andina Simón Bolívar, Portoviejo, Ecuador.
- Soto, A. (Ed.) (2008a). *Flexibilidad laboral y subjetividades: Hacia una comprensión psicosocial del empleo contemporáneo*. Santiago de Chile: Lom Ediciones.
- Soto, A. (2008b). Flexibilidad y nuevas formas de identidad profesional. En A. Soto (Ed.), *Flexibilidad laboral y subjetividades: Hacia una comprensión psicosocial del empleo contemporáneo (155-176)*. Santiago de Chile: Lom Ediciones.
- Soto, A., Espinoza, G., & Gómez, J. (2008). Aspectos subjetivos vinculados a la flexibilidad laboral. En A. Soto (Ed.), *Flexibilidad laboral y subjetividades: Hacia una comprensión psicosocial del empleo contemporáneo (11-37)*. Santiago de Chile: Lom Ediciones.

- Standing, G. (1999). *Global Labour Flexibility: Seeking Distributive Justice*. Palgrave Macmillan.
- Standing, G. (2014). *The precariat: the new dangerous class*. Londres: Bloomsbury.
- Stone, J., Evandrou, M., Falkingham, J., & Vlachantoni, A. (2015). Women's economic activity trajectories over the life course: implications for the self-rated health of women aged 64+ in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(9), 873-879.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras. (2017). *Informe de endeudamiento 2017*. Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras - Chile. Recuperado de <https://www.sbif.cl/sbifweb/servlet/Publicaciones?indice=15.3&idPublicacion=451&idContenido=11891&idCategoria=2496>
- Tashakkori, A., & Teddlie, Ch. (Eds.) (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. California: SAGE.
- Taylor, M. (2003). The Reformulation of Social Policy in Chile, 1973—2001 Questioning a Neoliberal Model. *Global Social Policy*, 3(1), 21-44.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Temkin, B. (2016). The Negative Influence of Labor Informality on Subjective Well-Being. *Global Labour Journal*, 7(1).
- Thayer, W. (2006). *El fragmento repetido: escritos en estado de excepción*. Santiago de Chile: Ed. Metales Pesados.
- Todaro, R. (2016). Flexibilidades, rigideces y precarización: trabajo remunerado y trabajo reproductivo y de cuidado. En *Trabajo*

global y desigualdades en el mercado laboral. México, D.F.: CLACSO.

- Tokman, V. (Ed.). (1992). *Beyond Regulation: The Informal Economy in Latin America*. Lynne Rienner Pub.
- Tokman, V. (1995). *El sector informal en América Latina: dos décadas de análisis* (1 ed. en la colección Claves de América Latina). DF, Mexico: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Tokman, V. (2001). De la informalidad a la modernidad. *Economía*, 24(48), 153-178.
- Tokman, V. (2011). Informalidad en América Latina. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 2(3), 16.
- Torns, T. (1995). Mercado de trabajo y desigualdades de género. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 6(0), 81.
- Torns, T., & Recio, C. (2012). Desigualdades de género en el mercado de trabajo: entre la continuidad y la transformación. *Revista de economía crítica*, (14), 178-202.
- Toro, H. (1979). Movimiento sindical chileno: ¿unidad o división? *Revista Araucaria*, (5).
- UK Commission for Employment and skills (2014). *The future of work: jobs and skills in 2030*. UK Commission for Employment and Skills.
- Unanue, I. (2011). *Furthering the study of informal employment and health inequalities in low-income countries: Concepts, Methods, and Data Sources* (Tesis de Master de Salud Pública). Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.
- Undurraga, T. (2015). Neoliberalism in Argentina and Chile: Common antecedents, divergent paths. *Revista de Sociología e Política*, 23(55), 11-34.
- Van Aerden, K. V., Moors, G., Levecque, K., & Vanroelen, C. (2014). Measuring Employment Arrangements in the European Labour

- Force: A Typological Approach. *Social Indicators Research*, 116(3), 771-791.
- Vanek, J., Chen, M., Carré, F., Heintz, J., & Hussmanns, R. (2014). *Statistics on the Informal Economy: Definitions, Regional Estimates & Challenges* (Working paper N° 2). WIEGO. Recuperado de <http://wiego.org/publications/statistics-informal-economy-definitions-regional-estimates-challenges>
- Vanroelen, C., Levecque, K., Moors, G., Gadeyne, S., & Louckx, F. (2009). The structuring of occupational stressors in a Post-Fordist work environment. Moving beyond traditional accounts of demand, control and support. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1082-1090.
- Vélez, C., Pico, M. E., & Escobar, M. (2015). Determinantes sociales de la salud y calidad de vida en trabajadores informales. Manizales, Colombia. *Salud de los Trabajadores*, 23(2).
- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3), 156-182.
- Verd, J. M., & López, P. (2008). La eficiencia teórica y metodológica de los diseños multimétodo. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (16), 13-42.
- Verd, J. M., & Lozares, C. (2016). *Introducción a la investigación cualitativa* (Edición: 1). Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Vives, A. (2010). *A Multidimensional approach to precarious employment. Measuring association with poor mental health and prevalence in the Spanish workforce* (Tesis Doctoral). Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.
- Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., Muntaner, C., Benach, J. (2013). Employment Precariousness and Poor Mental Health: Evidence from Spain on a New Social Determinant of Health. *Journal of Environmental and Public Health*, vol. 2013, Article ID 978656, 10 pages.

- Vosko, L. (2010). *Managing the Margins: Gender, Citizenship, and the International Regulation of Precarious Employment*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Vosko, L. F., MacDonald, M., & Campbell, I. (2009). *Gender and the contours of precarious employment*. Londres; New York: Routledge.
- Vosko, L. F., Zukewich, N., & Cranford, C. (2003). Precarious jobs: A new typology of employment. *Perspectives on Labour and Income, Vol. 4, n° 10, 16-26*.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services, 22(3), 429–445*.
- WHO. (2013). *Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries*. Ginebra: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/gho/health_equity/handbook/en/
- WIEGO. (2012). WIEGO | Informal Workers - Women in Informal Employment: Globalizing & Organizing. Recuperado de <http://wiego.org/>
- Williams, C. C., & Nadin, S. (2012). Work beyond employment: representations of informal economic activities. *Work, Employment & Society, 26(2), 1-10*.
- Williamson J. (1997). The Washington Consensus revisited. En Inter-American Development Bank, Conference on Development Thinking and Practice (Eds.), *Economic and Social Development into the XXI Century*. Washington, DC; Baltimore, MD: Inter-American Development Bank ; Distributed by the Johns Hopkins University Press.
- World Bank. (2016). GINI index (World Bank estimate) | Data | Table. Recuperado 11 de febrero de 2016, de <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>

1. Divulgación de resultados relacionados con objetivos de la tesis: participación en congresos

Ruiz M, M Bolívar, N Sánchez, J Benach, A Vives. Embodiment of neoliberalism and informal employment. MIDTERM CONFERENCE ESA RN 16 with AIS SOCIOLOGY OF HEALTH AND MEDICINE: Health and illness in the neoliberal era (Turin), 18-20 Abril, 2018.

Ruiz M, A Vives, V Puig-Barrachina, J Benach. Unravelling the hidden informal employment, towards a new classification in Chile. 25th EPICOH Epidemiology in Occupational Health Conference. Occupational Health: Think Globally, Act Locally (Barcelona), 5-7 Septiembre 2016.

Ruiz M, A Vives, E Martínez-Solanas, M. Julià, J Benach. How does informal employment impact population health? 25th EPICOH Epidemiology in Occupational Health Conference. Occupational Health: Think Globally, Act Locally (Barcelona), 5-7 Septiembre 2016.

Ruiz M, A Vives, E Martínez-Solanas, M. Julià, G. Tarafa Orpinell, J Benach. Trabajadores informales en Chile: seguridad

social, calidad de vida y salud. XXXIII Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). Santiago de Compostela, Septiembre 2015.

M.E. Ruiz, G. Tarafa Orpinell, P. Jódar Martínez, M. Julià, J. Benach Rovira. *Empleo informal en los países de América del Sur*. XXXII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) IX Congresso da Associação Protuguesa de Epidemiologia (APE). Alicante, Septiembre 2014.

2. Participación en otras publicaciones

Puig-Barrachina, V., **Ruiz, M. E.**, García-Calvente, M. M., Malmusi, D., Sánchez, E., Camprubí, L., Muntaner, C., Cortès-Franch, I., Artazcoz, L., and Borrell, C. (2017) *How to Resist Austerity: the Case of the Gender Budgeting Strategy in Andalusia*. *Gender, Work & Organization*, 24: 34–55. doi: 10.1111/gwao.12152.

Palència L, De Moortel D, Artazcoz L, Salvador M, Puig-Barrachina V, Hagqvist E, Pérez G, **Ruiz ME**, Trujillo-Alemán S, Vanroelen C, Malmusi D, Borrell C. *Gender Policies and Gender Inequalities in Health in Europe: Results of the Sophie Project*. *Int J Health Serv*. 2016 Aug 15. pii: 0020731416662611. [Epub ahead of print].

Puig-Barrachina Vanessa, **Ruiz Marisol**, Julià Mireia, Calderón Emmanuel, Smith Kayla, Peralta Andrés, Benach Joan. *Neoliberalismo y desigualdad en salud: un problema con rostro femenino*. In *Dossier Género y salud*. FUEM Ecosocial. 2016.

Ollé Laia, Julià Mireia, **Ruiz Marisol**, Benach Joan. *La salud como un derecho humano fundamental y su relación con los determinantes sociales*. En: *Más allá de lo imposible. La dimensión política de los derechos humanos en el siglo XXI*, Publisher: Txalaparta, pp.221-245. 2016 Feb 15.

3. Aprobación del proyecto de investigación de tesis por parte del Comité ético del Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona



Informe del Comité Ético de Investigación Clínica

Doña M^a Teresa Navarra Alcrudo Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica
Parc de Salut MAR

CERTIFICA

Que éste Comité ha evaluado el proyecto de investigación clínica nº 2015/6427/I titulado "*Empleo informal y desigualdades en salud en los países de América del Sur: el caso chileno*" propuesto por la Sra. MARISOL RUIZ del Departament de Ciències Polítiques i Socials de la Universitat Pompeu Fabra.

Que adjunta documento de consentimiento informado.

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas que se solicitan está plenamente justificado.

Y que éste Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en l' UNIVERSITAT POMPEU FABRA por la Sra. MARISOL RUIZ como investigador principal tal como recoge el ACTA de la reunión del día 10 de Noviembre de 2015.

Lo que firmo en Barcelona, a 27 de Noviembre de 2015

COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA
CEIC - PARC DE SALUT MAR



Firmado:
Doña M^a Teresa Navarra Alcrudo

CEIC - Parc de Salut MAR
Dr. Aiguader, 88 | 08003 Barcelona | Teléfono 93 316 06 77 | Fax 93 316 06 36
ceic-psmar@imim.es | www.parcdesalutmar.cat

