



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



**Tesi doctoral**

# **Flexibilitat laboral i salut**

## **Aprofundint en les desigualtats de gènere i el rol dels contextos**

**Immaculada Cortès Franch**

Directora: Lucía Artazcoz Lazcano

Tutora: Montserrat Ferrer Forés

Doctorat en Metodologia de la Recerca Biomèdica i Salut Pública

Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia, i Medicina  
Preventiva i Salut Pública

Universitat Autònoma de Barcelona

2020

## Agraïments

Dedico aquesta tesi a dos grups de persones. El primer a totes aquelles que la feina les fa emmalaltir en comptes de contribuir al seu desenvolupament i benestar. Perquè no tenen feina o perquè la que tenen, quan la tenen, no les deixa viure. I encara més a aquelles que moltes vegades només troben la incomprensió, quan no la culpabilització de la situació en què es troben.

L'altra grup són les dones, en general i específicament les de la meva família. Sempre m'he sentit connectada a una línia de dones fortes i emprenedores. Si miro enrere, és clar, penso en la meva mare i la meva àvia Maria. Sense elles segur que no estaria escrivint aquesta dedicatòria, i no em refereixo a l'obvietat biològica. De poques coses em sento orgullosa, però n'hi ha una que em connecta amb elles, la de ser la primera de la família d'haver pogut estudiar a la universitat, la primera d'una família treballadora. I l'orgull no és tant per haver estat la primera sinó perquè la primera fos una dona. I també hi ha una primera doctora que també és una dona, però no soc jo, la Maria se m'ha avançat. I també penso en la Cole, que un dia s'adonarà que també està en aquesta línia de dones fortes. I no m'oblido dels homes, però aquí no seran els primers.

I si penso en dones, he d'agrair a moltes l'haver pogut fer aquesta tesi, començant, és clar, per la meva directora. Gràcies Lucía pel teu exemple de constància, empena, inquietuds, lucidesa i tantes coses que et fan una de les millors professionals que conec. I també el meu agraïment a tantes companyes i companys de l'Agència de Salut Pública de Barcelona que amb el seu exemple, suport i excel·lència també m'han ajudat a arribar fins aquí. I vull agrair també a la Marta, l'Hernan i les Montses el seu suport, sempre, però especialment aquests darrers dies, sense ell i elles, segur que no hauria pogut acabar aquesta tesi.

I seguint amb les dones, les amigues, és clar. Pel seu suport per tirar endavant i per les risses compartides. Gràcies Glòria, Anna, Maureen, Èlia, sense vosaltres aquests darrers dies haurien estat molt més difícils. I no em vull oblidar de la gent de la Sedeta Gospel Singers i dels Texapus, la ciència s'ha de combinar amb l'art.

I també gràcies al Joan Ramon, sense ell segur que no estaria aquí.

Barcelona, novembre de 2020.

## Índex

<b>INTRODUCCIÓ</b>	<b>2</b>
Flexibilitat Laboral	3
Marc conceptual dels determinants de les desigualtats en la salut i el benestar relacionats amb el treball	8
Eixos d'anàlisi	22
1. <i>Condicions de treball i ocupació</i>	22
Dimensions individuals de la flexibilitat	24
Abordatges multidimensionals de la flexibilitat	35
2. <i>El rol dels contextos</i>	40
2.1. L'estat del benestar	40
2.2. El context familiar	45
3. <i>Les desigualtats de gènere</i>	47
<b>OBJECTIUS</b>	<b>50</b>
<b>MATERIAL I MÈTODES</b>	<b>52</b>
Fonts de les dades	52
Població	53
Anàlisi estadística	53
<b>RESULTATS</b>	<b>54</b>
Article 1	55
Article 2	89
Article 3	125
Resum dels principals resultats	151
<b>DISCUSSIÓ</b>	<b>153</b>
Limitacions	167
Fortaleses	168
<b>CONCLUSIONS</b>	<b>170</b>
<b>RECOMANACIONS</b>	<b>174</b>
<b>REFERÈNCIES</b>	<b>176</b>
<b>ANNEXOS</b>	<b>199</b>
Llargues jornades laborals i salut a Europa	199
Altres productes de recerca relacionats amb la tesi	223

## Resum

L'objectiu d'aquesta tesi és analitzar la relació entre la flexibilitat laboral i la salut i benestar mental a Europa. Aquesta anàlisi es realitza en un marc conceptual de desigualtats socials en salut centrant-se en un dels eixos de desigualtat, el gènere, i aprofundint en el rol dels contextos: un context distal representat pels estats del benestar com a determinants estructurals i un context proximal de determinants intermedis representat per l'entorn familiar.

La tesi s'organitza amb un compendi de tres articles que combinen diferents formes de mesurar les condicions de treball i ocupació lligades a la flexibilitat laboral, així com els dos contextos en què s'aprofundeix: els estats del benestar i el context familiar. En tots tres s'incorpora la perspectiva del gènere. També en els mètodes es manté aquesta idea de combinar diferents elements, en aquest cas tres enquestes poblacionals representatives de les poblacions que s'estudien i que responen als objectis de cada article.

Els resultats d'aquesta tesi posen de manifest que les condicions de treball i ocupació que caracteritzen la flexibilitat laboral estan associades a una pitjor salut i benestar mental. Les característiques d'aquesta associació venen determinades pel gènere, els models d'estat del benestar i el context familiar.

La manca d'estabilitat laboral es va relacionar amb la mala salut mental, de manera que quan més allunyada està la situació laboral de l'estabilitat, pitjor és l'estat de salut mental. Aquesta relació és diferent segons la situació de convivència i el gènere.

Els resultats contradiuen la idea que tenir una feina, encara que sigui de baixa qualitat, és millor per al benestar mental que estar a l'atur, atès que en tots els països i en ambdós sexes (excepte en un dels grups analitzats), no hi va haver diferències en el benestar mental entre persones en atur i les que ocupaven llocs de treball de baixa qualitat.

## Introducció

Fins a quin punt una feina inestable pot malmetre la salut i el benestar mental d'una persona? I treballar moltes hores per poder mantenir una família? Treballar en una feina de mala qualitat perquè no es pot accedir a una altra pot ser pitjor per la salut i el benestar mental que no tenir cap feina? Els homes i les dones tenen efectes diferents? I una persona casada o una divorciada? Viure en un país o un altre pot fer que les feines de mala qualitat tinguin diferent efecte en la salut i el benestar mental? Aquesta tesi pretén contribuir a donar resposta a aquestes i altres preguntes relacionades i aportar evidència a qüestions que afecten cada cop a més persones. Com a comú denominador tenen l'increment generalitzat de la flexibilitat laboral.

La tesi s'estructura en 9 capítols. La introducció comença donant una visió àmplia de la flexibilitat laboral i els conceptes relacionats. A continuació es presenta un marc conceptual dels determinants de les desigualtats en la salut i el benestar relacionades amb el treball, per tal de situar quins són els aspectes que s'analitzen en la tesi i les seves interrelacions. En el darrer punt de la introducció es tracten els tres eixos d'anàlisi de la tesi que combinen elements del marc conceptual de diferent nivell. A continuació es defineix l'objectiu general de la tesi i els específics que es corresponen amb els tres articles de que consta. En l'apartat de material i mètodes es tracten els aspectes comuns als tres articles, mentre que l'apartat dels resultats està format per aquests. En la discussió s'ha combinat un resum d'aquest apartat dels tres articles amb una aproximació combinada. Conclusions, recomanacions, referències i annexos, completen la resta de capítols.

## Flexibilitat Laboral

La naturalesa de les condicions de treball i d'ocupació ha canviat dràsticament des de mitjans de la dècada de 1970 com a conseqüència de les profundes transformacions que han caracteritzat les economies capitalistes industrialitzades (Buchholz et al., 2008). Com a resultat del ràpid avanç de les tecnologies, la ciència i la competitivitat en constant augment, les empreses han establert polítiques de flexibilitat i adaptació als canvis econòmics per tal de mantenir els beneficis tan alts com puguin (Kalleberg, 2000). La generalització de les relacions laborals i dels mercats de treball flexibles, la reducció del paper de la negociació col·lectiva i la disminució de les prestacions socials, així com una demanda constant d'estratègies de flexibilitat laboral, ha tingut com a conseqüència l'increment de noves formes d'ocupació que es caracteritzen per alts nivells d'inseguretat laboral i una erosió general de les condicions de treball i d'ocupació dels treballadors i treballadores (Boyer, 1993; Quinlan, Mayhew, & Bohle, 2001).

Les estratègies de flexibilitat laboral afecten diferents característiques de les relacions laborals: a) la flexibilitat funcional (mobilitat de les persones entre diferents llocs de treball), b) la flexibilitat financera (en termes d'ajust dels salaris), c) la flexibilitat temporal (ajusts de les jornades laborals per adaptar-se a les variacions de la demanda, com ara el treball a temps parcial, l'allargament de la jornada laboral, les hores de treball atípiques o els dies laborables variables), la flexibilitat productiva i geogràfica (subcontractació de persones treballadores o empreses mitjançant un contracte de serveis), i una de les estratègies més utilitzades: la flexibilitat numèrica i contractual (variacions del nombre persones empleades per adaptar-se a les demandes mitjançant contractes a curt termini, acomiadaments, etc.) (Goudswaard & De Nanteuil, 2000; Standing, 1997). En qualsevol cas, el corol·lari de la flexibilitat del mercat laboral és una amenaça per a l'estabilitat de les persones treballadores a tot el món.



Progressivament ha disminuït el model d'ocupació generalment anomenat "relació laboral estàndard" (SER) que es va anar consolidant després de la segona guerra mundial i que es caracteritza per ocupació a temps complet, contractes permanents, un salari que permet mantenir la família, prestacions socials, una forta regulació protectora, jornades de treball regulars i possibilitats de progressió professional (Julià, Vanroelen, Bosmans, Van Aerden, & Benach, 2017). Contràriament, han augmentat les relacions laborals no estàndard, normalment associades amb salaris baixos i durades temporals (Buchholz et al., 2008) i s'han incrementat els llocs de treball sense límits temporals: no hi ha límits quant al temps, el moment i la rapidesa amb què treballen les persones (Strazdins, Welsh, Korda, Broom, & Paolucci, 2016), mentre que el ritme social de les societats occidentals es manté en gran mesura inalterat (Nuria Matilla-Santander et al., 2019).

Mentre que, d'una banda, s'ha considerat que l'increment de la flexibilitat laboral té un impacte positiu en el creixement econòmic, d'altra banda, ha contribuït a un creixement de formes atípiques d'ocupació de menor qualitat amb possibles conseqüències adverses en la salut i el benestar de les persones treballadores.

Diferents estratègies institucionals han reforçat aquesta tendència a la flexibilitat laboral; per exemple, al 1994 la flexibilitat del mercat de treball era una part integral de l'estratègia de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmics (OECD) per reduir l'atur en els països industrialitzats (OECD, 1994). Les reformes laborals successives dutes a terme a Espanya, en són un altre exemple (C. Pérez, 2015), així com diverses polítiques de desregulació del mercat laboral implementades pels poders públics en altres països europeus com Grècia i Gran Bretanya, entre d'altres (Prosser, 2016). També les reformes del mercat laboral impulsades per la Comissió Europea després del 2010 tenien com objectiu reduir la legislació sobre

protecció de l'ocupació, amb la finalitat d'augmentar la creació de llocs de treball i reduir la dualització del mercat de treball; els resultats, però, indiquen que s'han incrementat les formes atípiques d'ocupació (Rubery & Piasna, 2017).

Si bé el terme SER s'utilitza àmpliament en la literatura, no hi ha una única taxonomia per descriure les relacions estàndard i no estàndard (Howard, 2017). Respecte les relacions no estàndard tampoc hi ha una única definició de quines són les modalitats que s'inclouen en les també anomenades noves formes d'ocupació. Segons Tran (Tran & Sokas, 2017) les relacions de treball no estàndard són aquelles en què s'ha alterat la relació tradicional empresari-treballador, i tot i que no hi ha una taxonomia universalment reconeguda, inclouen treballar menys hores que en un treball a temps complet, a través d'un segon empresari, de guàrdia (on call), de manera temporal i fora de la definició legal d'ocupació, entre d'altres. En qualsevol cas, la característica que comparteixen les persones treballadores implicades en relacions de treball no estàndard és que no tenen expectatives de permanència, fins i tot si el treball es realitza bé [Stone, 2004]. Mentre que els empresaris qualifiquen de "flexibles" els acords de treball no estàndard [Kalleberg i Marsden, 2005], els treballadors els perceben com a "precaris" [Stone, 2004].

L'evidència suggereix que les diferents formes de flexibilitat s'han expandit a Europa. La quantitat de treballadors amb contractes temporals va créixer un 15-20% anual a la UE a partir de la dècada de 1980, i el 2007 representava el 14,6% de la plantilla de la UE-27. El treball a temps parcial involuntari, sovint associat a condicions laborals adverses (Fagan, Norman, Smith, González-Menéndez, & Cam, 2014), s'ha incrementat en els darrers anys a Europa, passant del 19,5% el 2002 al 27,2% el 2018 (Eurostat, 2018). També han augmentat els treballs "molt atípics", com ara contractes de curt termini, contractes de zero hores (és a dir disponibilitat horària permanent) i el treball sense contracte. La protecció dels treballadors regulars contra l'acomiadament també

s'ha liberalitzat de manera incremental en els darrers decennis als mercats laborals europeus (Prosser, 2016).

Alguns autors han associat les formes flexibles d'ocupació amb efectes positius per les persones treballadores; quan els llocs de treball flexibles són una elecció voluntària, per exemple els consultors professionals o alguns treballadors autònoms, les condicions flexibles poden millorar la satisfacció laboral i la qualitat de vida, especialment per als treballadors altament qualificats, amb salaris alts i una flexibilitat que els permet tenir diverses experiències professionals o suposa un camí previ a la integració laboral plena (Pirani & Salvini, 2015). La major part d'evidència, però, demostra que l'ocupació flexible implica conseqüències negatives tant per a les perspectives laborals com per a la vida privada, inclòs l'estat de salut, principalment per la major inseguretat i les condicions laborals més deficientes (Benach, Muntaner, & Santana, 2007). S'han constatat impactes negatius en la satisfacció laboral i amb la vida, en la salut percebuda i sobretot en la salut mental (trastorns psicològics, distress mental i depressió); en canvi, les conseqüències en la salut física i les malalties cròniques no estan ben establertes (Pirani & Salvini, 2015), tot i que alguns estudis han demostrat un augment de la mortalitat, lesions per accidents de treball i altres problemes físics (Howard, 2017).

Els llocs de treball no estàndard no es distribueixen de manera homogènia entre la població treballadora, sinó que segueixen una estructura nucli-perifèria, conformant mercats de treball dualitzats. Aquesta dualització de la força de treball es dona en molts països, de manera que els mercats laborals estan cada vegada més segmentats, cosa que significa que es divideixen en persones treballadores amb bones condicions de treball i ocupació (insiders) i persones treballadores que es mouen en la perifèria allunyats d'aquest model (outsiders). En la perifèria, l'atur, els contractes temporals, els horaris atípics i en general les males condicions de treball i ocupació són més freqüents (Ferrie,

Westerlund, Virtanen, & Vahtera, 2008), així com altres condicions socials negatives com pobresa, pèrdues de benestar i manca d'integració social i política (Häusermann & Schwander, 2012 ).

El fet que una persona se situï en el nucli central o en la perifèria no és aleatori, sinó que depèn del poder de negociació de les persones treballadores i d'una estructura que imposa una sèrie de limitacions. Atès que el poder segueix una distribució segons els eixos de desigualtat social (el gènere, l'educació, l'edat o la condició de migrant, entre d'altres), la vulnerabilitat en el mercat de treball provoca que determinats treballadors i treballadores pertanyents als grups socials menys afavorits i amb menys poder, ocupin llocs perifèrics (Rubery & Piasna, 2017).

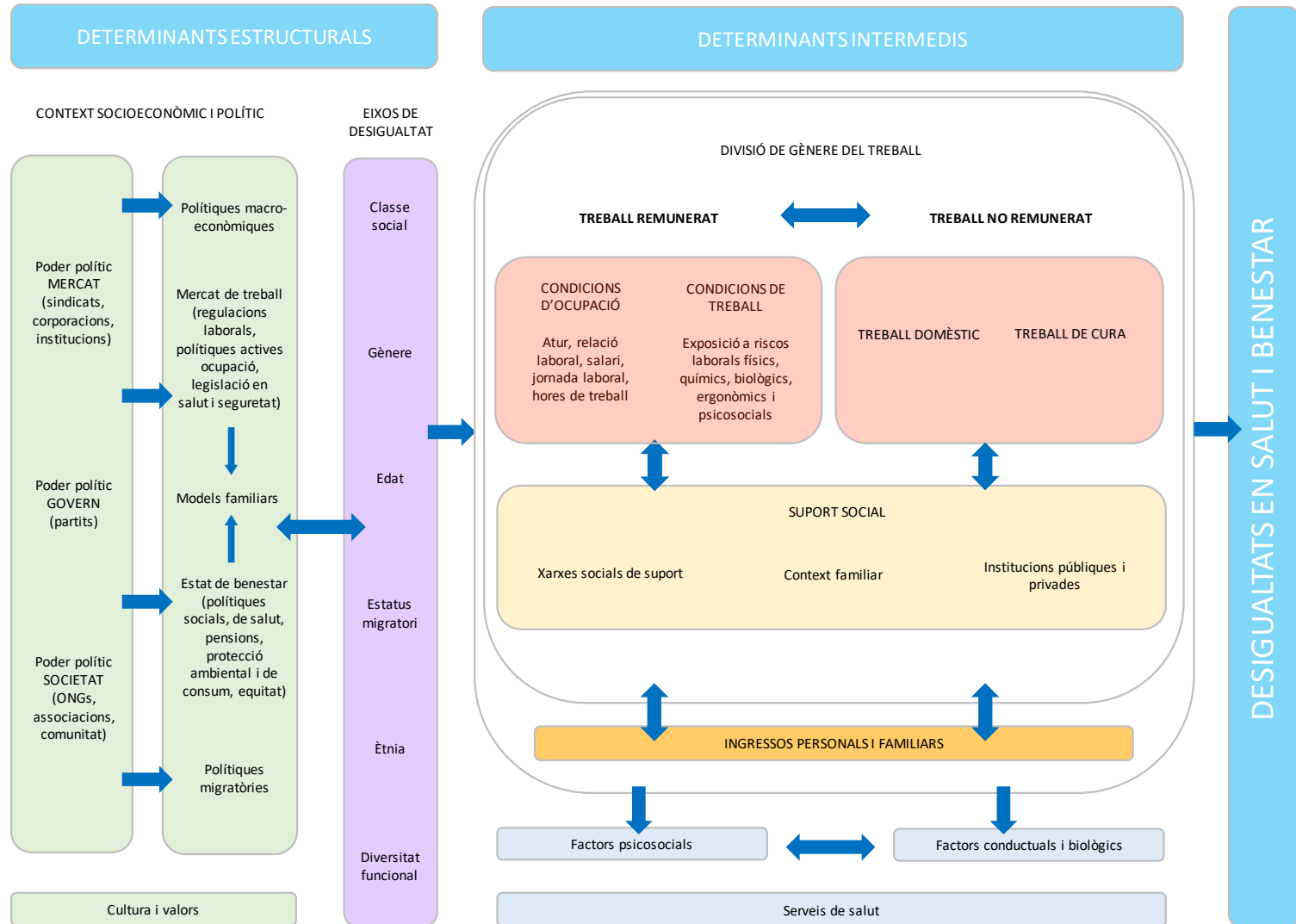
En alguns països, com els del sud d'Europa, inclosa Espanya, la desregulació del mercat de treball des de l'inici de la crisi econòmica de 2008, va començar a afectar tant els llocs de treball estàndard com els no estàndard de manera que la precarietat ha anat afectant a més sectors de la força de treball, també els llocs més estables. En aquest país, el procés de liberalització de la protecció contractual s'ha donat en bona part dels llocs de treball, a diferència dels països on persisteix una marcada dualització, en què la desregularització ha afectat fonamentalment als llocs de treball perifèrics (Prosser, 2016).

### Marc conceptual dels determinants de les desigualtats en la salut i el benestar relacionats amb el treball

Els determinants socials de la salut són les condicions en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen. Aquestes circumstàncies estan determinades per la distribució dels diners, el poder i els recursos a nivell mundial, nacional i local. Els determinants socials de la salut són els principals responsables de les desigualtats en salut, és a dir, les diferències injustes i evitables en l'estat de salut entre els diferents grups socials (WHO, n.d.).

El treball i les condicions en què aquest es realitza és un dels determinats més importants de la salut de les persones adultes. A continuació es presenta un marc conceptual per explicar l'impacte del treball en la salut i el benestar de les persones i la generació de desigualtats en salut i benestar, considerant determinants estructurals i intermedis. Integra el treball remunerat i el no remunerat amb la divisió de gènere del treball com a determinant intermedi clau (Figura 1). Per a definir-lo s'han adaptat i integrat tres marcs conceptuals: 1) el marc dels determinants de les desigualtats socials en salut de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2015), 2) el model conceptual del treball precari, la salut i la qualitat de vida de Benach J et al. (Benach, Vives, et al., 2014) i 3) el marc de les desigualtats en la salut relacionades amb el treball de cures de familiars de l'ASPB (María Salvador-Piedrafita, Artazcoz, Bartoll, Pasarín, & Puig-Barrachina, 2018).

**Figura 1. Marc conceptual dels determinants de les desigualtats en la salut i el benestar relacionats amb el treball**



## Determinants estructurals

Les condicions en què les persones viuen i moren estan determinades per forces polítiques, socials i econòmiques (CSDH, 2008), que en aquest model s'organitzen en el context socioeconòmic i polític i l'estructura social, definida per diferents eixos de desigualtat (Figura 1).

### *Context socioeconòmic i polític*

El context socioeconòmic i polític es refereix als factors que afecten de forma important a l'estructura social i la distribució de poder i recursos dins d'ella.

El primer element a considerar és el poder polític distribuït en tres àmbits: 1) el mercat, amb el sindicats, les empreses i les institucions com a agents que el conformen, 2) el govern, representat pels partits polítics i 3) la societat, amb les ONGs, les associacions i la comunitat. Segons la distribució del poder polític entre aquests tres àmbits es determinen polítiques que tenen impacte en l'organització del treball remunerat i no remunerat i en darrer terme en la salut i les desigualtats en salut relacionades amb el treball. Es distingeixen quatre grups de polítiques: a) les polítiques macroeconòmiques, b) el mercat de treball que inclou les polítiques d'ocupació, la normativa que regula les relacions laborals, així com la legislació en salut i seguretat, c) les polítiques d'estat del benestar que inclouen polítiques com les socials, de salut o les pensions i d) les polítiques migratòries. A més cal esmentar els models familiars que estan estretament influïts per les característiques dels estats del benestar i del mercat de treball.

Aquestes polítiques influeixen en els dos àmbits de treball (remunerat i no remunerat) considerats en el present marc. Quant a les polítiques macroeconòmiques, per exemple s'ha descrit que en les crisis econòmiques, inclosa la darrera, el treball domèstic i de cura pateix un triple efecte: mentre que disminueix el treball

remunerat, augmenta el remunerat informal i sobretot el no remunerat (Gálvez & Rodríguez, 2012). Un altre exemple és el de les successives reformes laborals que s'han implementat en molts països europeus (sobretot del Sud d'Europa) com a conseqüència de la crisi econòmica i que han accelerat el deteriorament de la qualitat del treball que ja es venia observant en relació a la globalització econòmica (Clauwaert & Schömann, 2012).

L'estat del benestar i el mercat laboral estan estretament imbricats. Quanta més protecció rep la població de l'estat del benestar, més gran és el nivell de "desmercantilització", concepte que expressa fins a quin punt les persones treballadores poden mantenir el seu nivell de vida quan es queden sense feina (Esping-Andersen, 1990). La protecció social durant l'atur varia segons l'estat del benestar. Tenint en compte la quantitat i durada de les prestacions d'atur, les condicions que s'han de complir i el període d'espera, els països del sud d'Europa ocupen la darrera posició en la generositat de les prestacions d'atur (C Bamba & Eikemo, 2009). La generositat de la prestació d'atur s'ha associat amb un efecte positiu en la salut mental (Ferrarini & Sjöberg, 2010; O'Campo et al., 2015), en canvi, els sistemes de prestacions més restringits s'han relacionat amb un efecte pitjor sobre aquesta (Cylus, Glymour, & Avendano, 2014).

Encara que l'evidència és escassa en relació amb l'estat del benestar i la qualitat del treball remunerat, els resultats indiquen una orientació similar. Una revisió recent (Kim et al., 2012) suggereix que, tot i que la globalització facilita la precarietat creixent de l'ocupació, les polítiques laborals més igualitàries en matèria d'ocupació com les que s'apliquen als països escandinaus, semblen amortir els efectes negatius sobre la salut mental dels treballs de baixa qualitat.

D'altra banda, hi ha evidència que les polítiques actives d'ocupació (PAO) tenen un impacte positiu en la salut mental de les persones aturades (A. P. Coutts, 2009) i estudis recents suggereixen que la despesa pública en PAO pot contrarestar l'efecte de la recessió



sobre les taxes de suïcidi (Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, & Mckee, 2009).

També la regulació del mercat laboral, a més d'influir en les condicions d'ocupació i treball remunerat, té un efecte en el treball domèstic i de cura no remunerat. Per exemple en relació amb les regulacions de la jornada laboral que determinen l'organització dels temps de cura i els ritmes de treball o conciliació laboral (Kümmerling & Lehndorff, 2014; Mutari & Figart, 2001). Cal afegir les polítiques socials de l'estat del benestar, que poden reduir les dificultats de conciliació i disminuir la càrrega de treball remunerat i no remunerat que afecta en major mesura a les dones, i que s'ha demostrat que té un efecte negatiu en la seva salut (L Artazcoz et al., 2013). Per exemple amb la dotació d'escoles bressol o de cures per a les persones amb dependència.

Quant a les polítiques migratòries val a dir que regulen el flux de la immigració i poden facilitar o dificultar la integració de les persones immigrants en els diferents espais socials, inclòs el laboral. L'increment de persones immigrants als països desenvolupats s'emmarca dins les dinàmiques d'expansió econòmica i d'augment de l'oferta d'ocupació per a persones estrangeres, en un context de disminució de les taxes de natalitat i d'envelliment de la població. En aquest sentit, un alt percentatge de la població migrant (sobretot dones) troba feina per les oportunitats laborals que obre la necessitat de cures, fonamentalment en cures a l'entorn de la llar (Gil Araujo & González-Fernández, 2014). La migració de les dones ,però, desencadena una reorganització de les cures a la llar d'origen, donant així lloc a les denominades "cadena global de cures" (Hochschild, 2000).

Les polítiques migratòries tenen un impacte directe en la situació administrativa de les persones immigrants. Per exemple, la normativa d'estrangeria vigent a l'Estat espanyol des del 1985 ha fet molt inaccessible l'entrada legal de persones estrangeres per

incorporar-se al mercat laboral. En canvi, la demanda de mà d'obra immigrada ha anat creixent. La conjunció d'ambdós factors ha provocat que la major part de les persones immigrants que avui treballen a Catalunya, hagin fet la seva primera entrada de forma irregular i, per tant, hagin passat per un període més o menys llarg d'economia submergida (Recio, Parella, Pajares, & Sabad, 2007).

El model familiar és un altre aspecte contextual a considerar, estretament lligat a les polítiques familiars i de treball (Walter Korpi, Ferrarini, & Englund, 2009). A Europa s'han identificat 5 models familiars que es caracteritzen segons com es reparteixen les responsabilitats del treball de cures entre l'Estat, els rols de gènere en la família (persona cuidadora principal i persona sustentadora econòmica principal), el mercat i el tercer sector. Els països del sud d'Europa es defineixen per un fort "familiarisme", amb un model de solidaritat familiar caracteritzat per una divisió asimètrica de gènere del treball, baixa participació femenina en el mercat laboral, el paper essencial de les dones a l'hora de prestar cures als familiars i la prestació de pocs serveis assistencials i escassos subsidis familiars per part de l'estat (Naldini & Jurado, 2013). En el context de la crisi econòmica, aquest model s'ha associat amb un mal estat de salut en ambdós sexes, però de forma més consistent entre les dones (L Artazcoz et al., 2013).

Finament, cal tenir en compte els valors socials i culturals que sustenten les polítiques i les jerarquies socials. Per exemple el valor que tenen per a la societat el treball remunerat i el no remunerat, la salut i els serveis de salut.

### *Eixos de desigualtat*

Els diferents eixos de desigualtat, com són la classe social, el gènere, l'edat, l'ètnia i el territori de procedència o de residència, determinen jerarquies de poder en la societat que repercuteixen en les oportunitats de tenir una bona salut a través de l'exposició als determinants intermedis.

Les persones de classe social més desfavorida (per exemple treballadores en ocupacions manuals) tenen més trastorns de salut físics i mentals i també una mortalitat més elevada (Lahelma, Martikainen, Laaksonen, & Aittomäki, 2004; Marmot et al., 1991; Stansfeld, Head, & Marmot, 1997). La major exposició a males condicions d'ocupació i treball (riscos de diferent naturalesa), considerats factors intermedis en el present model, de les persones de classe social més desavantatjada és un dels mecanismes que determina les desigualtats en salut (Stansfeld et al., 1997), juntament amb una major vulnerabilitat a condicions adverses de treball i ocupació (Moortel, Vandenheede, Muntaner, & Vanroelen, 2014).

D'altra banda, el treball de cura se sol establir al voltant de fluxos asimètrics en què operen els eixos de poder o desigualtat. Així es donen de dones a homes, de les classes desafavorides a les classes més privilegiades, de població migrant a població autòctona i d'uns països a uns altres (Pérez Orozco & Artiaga Leiras, 2014).

A més de les diferències biològiques, dones i homes difereixen en la seva socialització que determina diferents valors, actituds i conductes. La profunda divisió de gènere del treball (determinant intermedi en aquest model) determina diferents expectatives i posicions per a dones i homes i, com a conseqüència, desigualtats en el poder i en l'accés als recursos i oportunitats, així com als riscos als que estan exposats uns i altres. Els treballs que realitzen homes i dones són tractats i valorats de forma desigual, de manera que els de les dones són menys valorats en termes econòmics i de prestigi i considerats de menys risc per a la salut. Són feines que sovint es defineixen socialment com a poc qualificades, atès que les competències relacionades amb la cura i suport freqüentment s'ignoren o infravaloren (Plantenga & Chantal, 2007). Aquest fet afecta tant al treball remunerat com al no remunerat, àmbit en el qual existeix també un patró de poder i subordinació (M Bartley, 1999). Això es tradueix en pitjors condicions laborals per a les dones, menors salaris i una doble

càrrega de treball fora i dins de la llar que repercuteix en el seu estat de salut.

Però les desigualtats de gènere en salut també repercuteixen negativament en els homes, així per exemple, els comportaments de risc associats a la masculinitat tradicional (per exemple el consum de substàncies addictives o la conducció de risc), són responsables en bona mesura de la menor esperança de vida dels homes (Lucía Artazcoz, Borrell, Cortès, Escribà-Agüir, & Cascant, 2007).

Tot i que hi ha poca recerca i que els treballadors immigrants no són un grup homogeni, l'evidència posa de manifest una major morbiditat i mortalitat laboral de les persones immigrants, així com unes pitjors condicions de treball i ocupació, fins i tot en ocupacions similars. S'ha descrit un risc més alt d'exposició a riscos laborals, de lesions per accident de treball i de malalties professionals (Ahonen, Benavides, & Benach, 2007), així com a discriminació, que a Espanya s'ha associat a experiències de racisme, maltractaments i condicions precàries de treball en comparació amb la població nascuda a Espanya (Agudelo-Suárez et al., 2009).

D'altra banda, cal tenir en compte que si bé tant els treballadors immigrants com les treballadores immigrants estan sobrerrepresentats en l'economia submergida, els mercats informals també estan segmentats pel gènere: mentre els homes accedeixen de forma informal a sectors que sí que estan regulats a la nostra societat (agricultura i construcció, per exemple), les dones, en canvi, ho fan en sectors que, pel fet d'estar feminitzats, mai no han estat regulats o bé ho estan de forma insuficient (servei domèstic i treball sexual) (Recio et al., 2007).

L'edat (més enllà de les seves implicacions biològiques) pot determinar desigualtats en salut lligades a processos de discriminació i segregació. La discriminació (directa o indirecta) es pot produir en les diferents etapes dels processos de contractació,

desenvolupament professional, retenció i sortida del lloc de treball i també pot estar institucionalitzada, en el sentit de plans de jubilació anticipada i límits superiors d'edat (Furunes & Mykletun, 2010). A més, les persones grans tendeixen a tenir períodes més llargs d'atur ja que la recerca de feina s'allarga amb l'edat i el nombre d'entrevistes obtingudes disminueix. La discriminació percebuda té un efecte negatiu tant en la salut mental com física. (Pascoe & Richman, 2009). Sovint els motius de discriminació es combinen, com per exemple l'edatisme (discriminació per motius d'edat) i el sexisme. Per exemple les dones grans pateixen més intimidació i assetjament que els homes i més comentaris o actituds discriminatòries quan s'introdueix nova tecnologia en el lloc de treball, i s'espera que les treballadores més grans no seran capaces de fer-hi front (Payne & Doyal, 2010). La major precarietat de les dones també augmenta el risc d'estrès per a les dones grans a causa de la discriminació per edat i el sexisme en el mercat laboral i les preocupacions sobre la incertesa de trobar feina un cop s'acabi l'actual (Vendramin & Valenduc, 2014).

#### Determinants intermedis

L'estructura social determina desigualtats en els factors intermedis, els quals, al seu torn, determinen les desigualtats en salut. Aquests factors inclouen en primer lloc els recursos materials que són: a) les condicions d'ocupació (atur, relació laboral, salari, jornada laboral, hores de treball) i de treball (riscos físics, químics, biològics, ergonòmics i psicosocials), b) la càrrega del treball no remunerat (treball domèstic i de cura de les persones), c) el suport social en que es distingeixen tres àmbits: xarxes socials, context familiar i institucions públiques i privades, i d) el nivell d'ingressos i la situació econòmica i patrimonial.

El primer element a considerar és la divisió de gènere del treball. Significa que els homes i les dones tenen assignades diferents funcions i responsabilitats, així com diferents drets. Tot i que la

definició precisa d'aquesta divisió varia entre les societats, hi ha un alt grau de consistència en la divisió de gènere del treball amb les dones tenint, principalment, la responsabilitat del treball domèstic i de cura de la llar, mentre que els homes tenen un paper primordial en el treball remunerat (Doyal, 2000). Això determina diferències en la situació laboral (la taxa d'activitat dels homes és superior a la de les dones i hi ha moltes més dones que es dediquen al treball domèstic i familiar no remunerat a temps complet) i en ambdós àmbits (remunerat i no remunerat), homes i dones difereixen en ocupacions, tasques i responsabilitats assignades.

En l'àmbit del treball remunerat les dones solen tenir condicions d'ocupació més precàries: més atur, menys estabilitat laboral, menors salaris i més treball a temps parcial. Els homes, en canvi, atès el seu rol de principals proveïdors de recursos a la llar, amb més freqüència realitzen llargues jornades de treball. Cal tenir en compte que aquesta situació està estretament relacionada amb la classe social, de manera que homes i dones de classes menys benestants (ocupacions manuals) són les que amb més freqüència pateixen la precarietat de les condicions d'ocupació, incloent l'atur.

La segregació de gènere horitzontal i vertical està present en ambdós àmbits de treball. En l'entorn remunerat, homes i dones ocupen llocs de treball diferents i realitzen tasques diferents, mentre que els homes amb més freqüència ocupen llocs de responsabilitat. En l'àmbit de la llar, les dones són les principals responsables del treball de cura. La major part del treball domèstic és responsabilitat també de les dones (tasques de cuinar, netejar, planxar), mentre que els homes se solen ocupar de les petites reparacions i el manteniment del vehicle. El poder sobre les decisions que es prenen a la llar, incloent la distribució de tasques, pertany sobretot als homes.

Els riscos laborals (condicions de treball) estan presents tant en l'àmbit del treball remunerat com el no remunerat. En el primer

cas se'n té un coneixement ampli, tot i que els estudis han aprofundit més en els riscos laborals i els problemes de salut associats dels homes (Lucía Artazcoz, Borrell, et al., 2007). En el segon cas (els riscos laborals l'entorn domèstic i familiar), el seu estudi està molt menys desenvolupat, excepte en relació al treball de cures, del qual es té evidència del possible efecte positiu en el benestar de les persones que cuiden (Roth, Fredman, & Haley, 2015), però també efectes adversos en la seva salut i benestar, ateses les condicions de sobrecàrrega en les què el treball de cures de familiars habitualment es desenvolupa en el nostre context (A. Pérez et al., 2015; M Salvador-Piedrafita, Malmusi, & Borrell, 2017).

Val a dir que la divisió de gènere del treball, així com la segregació horitzontal i vertical, determinen diferents exposicions als riscos laborals i diferents patrons de mortalitat i morbiditat en homes i dones. (Sen, Östlin, & George, 2007). Cal tenir en compte que altres eixos de desigualtat, com la classe social o la situació d'immigració, poden definir grups de població amb més risc de patir malalties relacionades amb el treball (per exemple les dones de classe manual procedents de països de renda baixa).

El treball remunerat i el treball de cures i domèstic no remunerat es veuen mútuament influïts. Així, la dedicació al treball de cures i domèstic no remunerat pot restar temps i oportunitats en el mercat laboral i viceversa. Les responsabilitats del treball de la llar fan que amb freqüència les persones que s'hi dediquen de manera no remunerada es trobin prèviament fora del mercat laboral o bé acabin sortint, redueixin la jornada o busquin treballs amb dedicació parcial, que solen tenir pitjors condicions d'ocupació i de treball (Fagan et al., 2014). Habitualment són les dones qui es troben en aquesta situació i per tant les que pateixen la precarietat, la pobresa i la manca de drets que s'hi associen. Aquelles que no veuen disminuïda la seva dedicació al mercat laboral pateixen les conseqüències en la salut de les conegudes com dobles o triples jornades (L Artazcoz et al., 2013).

El suport social (emocional, instrumental, econòmic) modera els efectes de les condicions dels dos àmbits laborals. Aquest suport pot ser proveït per les xarxes socials, la família i institucions públiques i privades. Les xarxes socials de suport tenen un efecte positiu en la salut i el benestar, per exemple de les persones en atur, entre les que disposar d'una xarxa de persones de suport modera l'efecte negatiu de l'atur en la seva salut i benestar (Gore, 1978).

La família és una altra font de suport que pot atenuar l'efecte de situacions estressants, tot i que també pot tenir efectes negatius en la salut i el benestar. La majoria d'estudis assenyalen que les persones casades tenen millor salut que les que no ho estan, tot i que s'han descrit diferències segons el sexe i l'edat (Umberson & Montez, 2010). També en alguns estudis s'ha trobat que l'efecte negatiu de l'atur és menor en les dones casades que en els homes casats perquè les compensacions obtingudes prèviament pel treball remunerat es podrien substituir pel rol alternatiu de cuidadores, a diferència dels homes, més pressionats pel seu rol de proveïdors de recursos (L Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortès, 2004). A més, les dones casades sense feina tenen les necessitats econòmiques bàsiques garantides pels ingressos del marit.

Els ingressos personals i familiars són també recursos materials que actuen com a determinants intermedis. Influeixen en el treball remunerat i no remunerat, per exemple quant al temps de dedicació. La major disponibilitat de recursos econòmics permet pagar treball domèstic i de cura a altres persones (més freqüentment dones) i disminuir-ne la càrrega a les persones que se n'ocupen (més freqüentment, també, dones). S'ha demostrat que quan hi ha una persona contractada per dedicar-se a aquestes tasques, la salut de les dones que compaginen el treball remunerat i el treball domèstic i de cures no remunerat és millor que les que no disposen d'aquest recurs (Arcas, Novoa, & Artazcoz, 2013).



Els recursos materials influeixen en els processos psicosocials com la falta de control i les situacions d'estrès (esdeveniments vitals negatius); i també en les conductes amb influència en la salut i els processos biològics que de tot això en deriven. Per exemple, la manca d'estabilitat laboral sostinguda o l'exposició a l'estrès laboral estan relacionades amb comportaments negatius per a la salut a causa d'una davallada en els mecanismes d'afrontament. Els factors biològics (els factors genètics) són importants en l'etiologia de moltes malalties, però tenen un paper menor a l'hora d'explicar els principals mecanismes i l'impacte que té el treball en la creació de desigualtats en salut (Benach, Muntaner, Solar, Santana, & Quinlan, 2014).

Finalment, cal tenir en compte el sistema de salut. Encara que els serveis sanitaris en si mateixos contribueixen molt poc a la generació de desigualtats en salut, un menor accés i una menor qualitat dels mateixos per als grups socials menys afavorits pot repercutir en una pitjor salut i menys benestar. Per exemple, les dones migrants que treballen en la cura i el treball domèstic remunerat s'enfronten a barreres per accedir a l'atenció sanitària i gaudeixen de poca protecció laboral i social (WHO, 2017). En l'àmbit del treball remunerat, a més dels sistemes de salut cal mencionar els sistemes de reconeixement de malalties professionals i l'atorgament de les compensacions i actuacions que se'n deriven. Tot i que hi ha molt poca recerca en aquest àmbit, s'han descrit desigualtats de gènere en l'atorgament de compensacions per malalties laborals (WHO, 2004) i en el reconeixement i compensació de discapacitat psicològica causada per l'estrès laboral (Lippel, 1999), en el sentit que a les dones se'ls concedeixen menys compensacions i amb menys freqüència es reconeix la causa laboral dels trastorns de salut mental.

## Eixos d'anàlisi

A continuació es resumeix l'evidència organitzada segons els tres eixos que conformen aquesta tesi. En primer lloc la referida a les condicions de treball i ocupació relacionades amb la flexibilitat laboral i la seva associació amb la salut i benestar, que s'han classificat en dos grups, dimensions individuals i abordatges multidimensionals de la flexibilitat, atès que aquestes dues aproximacions són les que s'analitzen en aquesta tesi.

El segon eix d'anàlisi es refereix al rol dels contextos i s'ha organitzat l'evidència també en dos apartats: el primer referit al context socioeconòmic i polític representat per l'estat del benestar com a determinant estructural i el segon referit al context de determinants intermedis representat per l'entorn familiar.

El darrer apartat resumeix l'evidència referida al tercer eix d'anàlisi que se centra en un dels eixos de desigualtat social, les desigualtats de gènere.

### 1. Condicions de treball i ocupació

La investigació sobre la flexibilitat laboral i la salut i el benestar s'ha centrat en dues línies. D'una banda hi ha un cos ben establert d'evidència que mostra que l'atur s'associa a una pitjor salut, mesurada amb diversos indicadors (Dooley, Fielding, & Levi, 1996; Hammarstrom & Janlert, 2005): mortalitat, morbiditat física i sobretot mental (Backhans & Hemmingsson, 2011; Milner, Page, & LaMontagne, 2013; Paul & Moser, 2009). Tot i la nombrosa existència d'estudis en l'àmbit de la salut i l'atur, alguns aspectes continuen estant mancats de suficient evidència científica, per exemple l'efecte moderador que pot tenir l'àmbit geogràfic cultural o polític (en relació a aspectes com els nivells de protecció social o les taxes d'atur nacionals o regionals), el gènere o la

situació familiar (F. Norström, Virtanen, Hammarström, Gustafsson, & Janlert, 2014).

La segona línia es basa en l'estudi de les situacions laborals flexibles entre les persones ocupades. Aquest camp de recerca es veu dificultat per la multiplicitat de termes i definicions usats per caracteritzar les diverses situacions laborals lligades a la flexibilitat laboral. La següent llista de conceptes relacionats que s'han estudiat, sense pretendre ser exhaustiva, reflecteix la diversitat d'enfocaments: ocupació flexible, precarietat laboral, incertesa laboral, flexibilitat laboral, inestabilitat laboral, temporalitat, flexibilitat del mercat laboral, inseguretat, treballs no estàndard, ocupació atípica (M Bartley & Ferrie, 2001; Carr & Chung, 2014; Kim et al., 2012; Lewchuk, Clarke, & de Wolff, 2008)

Globalment es poden identificar dues estratègies. D'una banda els estudis que analitzen alguna de les dimensions de la flexibilitat, com per exemple l'atur, la temporalitat o el treball a temps parcial, i d'altra banda la que utilitza constructes amb diferents dimensions. En qualsevol cas, els resultats respecte la relació amb la salut i el benestar no són inequívocs, tant pel que fa a les dimensions individuals (Carr & Chung, 2014; M. Virtanen et al., 2005), com en el cas dels constructes, que tot i havent-se incrementat el nombre d'estudis i avançat en la definició dels models teòrics, l'evidència de l'impacte en la salut i el benestar és encara reduïda (Kreshpaj et al., 2020).

En aquesta tesi s'aborden les condicions de treball i ocupació relacionades amb la flexibilitat amb les dues aproximacions: a) l'anàlisi unidimensional que es planteja en els articles 1 i 3; així en l'article 1 es té en compte l'estabilitat laboral, una dimensió de la flexibilitat numèrica i contractual, mentre que en l'article 3 s'analitzen les llargues jornades laborals, una dimensió de la flexibilitat temporal i b) l'anàlisi multidimensional, en aquest cas considerant la qualitat de la feina i que s'analitza en els articles 2 i 3.

Val a dir que en els articles 1 i 2 s'inclou tota la població activa, és a dir les persones ocupades i també les aturades, una aproximació poc freqüent en la literatura, atès que habitualment s'estudien per separat. Però com s'ha esmentat prèviament, una de les conseqüències dels processos de globalització i liberalització de l'economia ha estat la dualització dels mercats de treball amb una perifèria on es combinen l'atur i diverses formes atípiques d'ocupació precària. Per aquest motiu la inclusió de la població activa respon a la necessitat d'incorporar una perspectiva integrada per captar la complexitat de les diferents situacions laborals. Aquesta aproximació s'ha seguit en els articles 1 i 2, mentre que el 3 s'ha restringit a la població ocupada atès que s'analitza la jornada laboral.

A continuació se sintetitza l'evidència de les dues aproximacions aprofundint en les tractades en aquesta tesi.

### *Dimensions individuals de la flexibilitat*

#### Flexibilitat numérica i contractual

##### 1.1. Atur

Hi ha una àmplia i sòlida evidència que demostra l'impacte negatiu de l'atur en la salut física i mental, el benestar i la satisfacció amb la vida, entre altres efectes negatius (Backhans & Hemmingsson, 2011; Catalano et al., 2011; Milner et al., 2013; Paul & Moser, 2009). Per exemple s'ha descrit un augment del risc de mortalitat i morbiditat per una sèrie de malalties físiques, en particular malalties del cor (Catalano et al., 2011). Un dels àmbits amb més evidència és el dels problemes de salut mental com la depressió, l'ansietat i el malestar psicosocial, que poden augmentar el risc de suïcidi. Tanmateix, la relació entre l'atur i la salut sembla estar modificada per diversos factors, com l'experiència laboral prèvia, els nivells locals d'atur i el suport social (A. P. Coutts, 2009).

S'han proposat diferents teories per explicar l'efecte negatiu de l'atur en la salut.

Tenir una feina remunerada, més enllà d'aportar un benefici econòmic, pot aportar altres beneficis psicosocials o funcions latents del treball (Jahoda, 1981): estructura temporal diària, contactes socials, participació en un propòsit comú, estatus i identitat, així com activitat regular. Aquestes funcions les poden aportar diferents activitats, però en les persones de la nostra societat majoritàriament s'assoleixen mitjançant la participació en el mercat laboral i es veuen alterades en situació d'atur.

L'autoeficàcia i l'autoestima són dos mecanismes implicats en l'aportació de benestar emocional del treball (Siegrist & Marmot, 2004). L'autoeficàcia és la creença que una persona té en la seva capacitat de realitzar tasques. Es basa en una avaluació favorable de la pròpia competència i dels resultats esperats, induint sentiments de domini. L'autoestima està relacionada amb les necessitats socials. El contacte i suport d'altres persones reforça sentiments de pertinença, aprovació i èxit, mentre que quan manca sorgeixen sentiments recurrents de desil·lusió i frustració. Les persones en atur tenen més temps lliure, però tendeixen a aïllar-se socialment, amb patrons d'oci centrats en la llar (McKee-Ryan, Song, Wanberg, & Kinicki, 2005). Així, l'aïllament social, la soledat i la impressió subjectiva de ser una persona socialment exclosa, augmenta (Catalano et al., 2011).

L'atur comporta un deteriorament de la situació econòmica el qual s'ha relacionat amb un augment de la mala salut mental per diversos motius, entre ells la necessitat d'endeutar-se per poder fer front a necessitats bàsiques com l'alimentació i l'habitatge (Vásquez-Vera, Rodríguez-Sanz, Palència, & Borrell, 2016), o a conseqüència d'un augment de l'aïllament social per la necessitat d'estalviar que podrien impedir satisfer necessitats psicosocials i d'autorealització (Mel Bartley, 1994). Alguns estudis han demostrat com les prestacions econòmiques d'atur, sobretot aquelles de caràcter contributiu (P. Virtanen, Liukkonen, Vahtera, Kivimaki, & Koskenvuo, 2003a), poden revertir o alleujar l'impacte de l'atur en la salut mental (L Artazcoz et al., 2004; Vanessa Puig-

Barrachina, Malmusi, Martínez, & Benach, 2011; Shahidi, Siddiqi, & Muntaner, 2016).

La capacitat de controlar i influir en la pròpia vida juga un paper fonamental en el desenvolupament humà (Aronsson, 1989). La pèrdua d'aquesta capacitat és un mecanisme involucrat en el deteriorament de la salut emocional en períodes d'atur i inestabilitat laboral (Malenfant, LaRue, & Vezina, 2007). A l'estrès causat per la manca de recursos econòmics s'hi afegeix la impossibilitat de planificar i organitzar el futur (Janlert & Hammarström, 2009). Aquesta dificultat per a planificar el futur també pot ser una barrera per l'autorealització personal de la persona. Aquests mecanismes tenen com a conseqüència un deteriorament del benestar emocional i la salut mental que alhora pot dificultar aconseguir una nova feina i augmentar el risc d'exclusió social.

## 1.2. Temporalitat

Atès que la situació laboral a tot el món s'ha tornat més competitiva i inestable, les empreses i les organitzacions han tendit a oferir condicions d'ocupació més flexibles, centrant-se en problemes potencials (com la menor demanda del mercat) i la possibilitat d'acomiadaments. Una de les accions que es fan per aconseguir-ho és contractar o acomiadar treballadors segons els requisits del mercat en aquell moment. L'ús de contractes no permanents permet a les organitzacions evitar pagar totes les indemnitzacions associades a l'acomiadament de treballadors permanents (Martínez, De Cuyper, & De Witte, 2010).

L'ocupació temporal inclou les persones assalariades la feina de les quals té una data d'acomiadament predeterminada. Per tant s'inclouen totes les formes de contractes no permanents com els contractes de durada determinada, els determinats per una obra o servei, les guàrdies, així com els que es fan a través d'empreses de treball temporal (De Cuyper et al., 2008; Ferrie et al., 2008).

En general l'evidència associa la contractació temporal amb pitjors condicions de treball i pitjor salut mental, freqüentment amb un gradient entre la inestabilitat i els aspectes negatius. Tot i així, els resultats no són homogenis. Per exemple, dues revisions sobre l'ocupació temporal i la salut psicològica han produït resultats contradictoris, mentre que Virtanen et al. (M. Virtanen et al., 2005) relacionen la temporalitat amb una pitjor salut mental, la revisió de De Cuyper et al. (De Cuyper et al., 2008) va concloure que els resultats no són coherents i ni concloents. Altres estudis han trobat més lesions per accident de treball entre els treballadors temporals i una mortalitat més alta, especialment per les causes de mort relacionades amb l'alcohol i el tabac (Mika Kivimäki et al., 2003). També s'ha associat la temporalitat amb un menor absentisme per motius de salut (M. Virtanen et al., 2005, 2006), possiblement reflectint un presentisme que pot dificultar la recuperació amb possibles conseqüències negatives per la salut a llarg termini. El presentisme és causat per sentiments d'inseguretat laboral o por a la pèrdua de la feina, disminució o manca d'ingressos durant la baixa i dificultats econòmiques. D'altra banda s'han trobat associacions negatives i positives amb la salut percebuda (Benach, Vives, et al., 2014).

S'han proposat diferents mecanismes que expliquen l'impacte del treball temporal en la salut. En primer lloc la inseguretat laboral (job insecurity) que és més elevada en els treballadors i treballadores en llocs de treball temporals i de la qual hi ha una forta evidència de relació causal amb un deteriorament de la salut física i mental (Benach, Vives, et al., 2014; Shahidi, De Moortel, Muntaner, Davis, & Siddiqi, 2016). En segon lloc les dificultats econòmiques degudes a una protecció inferior dels contractes temporals (remuneracions inferiors, menys accés a prestacions, manca de perspectives de promoció i diferents relacions de poder o drets laborals) (Pirani & Salvini, 2015). L'exposició crònica i acumulativa a la privació econòmica i a la tensió financera s'associa a estressors materials i psicosocials amb conseqüències negatives per a la salut ben documentades (Shahidi, De Moortel,

et al., 2016). També una menor protecció legal davant de condicions de treball adverses en aquests treballadors (per exemple en relació amb la legislació laboral, la negociació col·lectiva i l'afiliació sindical, que és menor respecte els treballadors permanents) (Benach, Vives, et al., 2014).

Finalment cal mencionar l'efecte negatiu en la salut i el benestar mental de l'estrès laboral conseqüència de l'exposició a riscos psicosocials relacionats amb factors com la situació perifèrica en l'organització (secundària en relació amb els salaris, la promoció i la formació), el menor nivell de control sobre la feina, l'obligació d'assimilar procediments i aspectes de l'organització pel fet de ser nous, la percepció de manca de justícia organitzacional, així com la manca de suport dels companys, superiors i representants sindicals (Martínez et al., 2010).

Cal tenir en compte, també, que tenir un contracte temporal al seu torn pot augmentar el risc de tenir un altre contracte temporal l'any següent, en una mena de cercle viciós.

Tot i que l'evidència respecte els estudis comparatius entre països és mixta i poc concloent, els resultats assenyalen que no hi ha diferències en l'estat de salut de les persones amb contractes temporals i permanents als països escandinaus, mentre que si se'n troben als països d'Europa central i del Sud (Pirani & Salvini, 2015).

Malgrat s'ha proposat que el treball temporal pot tenir efectes positius per a les dones contribuint a la conciliació entre el treball remunerat i la vida familiar (Pirani & Salvini, 2015), els pocs estudis que analitzen la relació amb la salut o no troben diferències entre homes i dones (Virtanen, et al) o els resultats suggereixen que l'impacte negatiu del treball temporal és superior en les dones (Menéndez, Benach, Muntaner, Amable, & O'Campo, 2007; Pirani & Salvini, 2015) o a més de les dones també en els homes de classes socials menys benestants (Lucía Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortès, 2005).



### 1.3. Inseguretat laboral

La inseguretat laboral (job insecurity)<sup>1</sup> és un concepte relacionat amb la flexibilitat laboral que ha estat estudiat àmpliament. Hi ha diverses definicions, la qual cosa probablement es relaciona amb que bona part dels estudis són atèorics, sense un marc conceptual que els sostingui (de Witte, Pienaar, & de Cuyper, 2016). El punt de partida és la hipòtesi comunament acceptada segons la qual la job insecurity és un factor estressant i, per tant, provoca una efecte negatiu en la salut i el benestar. Quan s'utilitzen, les teories més populars són a) la teoria de Jahoda sobre les funcions manifestes i latents del treball, b) teories generals de l'estrès com la teoria de l'avaluació de Lazarus i la teoria de la conservació dels recursos de Hobfoll, c) teories de l'estrès laboral, com ara el model de demandes-control de Karasek i Theorell, i d) teories d'intercanvi social (de Witte et al., 2016).

La job insecurity es pot definir com la percepció subjectiva de l'amenaça de la pèrdua de la feina (anticipació de la pèrdua de la feina), que és diferent de la pèrdua real del lloc de treball. Aquesta definició és la més comuna en estudis que analitzen la relació amb la salut i el benestar. Els resultats més consistents es refereixen a l'impacte negatiu en la salut i el benestar mental, havent-se demostrat un efecte dosi-resposta i una associació longitudinal (Benach, Vives, et al., 2014). Una recent revisió d'estudis longitudinals constata a més, l'impacte negatiu en la salut percebuda, trastorns cardiovasculars incloent marcadors metabòlics (pressió arterial, obesitat, índex de massa corporal, colesterol), trastorns musculoesquelètics i de vies respiratòries (asma, infeccions similars a la grip). També amb problemes de la son, absentisme per motius de salut i ús de serveis sanitaris (de Witte et al., 2016).

A més dels efectes individuals sobre la salut i el benestar de les persones treballadores, la job insecurity pot tenir efectes negatius

---

<sup>1</sup> S'utilitza el terme habitualment usat en la literatura de parla anglesa per evitar confusions en la traducció.

en les organitzacions. Bona part de la recerca s'ha orientat des d'aquesta perspectiva, centrant-se en efectes com el compromís organitzatiu, el rendiment laboral, l'absentisme i la facturació (Lozza, Libreri, & Bosio, 2012).

Alguns autors diferencien entre la job insecurity "objectiva" i la "subjectiva" (De Witte i Näswall, 2003), on la primera prové de les característiques específiques del lloc de treball en gran mesura independent de les experiències i de la interpretació de la situació de l'individu, mentre que la "subjectiva" (o percepció de job insecurity) fa referència a la percepció subjectiva de l'amenaça a la continuïtat laboral i al temor a la pèrdua de la feina. En aquests sentit, és possible que a causa del seu component subjectiu individual, la percepció de job insecurity existeixi independentment d'una amenaça objectiva i diferents individus poden reaccionar de manera diferent davant la mateixa amenaça objectiva (Benach, Vives, et al., 2014).

La inseguretat laboral també s'ha proposat com un factor mediador de l'impacte en la salut mental i el benestar de diferents formes d'analitzar la flexibilitat laboral, com per exemple la temporalitat (Waenerlund, Virtanen, & Hammarström, 2011) i la precarietat laboral (Kim et al., 2012).

### Flexibilitat temporal

La flexibilitat del temps de treball és una de les estratègies de flexibilitat del mercat laboral. Es refereix a ajustar les jornades laborals de les persones treballadores (la quantitat d'hores de treball i l'organització de les jornades laborals) per tal d'afavorir l'adaptació de l'empresa a les variacions de la demanda. Algunes de les formes que adopta la flexibilitat del temps de treball són el treball a temps parcial, l'allargament de la jornada laboral, les hores de treball atípiques (que inclou el treball en horaris que dificulten la vida social com el treball en cap de setmana i festius o en horari nocturn), i els dies i horaris laborals variables; a més cal

tenir en compte la predictibilitat de la jornada i la capacitat d'influència de les persones treballadores sobre la durada i organització dels horaris laborals.

Aquestes diferents manifestacions de flexibilitat del temps de treball tendeixen a agrupar-se en dos tipus: una com a resultat directe de les demandes de l'empresa (flexibilitat induïda per l'empresa) i una altra més relacionada amb la decisió i autonomia de les persones treballadores (flexibilitat orientada a l'empleat). Ambdues dimensions s'han mostrat inversament relacionades amb la salut i el benestar psicosocial, de manera que els efectes més favorables s'han associat a una major flexibilitat orientada a l'empleat i una menor flexibilitat induïda per l'empresa (Costa, Sartori, & Åkerstedt, 2006).

Hi ha grans diferències entre països en la prevalença de la flexibilitat del temps de treball que poden resultar de nombrosos factors relacionats amb les institucions del mercat laboral, la situació i les estructures econòmiques i del mercat laboral, així com amb els models familiars. Pel que fa a la regulació dels mercats laborals, en els països on hi ha una regulació estricta de protecció de l'ocupació, especialment per als treballadors regulars, és més freqüent la utilització de mecanismes de flexibilitat del temps de treball. En els països amb sindicats més forts, en general la flexibilitat induïda per l'empresa és més limitada i es facilita la introducció d'una flexibilitat orientada als empleats (Chung & Tijdens, 2013).

La divisió de gènere del treball és un factor decisiu a l'hora d'explicar les diferències en les pràctiques de flexibilitat del temps de treball entre països. En països amb models familiars tradicionals les dones treballen a temps parcial amb molta més freqüència que els homes perquè la seva dedicació al treball remunerat depèn en gran mesura de les responsabilitats familiars de cura i de treball domèstic. En canvi, les llargues jornades de treball són més freqüents en les persones que són principals

proveïdores de recursos a la llar, majoritàriament homes (Lewis, Campbell, & Huerta, 2008).

L'evidència demostra que els temps de treball poc socials, la imprevisibilitat i el treball a temps parcial involuntari, són més freqüents en llocs de treball en la perifèria del mercat laboral. Mentre que la flexibilitat orientada al treballador es troba sovint en llocs de treball a la part superior del mercat laboral, encara que en aquest cas, també solen implicar jornades laborals llargues i irregulars causades per càrregues de treball elevades (Julià et al., 2017).

#### 1.4. Llargues jornades de treball

L'evidència de la relació entre les llargues jornades laborals i la salut i el benestar és heterogènia, s'han trobat associacions positives, negatives i també inexistents (Bannai & Tamakoshi, 2014).

En relació amb les jornades de 55 hores o més a la setmana, l'evidència assenyalava associacions positives en relació amb els problemes de salut cardiovascular (AVC i patologia coronària) (M. Kivimäki et al., 2015) i trastorns mentals (M. Virtanen et al., 2018). En canvi, els resultats per a hores de treball moderadament llargues són contradictoris (Bannai & Tamakoshi, 2014; M. Kivimäki et al., 2015). Les hores de treball molt llargues, però, són poc freqüents a Europa, principalment entre les dones, on la Directiva europea sobre temps de treball estableix un màxim de 48 hores de treball setmanal, tot i que hi ha diferències entre països.

La realització de llargues jornades laborals està determinada per factors individuals i contextuals, com el país de residència. A nivell individual s'ha posat de relleu el paper crucial de l'elecció personal en determinar l'efecte d'aquests horaris extensius en la salut i el benestar (Beckers et al., 2008; Golden & Wiens-Tuers, 2005).

L'elecció d'hores moderadament llargues es pot deure a la voluntat de maximitzar els beneficis intrínsecs del treball, la qual cosa pot ser positiva per la salut i el benestar (Lucía Artazcoz, Cortès, Borrell, Escribà-Agüir, & Cascant, 2007), però també pot respondre a pressions financeres familiars que determinen un baix poder al lloc de treball i, en conseqüència, a llargues hores de treball forçades (L Artazcoz, Cortès, Escribà-Agüir, Cascant, & Villegas, 2009; Lucía Artazcoz et al., 2013b). Molts treballadors, sobretot els que són principals responsables de l'aportació de recursos econòmics a la llar, estan obligats a acceptar altes demandes laborals per tal d'afrontar els deutes familiars (Pollert & Charlwood, 2009). A més, les consideracions sobre el poder de negociació suggereixen que on els empresaris tenen més capacitat de pressió sobre els empleats (com en llocs de treball no sindicats, contractes temporals, salaris baixos o treballadors que es troben en situacions de vulnerabilitat econòmica) les persones empleades tenen més probabilitats de fer llargues jornades de treball (Stier & Lewin-Epstein, 2003).

Pel que fa als factors contextuais, hi ha grans diferències entre països tant en la quantitat d'hores treballades com amb la regulació que se'n fa, així com en els models familiars i, per tant, en la probabilitat que les llargues hores de treball siguin forçades o voluntàries. Tant la regulació dels mercats laborals com les polítiques familiars estan estretament associades als règims de l'Estat del benestar (Walter Korpi et al., 2009).

Respecte a les regulacions dels mercats laborals, els convenis col·lectius tenen un paper dominant en la determinació de les hores de treball, mentre que les hores màximes reglamentàries ofereixen una protecció per als treballadors no organitzats. En règims dèbilment regulats, com el Regne Unit, els treballadors que no tenen la força col·lectiva per realitzar les seves hores preferides tenen una major probabilitat de realitzar llargues jornades de treball (Lee, McCann, & Messenger, 2007).

Quant als models familiars, en els països amb models tradicionals de família, el paper dels homes com a proveïdors de recursos és més probable que estigui relacionat amb llargues hores de treball forçades quan existeix estrès financer familiar (L Artazcoz et al., 2009).

Des de l'inici de la crisi econòmica de 2008, molts països europeus van prendre mesures per desregularitzar els mercats laborals i augmentar la flexibilitat empresarial, incloent l'augment d'hores extres o l'ampliació del període de referència per calcular el temps de treball (Clauwaert & Schömann, 2012; Robert, Martínez, García, Benavides, & Ronda, 2014). A més, a Europa a mesura que els homes van quedar a l'atur, les dones van incrementar la dedicació al treball remunerat, fins i tot en condicions de remuneració extremadament baixa (Antonopoulos, 2009), sense abandonar la responsabilitat del treball domèstic i familiar.

En un estudi dut a terme a Europa amb la mateixa font de dades i mostra que l'article 3 d'aquesta tesi (Lucía Artazcoz et al., 2016), es va demostrar que les hores de treball moderadament llargues (entre 41 i 60 hores setmanals) es van associar amb mal estat de salut i la manca de benestar mental als països amb models familiars tradicionals (anglosaxons, continentals i del sud d'Europa). Els resultats s'explicaven per una combinació de vulnerabilitat econòmica, augment de la desregulació del mercat laboral i en els cas de les dones a més, per la sobrecàrrega de treball deguda a la combinació de treball remunerat i domèstic.

Val a dir que si bé alguns estudis han trobat diferents patrons d'associacions entre homes i dones (L Artazcoz et al., 2009; Lucía Artazcoz, Cortès, et al., 2007; Lucía Artazcoz et al., 2013a; Fan et al., 2015), la majoria de les investigacions es basen en mostres només masculines o no separen les anàlisi per gènere (Bannai & Tamakoshi, 2014; M Kivimäki et al., 2015; M. Virtanen et al., 2012).

En qualsevol cas, l'associació entre les llargues jornades laborals i la salut no sembla ser senzilla i directa, sinó que depèn d'altres factors (L Artazcoz et al., 2009). Tot i que s'ha proposat la mala

qualitat laboral com un dels mecanismes d'aquesta relació (Beckers et al., 2008), pràcticament no hi ha estudis sobre llargues jornades de treball i qualitat de la feina.

### *Abordatges multidimensionals de la flexibilitat*

Més recentment s'han desenvolupat enfocaments més complexos que es basen en constructes per analitzar l'impacte sobre la salut i el benestar dels contextos laborals flexibles, com el model de qualitat de la feina (job quality) (Green & Mostafa, 2012), el de precarietat laboral (Benach, Vives, et al., 2014) i el model de tensió laboral (Lewchuk et al., 2008).

#### 1.5. Qualitat de la feina

No hi ha una definició universalment acceptada de la qualitat de la feina (job quality)<sup>1</sup> malgrat l'extensa literatura, sobretot de l'àmbit de la sociologia i l'economia, adreçada a mesurar i identificar-ne les dimensions (Muñoz de Bustillo, Fernández-Macías, Esteve, & Antón, 2011). En general se sol tractar com un concepte multidimensional que abasta quatre aspectes principals: seguretat socioeconòmica, habilitats i formació, condicions de treball i capacitat per combinar la vida laboral i familiar (Davoine, Erhel, & Guergoat-Lariviere, 2008).

Després de la introducció de l'Estratègia Europea d'Ocupació el 1997 a través del Tractat d'Amsterdam i el posterior llançament de l'estratègia de Lisboa per al Creixement i l'Ocupació el 2000, la idea de "més llocs de treball i millors" es va posar de manifest entre els objectius de la política de la Unió Europea (Green & Mostafa, 2012). Aquest desenvolupament va anar paral·lel a preocupacions similars d'organismes transnacionals com l'OCDE o la OIT, en aquest darrer cas en relació amb l'agenda del Treball decent. El desenvolupament teòric i metodològic del concepte de job quality ha anat molt lligat, doncs, a l'avaluació de les polítiques europees (Piasna, 2017).

Està ben documentat que la qualitat de la feina és diferent entre països, sobretot en relació amb l'heterogeneïtat de les estructures del mercat de treball, el poder dels treballadors (Dixon, Fullerton, & Robertson, 2013) i els diferents estats del benestar (Gallie, 2007).

Per alguns autors, la job quality inclou dos components: la qualitat de l'ocupació (employment quality)<sup>1</sup> i la qualitat del treball (work quality o intrínsec job characteristics)<sup>1</sup> (Julià et al., 2017). Aquesta darrera es refereix a l'exposició a factors de risc del lloc de treball de naturalesa física i psicosocial. Un dels models que té en compte la multidimensionalitat de la job quality és el model de la employment quality<sup>1</sup>, que desenvolupa el primer dels components i alhora està formada per dues subdimensions: les condicions d'ocupació (employment conditions)<sup>1</sup> i les relacions d'ocupació (employment relations)<sup>1</sup>. Tot i que amb evidència incipient, aquest model ha demostrat que l'ocupació flexible i desestandarditzada tendeix a estar relacionada amb una menor satisfacció laboral, salut general i salut mental (Van Aerden, Moors, Levecque, & Vanroelen, 2014).

Són pocs els estudis que consideren els dos components de la qualitat de la feina en relació amb la salut i el benestar. Green i Mostafa fan aquest abordatge a partir d'un marc conceptual ben definit desenvolupat en base a l'Enquesta Europea de Condicions de Treball. Aquests autors defineixen la qualitat de la feina com la mesura en què una feina té factors relacionats amb el treball i l'ocupació que afavoreixen resultats beneficiosos per a la persona treballadora, especialment el benestar psicològic i físic, així com la satisfacció laboral (Green & Mostafa, 2012). Aquests autors defineixen quatre dimensions de la qualitat de la feina: a) compensacions econòmiques, que inclou la quantitat i també l'equitat, b) perspectives en relació a la continuïtat futura i la millora del lloc de treball actual, amb tres elements: seguretat laboral, progressió professional, qualitat contractual, c) qualitat intrínseca del treball, que inclou quatre subdimensions: habilitats i



autonomia, bon entorn social (suport social, absència d'abús), bon entorn físic (baix nivell de riscos físics i posturals), intensitat de la feina (ritme de treball, pressions de temps, pressió per amagar conflictes emocionals o de valors) i d) qualitat del temps de treball (durada, horaris, influència sobre els horaris i flexibilitat de curta durada del temps de treball).

Durant les últimes dues dècades s'ha incrementat l'interès acadèmic i polític per diferents aspectes de la qualitat de la feina des d'una perspectiva que té en compte el benestar laboral i el desenvolupament econòmic. El debat s'ha centrat sobretot en definir les dimensions de la qualitat del treball així com les estratègies i instruments per a mesurar-la (Burchell, Sehnbruch, Piasna, & Agloni, 2013).

Quant a la relació de la qualitat de la feina amb la salut, la recerca ha aprofundit en algunes dimensions específiques com per exemple el temps de treball, l'entorn psicosocial o la relació laboral. En canvi, l'abordatge de la qualitat de la feina com un constructe multidimensional en relació amb la salut i el benestar és molt recent i els estudis poc nombrosos.

#### 1.6. Precarietat laboral

Malgrat diversos intents, no hi ha consens sobre què constitueix la precarietat laboral. La confusió a l'hora de definir-la té a veure amb que s'utilitzen indistintament molts termes relacionats: precariat, ocupació precària, treball precari o simplement precarietat. A la Unió Europea, els termes formes d'ocupació "atípics" o "no estàndards" s'han utilitzat àmpliament per referir-s'hi, mentre que als Estats Units el terme "treball contingent" és més comú (Kreshpaj et al., 2020).

S'ha proposat que la precarietat laboral és l'acumulació de diverses facetes desfavorables de la qualitat de l'ocupació, un dels dos components de la qualitat de la feina (Kreshpaj et al., 2020).

La recerca de la relació entre la precarietat laboral com a constructe multidimensional i la salut s'ha desenvolupat en les darreres dues dècades, i tot i que varia entre diferents autors, s'han definit sis dimensions que engloba les característiques contractuals de l'ocupació precària i les dimensions socials de les relacions laborals en el lloc de treball. Les dimensions que reflecteixen els aspectes contractuals del contracte són la inestabilitat laboral (tipus i durada del contracte), salaris baixos (i possible privació econòmica), drets limitats dels treballadors i protecció social i contractes individualitzats (negociació a nivell individual sobre les condicions laborals). Les dimensions de les relacions de poder en el lloc de treball són la vulnerabilitat o la indefensió dels treballadors (per a un tractament autoritari, abusiu o amenaçador al lloc de treball) i la impotència per exercir els drets legals. Entre aquestes dimensions, les relacions de poder en el lloc de treball són una característica distintiva de la precarietat laboral (Vives et al., 2013).

Molt recentment, s'ha incorporat una nova dimensió: el temps de treball (des)estandarditzat, que inclou la durada i la intensitat de les hores de treball, l'ocupació a temps parcial involuntària (subocupació), els temps de treball poc socials, els horaris de treball flexibles i la baixa predictibilitat horària (Julià et al., 2017).

La precarietat s'ha associat amb efectes negatius sobretot en la salut mental i també amb el risc de lesions per accident de treball (Kreshpaj et al., 2020), així com amb la mala salut percebuda, la insatisfacció laboral i el presentisme (Benach, Vives, et al., 2014).

Tot i això, les conseqüències de l'ocupació precària per a la salut i el benestar estan molt poc estudiades i la major evidència prové de la investigació sobre la job insecurity i la temporalitat (Kreshpaj et al., 2020).

S'han proposat tres mecanismes per explicar la relació entre l'ocupació precària i la salut i el benestar: a) a través d'efectes psicològics directes relacionats amb la incertesa, els sentiments

d'injustícia i la impotència en les condicions laborals inestables i subòptimes; b) a través de l'experiència d'una major exposició a condicions de treball físiques i psicosocials perjudicials, mesures de seguretat i salut laboral més febles i relacions socials de baixa qualitat a la feina; i, c) a través de la privació material i les seves conseqüències relacionades amb la salut que poden derivar-se dels baixos ingressos i de la poca protecció contra riscos socials com l'atur, la discapacitat i, més endavant, la jubilació (Julià et al., 2017).

### 1.7. *Model de tensió laboral*

El model de tensió laboral (MES) proposa tres mesures bàsiques: l'esforç en la relació laboral (employment relationship effort), el suport a les relacions laborals (employment relationship support) i la incertesa de les relacions laborals (employment relationship uncertainty)<sup>1</sup> que fa referència a la incertesa sobre l'ocupació futura, la incertesa sobre els termes i condicions de l'ocupació futura i la incertesa sobre els horaris laborals (Lewchuk et al., 2008). Clarament influït per la tensió laboral del model de Karasek en relació amb l'entorn psicosocial del treball (Karasek & Theorell, 1990) el MES aplica conceptes similars al control, les exigències psicològiques i el suport social, però en relació amb el control sobre l'ocupació futura i els seus termes i condicions, l'esforç emprat en trobar i mantenir la feina i el suport tant a la feina com a la llar.

Algunes de les dimensions i la seva interacció han demostrat alguns efectes negatius en la salut, tot i que no s'ha demostrat una replicació consistent similar a la del model de Karasek (Lewchuk et al., 2008) .

## 2. El rol dels contextos

Les condicions de treball i ocupació que caracteritzen els diferents llocs de treball no existeixen en el buit, sinó que són el resultat del context social, econòmic i polític en què estan immersos, on coexisteixen diferents institucions públiques i privades. En aquesta tesi s'analitzen dos contextos: un context més distal representat per l'estat del benestar ubicat en l'àmbit socioeconòmic i polític, i un context més proximal ubicat en l'àmbit familiar. S'ha assenyat que en l'anàlisi de les condicions de treball i ocupació en relació amb la salut i les desigualtats socials en salut, cal incloure-hi aquestes dues institucions: estat del benestar i família (Kreshpaj et al., 2020; Muñoz de Bustillo et al., 2011).

### 2.1. *L'estat del benestar*

A més dels aspectes culturals, els països europeus difereixen en el nivell de desenvolupament de l'estat del benestar, el nivell de regulació del mercat de treball i també en els models de família preeminents, que a la vegada estan estretament lligats a les polítiques familiars i de treball (Walter Korpi et al., 2009).

Per exemple, un estat del benestar fort protegeix les persones treballadores de la inseguretat financera durant l'atur i altres interrupcions de la seva capacitat de treball, per exemple per malaltia, la qual cosa permet que mantinguin els mitjans de subsistència sense dependre del mercat (Muñoz de Bustillo et al., 2011).

El treball clàssic d'Esping-Andersen (Esping-Andersen, 1990) va agrupar en tres models d'estats del benestar els països de l'OCDE, basant-se en tres principis: desmercantilització (la mesura en què el benestar d'una persona depèn del mercat, particularment en termes de pensions, prestacions per atur i assegurança per malaltia), l'estratificació social (el paper dels estats del benestar en el manteniment o la descomposició de l'estratificació social) i la combinació privat-públic (els rols relatius de l'Estat, la família, el

sector voluntari i el mercat en la prestació dels serveis de benestar). Els tres tipus de règims d'estats del benestar són: liberal, conservador i socialdemòcrata (C Bamba, 2007; Esping-Andersen, 1990).

Una de les crítiques més persistents a aquesta classificació ha estat la manca de perspectiva de gènere, atès que no està incorporada en el concepte de desmercantilització, tampoc considera el paper de les dones en la prestació de serveis de benestar i per la manca de consideració del gènere com a forma d'estratificació social (C Bamba, 2007). El concepte de defamilització ha contribuït a incorporar els dèficits identificats. Es refereix a la mesura en què els estats del benestar faciliten l'autonomia i la independència econòmica de les dones respecte de la família (Clare Bamba, 2007a), en concret de la cura de persones dependents i de la provisió de recursos per part de la parella. La defamilització s'aconsegueix mitjançant polítiques de doble proveïdor com les d'atenció a la infància i la gent gran, així com mitjançant polítiques destinades a la independència econòmica dels joves aturats (Lohmann, 2009).

D'altra banda, tot i que el treball inicial d'Esping-Andersen no es va centrar en les polítiques familiars, hi ha una superposició de les polítiques laborals i familiars (Esping-Andersen, 2002; Kornrich & Eger, 2016). El règim de política familiar nòrdica correspon a l'estat del benestar socialdemòcrata, el continental, a l'estat del benestar conservador i el règim de política familiar anglosaxó a l'estat del benestar liberal.

També la proposta d'estats del benestar d'Esping-Andersen té paral·lelismes amb les diferències en els models familiars, superposant-se de manera específica (B Pfau-Effinger, 2005; Birgit Pfau-Effinger, 2004).

Korpi et al. (W Korpi, Ferrarini, & Englund, 2013) van classificar els països en termes de polítiques familiars que afecten la situació de les dones pel que fa al treball remunerat i no remunerat. Alguns

models de polítiques donen suport al model familiar tradicional, amb els homes com a proveïdors de recursos i les dones com a cuidadores, la qual cosa significa major suport públic al paper de les famílies en l'atenció a les persones dependents i un paper més o menys rellevant al mercat en la provisió de cures. Altres models de polítiques, en canvi, donen més suport al model de doble proveïdor, mentre que l'atenció a persones dependents es basa en la prestació de serveis públics, i consegüentment, les dones són més independents de la seva família. Aquest model està representat principalment pels països Nòrdics, que solen tenir millors condicions d'equitat de gènere que els altres (Palència et al., 2014).

A més de les tres tipologies esmentades, s'han identificat dues tipologies més d'estat del benestar: el règim del benestar del Sud d'Europa (Ferrera, 1996) i el règim del benestar d'Europa de l'Est (Aidukaite, 2011). Aquestes cinc tipologies d'estat del benestar difereixen quant a les polítiques laborals i familiars, les característiques del mercat de treball, els nivells de desmercantilització i defamilització, així com amb la titularitat de la provisió de serveis de benestar i els models de família.

Els països Continentals tenen una forta regulació del mercat de treball, però estan marcadament dualitzats (Häusermann & Schwander, 2012). Es caracteritzen per models tradicionals de família amb el tradicional suport econòmic estatal a les famílies en les què es diposita primàriament les responsabilitats de cura (W Korpi et al., 2013). S'estimula amb el recolzament governamental a la reducció de jornada per part de les dones per tal d'equilibrar les demandes laborals i familiars i, en conseqüència, les jornades parcials en les dones són molt freqüents (den Dulk, Peters, & Poutsma, 2012). Tenen una considerable desmercantilització però baixos nivells de defamilització.

Els països anglosaxons es caracteritzen per mercats de treball desregulats amb sindicats febles, desigualtats salarials relativament grans i una elevada proporció de llocs de treball amb

salaris baixos (Sapir, 2006), sobretot en les dones, de manera que moltes dones casades, malgrat formar parella amb doble proveïdor, tenen salaris per sota de les necessitats familiars (Lewis et al., 2008). Es tracta de països amb forts models familiars tradicionals, amb la cura infantil formal generalment proporcionada pel mercat i a un cost elevat (Thévenon, 2011). El treball a temps parcial es concentra en sectors dominats per dones, mentre que hi ha una cultura de llargues jornades laborals, principalment en sectors dominats per homes (Anttila, Oinas, Tammelin, & Nätti, 2015). A més tenen els nivells més baixos de desmercantilització i baixos nivells de defamilització, amb prestacions d'atur poc generoses.

Els països de l'Europa de l'Est combinen famílies amb doble proveïdor amb una divisió tradicional de gènere en el treball domèstic i familiar, i serveis públics d'atenció a les criatures de 3 a 6 anys (Aidukaite, 2011). Existeix una elevada participació de les dones en el mercat de treball, però amb els canvis polítics i econòmics han minvat substancialment les polítiques socials que els donaven suport com a treballadores i mares (Pascall & Lewis, 2004). Hi ha una cultura de llargues hores de treball, mentre que el treball a temps parcial és poc freqüent i es veu indesitjable fins i tot entre les mares de criatures petites (Rubery & Piasna, 2017). Hi ha una precarietat general del mercat de treball després de diverses polítiques de desregulació del mercat laboral (Prosser, 2016). Tenen nivells baixos de desmercantilització, amb prestacions d'atur molt poc generoses (C Bambra & Eikemo, 2009) i un procés de re-familiarització en l'era postcomunista.

Els països del Sud de l'Europa tenen una forta normativa sobre el mercat laboral, però des de l'inici de la crisi econòmica de 2008, la desregulació va començar a afectar tant els llocs de treball estàndard com els no estàndards, estenent-se la precarietat a tota la força de treball (Gialis & Leontidou, 2016; Moreira et al., 2015; Prosser, 2016). Les prestacions d'atur són poc generoses i hi ha poca regulació de la seguretat laboral (C Bambra & Eikemo, 2009).

Aquest paísos es caracteritzen per models familiars tradicionals, baixos nivells de suport a la participació femenina en la força de treball, les responsabilitats primàries en matèria de benestar corresponen a la família i les polítiques que ajuden a conciliar la maternitat i les carreres professionals estan relativament poc desenvolupades (Ferrera, 1996). Són paísos amb una cultura de llargues jornades laborals que es relaciona amb una baixa prestació de serveis públics per a la cura d'infants i gent gran (Beham, Drobnič, Präg, Baierl, & Eckner, 2018). Aquests paísos tenen cert nivell de desmercantilització però baixos nivells de defamilització.

Els paísos Nòrdics tenen mercats laborals força regulats, generoses prestacions d'atur, elevada despesa en polítiques actives d'ocupació, lleis de protecció de l'acomiadament i normes laborals sòlides i completes (C Bamba & Eikemo, 2009). Es caracteritzen per models familiars de doble proveïdor/doble cuidador, amb un treball de reproducció assignat a l'Estat, una bona prestació de serveis públics per a la cura de criatures i en els que les polítiques socials promouen la màxima ocupació per a les dones. Les jornades parcials de llarga durada estan generalitzades, mentre que la proporció d'empleats que treballen més de 40 hores setmanals és limitada, cosa que facilita la compaginació del treball remunerat amb el domèstic i familiar per a ambdós sexes (Thévenon, 2011). Són els paísos europeus amb estats del benestar amb majors nivells de desmercantilització i defamilització.

Val a dir que la recerca que analitza les diferències dels estats del benestar respecte les condicions de treball i ocupació lligades a la flexibilitat laboral i la salut i el benestar està poc desenvolupada (Benach, Vives, et al., 2014). En una recent revisió de 104 estudis només se'n va identificar un sobre job insecurity que incloïa 16 paísos europeus i dos sobre precarietat que abastava 15 paísos europeus (Kim et al., 2012). Aquesta mateixa revisió que tenia per objectiu identificar si els règims de l'estat del benestar poden



explicar variacions en la relació entre l'ocupació flexible i la salut (tots els estudis inclosos excepte els mencionats inclouen un únic país i tres n'inclouen dos o tres) va concloure que els treballadors precaris dels estats del benestar del Nord d'Europa tenien un estat de salut millor o igual en comparació amb els seus homòlegs permanents. Per contra, el treball precari en la resta de règims d'estat del benestar es va associar a diferents indicadors negatius de salut. En canvi, un estudi posterior no va trobar que el règim de benestar dels països nòrdics protegís contra els efectes negatius de les males condicions laborals sobre la salut (C Bamba, Lunau, van der Wel, Eikemo, & Dragano, 2014).

Els pocs estudis que qüestionen si aconseguir una feina, independentment de la seva qualitat, millora el benestar mental de la població aturada solen demostrar que els llocs de treball de baixa qualitat tenen un efecte similar o fins i tot pitjor que l'atur. Aquests estudis es van dur a terme principalment fora d'Europa (Austràlia i els EUA) (Broom et al., 2006; Butterworth, Leach, McManus, Stansfeld, & Stansfeld, 2012; Butterworth et al., 2011; Grzywacz & Dooley, 2003; Leach et al., 2010). Els pocs estudis que s'han dut a terme a Europa només han analitzat alguns països específics (Chandola & Zhang, 2018; Van Aerden, Gadeyne, & Vanroelen, 2017). No obstant això, les diferències en contextos polítics, econòmics i socials poden determinar diferències en la resposta a aquest debat. Atenent a l'evidència identificada, cap estudi ha analitzat aquesta qüestió a nivell europeu comparant diferents tipologies d'estat del benestar.

## 2.2. *El context familiar*

Tal com s'ha comentat en l'apartat anterior, els models de família estan estretament relacionats amb les tipologies d'estat de benestar i amb les polítiques que influeixen en la distribució del treball remunerat i no remunerat (domèstic i de cura) entre homes i dones. A banda d'aquesta perspectiva, però, el context més proper a les persones, com el comunitari o el familiar, pot ser

font de suport social amb un potencial efecte en la salut i el benestar de les persones.

El suport social pot satisfer les necessitats humanes bàsiques de companyia, intimitat, sentiment de pertinença i confiança del valor com a persona. Les xarxes socials i el suport social poden millorar la capacitat d'una persona per accedir a nous contactes i informació i identificar i resoldre problemes, així com a reduir la incertesa i la imprevisibilitat dels esdeveniments, a més de reduir l'impacte de l'estrès, per exemple en cas d'exposició a esdeveniments estressants, com pot ser la pèrdua de la feina (Heaney & Israel, 2008).

S'han evidenciat efectes de la manca de suport social en diferents indicadors de salut incloent diverses malalties cardiovasculars i càncer (Ertel, Glymour, & Berkman, 2009), així com també en la mortalitat (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000) i la salut mental (J. Wang, Mann, Lloyd-Evans, Ruimin, & Johnson, 2018).

El matrimoni és potser el vincle social més estudiat. Diversos estudis posen de manifest els efectes de la història matrimonial al llarg de la vida i la relació amb diversos aspectes de la salut com malalties cardiovasculars, afeccions cròniques, limitacions de la mobilitat, salut autopercebuda i símptomes depressius (Hughes i Waite 2009; Zhang i Hayward 2006). Mentre per la majoria de la gent el matrimoni és la font més destacada de suport, també pot ser motiu d'estrès per a moltes persones, a més la mala qualitat matrimonial s'ha associat amb una disminució de la funció immunològica i endocrina i també amb la depressió (Umberson & Montez, 2010).

Tant els aspectes quantitius (grandària i diversitat) com qualitius (beneficis i costos) de les relacions socials segueixen patrons demogràfics i estan socialment construïts. Per exemple s'ha demostrat que el matrimoni té més efectes positius en la salut dels homes que de les dones. Els homes es beneficien de conductes més saludables que s'associen a les persones casades,

però a més experimenten menys costos derivats de la cura dels cònjuges, la criaça dels fills, la cura de pares envellits i l'equilibri entre les demandes laborals i familiars (Umberson & Montez, 2010). Cal tenir en compte, però, altres eixos de desigualtats com l'ètnia o la classe social. Per exemple, les dones amb estudis secundaris o inferiors tenen aproximadament el doble de probabilitats de divorciar-se als deu anys del seu primer matrimoni en comparació amb les dones que tenen almenys un títol de batxillerat (Martin, 2006).

La recerca ha demostrat que en ambdós sexes les persones casades tenen una salut millor que les persones solteres, separades, divorciades o vídues (Lund et al., 2002). No obstant això, alguns estudis han posat en dubte aquesta acceptació general. Així, en un estudi dut a terme en persones treballadores d'Espanya, a diferència d'altres estudis que agrupen persones casades o que viuen en parella, es van identificar alguns grups associats a pitjors indicadors de salut, per exemple les dones en ocupacions manuals que vivien en parella però no estaven casades i els homes en ocupacions no manuals casats, però que no vivien en parella (Lucia Artazcoz, Cortès, Borrell, Escribà-Agüir, & Cascant, 2011).

En relació amb les condicions de treball i ocupació s'ha criticat que els estudis sobre l'estat civil/de parella i la salut no tenen en compte la possible interacció amb la situació laboral, mentre que molt pocs consideren el paper de l'estat civil/de parella en l'impacte de la flexibilitat laboral en la salut mental (Lucía Artazcoz et al., 2005).

### 3. Les desigualtats de gènere

En analitzar la dimensió de gènere en l'associació entre la flexibilitat laboral i la salut i el benestar cal tenir en compte diferents consideracions, la primera de les quals és la divisió de gènere del treball. Malgrat diferències històriques, culturals i

polítiques, en la major part de països la responsabilitat del treball domèstic i familiar recau en les dones, la qual cosa determina la seva participació en el mercat de treball i les condicions en què ho fan. Per exemple el nombre d'hores de treball i els permisos per maternitat són habituals estratègies de conciliar ambdós àmbits, amb conseqüents efectes en menors oportunitats per desenvolupar les carreres professionals. Com s'ha esmentat anteriorment (W Korpi et al., 2013), l'orientació de les polítiques familiars són determinants de la participació de les dones en el treball remunerat. D'altra banda factors com el menor poder de les dones en el lloc de treball i la divisió horitzontal de gènere, és a dir, la sobrerepresentació de les dones en llocs de treball que en bona mesura reproduïen el rol del treball domèstic i familiar, determinen substancialment les seves condicions de treball i ocupació (Lucía Artazcoz, Borrell, et al., 2007). Una recent revisió sistemàtica mostrava una major prevalença de condicions lligades a la flexibilitat en les dones, amb major prevalença de treball sense contracte, contractes temporals de durada determinada i inseguretats laborals (Campos-Serna, Ronda-Pérez, Artazcoz, Moen, & Benavides, 2013).

En el cas dels homes, i tenint en compte també l'existència de diferents models de família, la responsabilitat de la provisió de recursos recau majoritàriament en ells, tot i que en els estats del benestar com els Nòrdics i dels països de l'Est, la provisió és compartida. En els països amb models tradicionals de família, els estudis tendeixen a assenyalar un efecte negatiu en la salut i el benestar dels homes en atur i amb algunes situacions lligades a la flexibilitat, com per exemple la temporalitat, sobretot quan tenen responsabilitats familiars (L Artazcoz et al., 2004; Lucía Artazcoz et al., 2005).

Un dels principals problemes en aquest camp de recerca, però, és que malgrat les dones es veuen afectades desproporcionadament per diferents formes de flexibilitat laboral, el coneixement actual sobre el paper del gènere en l'associació de les condicions de

treball i ocupació lligades a la flexibilitat laboral i la salut és bastant limitat (Menéndez et al., 2007). És força freqüent que els estudis no analitzin de manera separada en homes i dones les possibles associacions de la flexibilitat amb la salut i el benestar. Aquest fet es pot observar, per exemple, en nombrosos estudis sobre l'atur o les llargues jornades de treball, en què molts d'ells només van incloure mostres d'homes (Bannai & Tamakoshi, 2014; M Kivimäki et al., 2015; M. Virtanen et al., 2012). En una revisió sobre flexibilitat laboral amb 10 estudis longitudinals (6 amb indicadors de flexibilitat temporal i 4 contractual), només un va separar l'anàlisi per sexe (Joyce, Pabayó, Critchley, & Bambra, 2010), mentre que l'estratègia més habitual és tractar el sexe com a variable d'ajust (C Bambra et al., 2014; Urbanos-Garrido & Lopez-Valcarcel, 2015).

Tal i com es mencionava en l'apartat del marc conceptual de les desigualtats en salut relacionades amb el treball, hi ha diversos eixos de desigualtat social, que a més interseccionen entre ells. En aquesta tesi s'ha optat per centrar-se en un d'ells, el gènere, element clau en analitzar el treball, per tal de contribuir a clarificar les complexes relacions entre contextos, condicions de treball i ocupació relacionades amb la flexibilitat laboral i salut i benestar.

## Objectius

### Objectiu general

L'objectiu general d'aquesta tesi és analitzar la relació entre la flexibilitat laboral i la salut i benestar mentals a Europa. Aquesta anàlisi es realitza en un marc conceptual de desigualtats socials en salut centrant-se en un dels eixos de desigualtat, el gènere, i aprofundint en el rol dels contextos: un context distal representat pels estats del benestar com a determinants estructurals i un context proximal de determinants intermedis representat per l'entorn familiar.

### Objectius específics

La tesi s'organitza en tres articles que aborden l'objectiu general de la següent manera: la flexibilitat laboral s'analitza des de dues aproximacions: considerant una dimensió única de les condicions de treball i ocupació com és el cas de l'estabilitat laboral que es refereix a la flexibilitat contractual (article 1), així com les llargues jornades de treball, que consideren la flexibilitat temporal (article 3); d'altra banda és té en compte una mesura global, en aquest cas la qualitat laboral (article 2). El context distal s'aborda també d'una manera similar: tenint en compte els diferents models d'estat del benestar europeus (articles 2 i 3) i aprofundint en un dels models, el dels països del sud d'Europa, concretament Espanya (article 1). Pel que fa al context proximal, s'analitza l'entorn familiar en un dels articles (article 1). Tots els articles incorporen el gènere com a eix de desigualtat social.

Atenent a aquesta organització en tres articles, els objectius específics són els següents:

### Article 1

Cortès-Franch I, Escribà-Agüir V, Benach J, Artazcoz L. Employment stability and mental health in Spain: towards understanding the influence of gender and partner/marital status. *BMC Public Health*, 2018, 18(1): 425.

- Examinar la relació entre un continu d'estabilitat laboral i salut mental.
- Examinar si aquesta associació pot dependre de la interacció amb el gènere i la situació de convivència.

### Article 2

Cortès-Franch I, Puig-Barrachina V, Vargas-Leguás H, Arcas MM, Artazcoz L. Is Being Employed Always Better for Mental Wellbeing Than Being Unemployed? Exploring the Role of Gender and Welfare State Regimes during the Economic Crisis. *International journal of environmental research and public health*, 2019, 16(23): 4799.

- Comparar el benestar mental entre persones aturades i ocupades en diferents nivells de qualitat laboral.
- Examinar les diferències de gènere en el benestar mental relacionades amb l'atur i la qualitat laboral segons la tipologia de l'estat del benestar a Europa.

### Article 3

Artazcoz L, Cortès-Franch I, Escribà-Agüir V, López M, Benavides FG. Long working hours and job quality in Europe: Gender and welfare state differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018, 15(11): 2592.

- Analitzar la relació entre les llargues jornades laborals i la qualitat laboral a la UE-27.
- Examinar els diferents patrons potencials segons les tipologies de l'estat del benestar i el gènere.

## Material i mètodes

En cadascun dels tres articles es presenten els detalls dels materials i mètodes usats. Per tal d'evitar repeticions en aquest apartat es dóna una visió global integrada de la metodologia emprada en el conjunt de la tesi referida a les fonts de dades, la població i a l'anàlisi estadística.

### Fonts de les dades

Els tres articles combinen dades procedents de tres enquestes. En l'article 1 s'analitza l'Enquesta Nacional de Salut d'Espanya (ENSE) de 2006, en l'article 2 s'utilitza l'Enquesta Social Europea (ESE) de 2010, mentre que en l'article 3 s'usa l'Enquesta Europea de Condicions de Treball (EECT) de 2010. La selecció de les enquestes està relacionada amb els objectius i la població que inclouen les dites enquestes. Així, els dos primers articles inclouen la població ocupada i aturada, mentre que el tercer es refereix a la població ocupada.

L'ENSE és una enquesta basada en una mostra representativa de la població no institucionalitzada d'Espanya i per tant inclou tant les persones aturades com les ocupades. Conté informació detallada sobre salut i benestar, i tot i que la informació sobre condicions de treball és molt limitada, inclou preguntes sobre condicions d'ocupació suficients per abordar els objectius de l'article 1.

L'ESE es realitza cada 2 anys a una mostra representativa de persones de 15 anys i més que resideixen en un dels 27 països europeus. Té una part estable de preguntes que es formulen en totes les edicions, mentre que en cada edició s'afegeix algun mòdul amb preguntes sobre temes específics sobre els què es recull informació molt àmplia. L'edició de 2010 inclou un mòdul específic sobre treball, família i benestar, fet que va permetre comparar la salut i el benestar mental entre persones aturades i ocupades i mesurar en aquestes darreres la qualitat laboral.



L'EECT es realitza cada 5 anys i inclou una mostra representativa de les persones ocupades de 15 anys i més dels països europeus. Conté preguntes que inclouen diversos aspectes de les condicions de treball i ocupació, per tant és molt efectiva per mesurar la qualitat de la feina.

### Població

Atenent als objectius de cada article, es va seleccionar la mostra corresponent: assalariada i aturada que era assalariada en la darrera ocupació en els articles 1 i 2, i assalariada en l'article 3. Per tal de minimitzar un possible efecte de causalitat inversa, en els dos primers articles es van excloure les persones aturades que no havien treballat abans i les que manifestaven que estaven aturades per motius de salut.

En els articles 2 i 3 l'edat de les persones seleccionades va ser de 16 a 64 anys, que correspon a l'edat laboral legal. En canvi, en l'article 1 es van seleccionar les persones de 25 a 64 anys que són laboralment actives però també les que tenen o poden tenir una vida familiar independent de la família d'origen. Atès que l'article analitza la situació familiar usant com aproximació l'estat civil/de parella, es van excloure les persones més joves donat que tenen una alta probabilitat de seguir depenent de la família d'origen i per tant l'estat civil/de parella és menys indicat per captar les seves responsabilitats familiars.

### Anàlisi estadística

Els tres articles segueixen una estratègia similar: en primer lloc es van analitzar les diferències de gènere en relació a les variables dependents i independents a nivell bivariat, usant la prova de chi quadrada per a variables categòriques i la t d'Student per l'edat. En els dos articles amb poblacions europees (2 i 3) l'anàlisi es va fer també separada per agrupació de països.

En segon lloc es van ajustar models de regressió logística ajustats per les variables potencialment confusores corresponents. En els tres articles els models es van separar per sexe i a més per estat civil/de parella en el primer i per l'agrupació de països en els altres dos. En els articles 1 i 3 es van avaluar les tendències amb la prova de Wald, atès que es pressuposava un gradient en l'associació.

En tots els casos es van tenir en compte els pesos derivats dels complexos dissenys mostrals.

## Resultats

A continuació es presenten els tres articles i al final de l'apartat es fa un resum dels principals resultats.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

# Employment stability and mental health in Spain: towards understanding the influence of gender and partner/marital status



Imma Cortès-Franch<sup>1,2,3,4\*</sup>, Vicenta Escribà-Agüir<sup>2,6,7,11</sup>, Joan Benach<sup>8,9,10,12</sup> and Lucía Artazcoz<sup>1,2,3,5</sup>

## Abstract

**Background:** The growing demand for labour flexibility has resulted in decreasing employment stability that could be associated with poor mental health status. Few studies have analysed the whole of the work force in considering this association since research on flexible forms of employment traditionally analyses employed and unemployed people separately. The gender division of work, and family characteristics related to employment situation, could modify its association with mental wellbeing. The objective of the study was to examine the relationship between a continuum of employment stability and mental health taking into account gender and partner/marital status.

**Methods:** We selected 6859 men and 5106 women currently salaried or unemployed from the 2006 Spanish National Health Survey. Employment stability was measured through a continuum from the highest stability among employed to lowest probability of finding a stable job among the long-term unemployed. Mental health was measured with the 12-item version of the General Health Questionnaire. Logistic regression models were fitted for each combination of partner/marital status and gender.

**Results:** In all groups except among married women employment stability was related to poor mental health and a gradient between a continuum of employment stability and mental health status was found. For example, compared with permanent civil servants, married men with temporary contract showed an aOR = 1.58 (95%CI = 1.06–2.35), those working without a contract aOR = 2.15 (95%CI = 1.01–4.57) and aOR = 3.73 (95%CI = 2.43–5.74) and aOR = 5.35 (95%CI = 2.71–10.56) among unemployed of up to two years and more than two years, respectively.

Among married and cohabiting people, the associations were stronger among men. Poor mental health status was related to poor employment stability among cohabiting women but not

among married ones. The strongest association was observed among separated or divorced people.

Conclusions: There is a rise in poor mental health as the distance from stable employment grows. This result differs according to the interaction with gender and partner/marital status. In Spain this relationship seems to

follow a pattern related to the gender division of work in married people but not in other partner/marital situations. Family and socioeconomic context can contribute to explain previous mixed results. Recommendations for research and for action are given.

Keywords: Employment stability, Unemployment, Temporary contract, Mental health, Gender roles, Marital status, Spain

## Background

Maintaining a stable working life seems to be considered desirable by most workers [1]. Paid work provides the economic resources for individual and family subsistence and also other nonmaterial goods that are a source of wellbeing and health [2]. The deep transformations of industrialized capitalist economies since the 1970s have been characterized by a constant demand for strategies of “labour flexibility” that has meant that jobs are becoming less stable and that long-term employment relationships are becoming less frequent [3].

Research on employment stability and health has focused on two strategies. On one hand there is a well-established body of evidence showing that unemployment is associated with worse mental health and wellbeing [4, 5]. On the other hand, the threat to job loss among employed people has received increasing interest from diverse scientific fields although no unequivocal results have been obtained [6, 7]. More recently, more complex approaches that analyse the impact on health and wellbeing of

flexible employment contexts, consider employment stability as just one dimension of broader constructs [1, 8, 9].

In any case, research on flexible forms of employment is mostly based on approaches which traditionally analyze employed and unemployed people separately. Therefore, a key issue on the research agenda concerns the importance of incorporating integrated perspectives that account for the complexity of different levels of employment stability. One interesting approach in this line is considering employment situation as a continuum that covers the entire work force and ranges from stable work situations to less favourable conditions represented by the loss of employment, passing through a line of worsening conditions [10]. Although some studies have considered this approach [11–13] only few had been conducted in Southern Europe [14, 15].

The characteristics of the context (political, socioeconomic, familiar, cultural) determine the relationship between employment stability and health and wellbeing, as different studies have pointed out. A recent review concluded that conducting studies in different contexts is important for understanding the relationships between unemployment and health outcomes. The authors noted that there are a large number of studies analysing unemployment and health focusing on the effect size at the population level. In contrast to that approach, the review authors recommended a need to conduct analysis of subgroups of populations representing different context, including by gender and for different family and socio-economic subgroups [16].

Gender differences in employment stability have shown mixed results. Most studies report a greater effect of unemployment on mental health among men [4], although a similar result of both sexes [17] and also a greater association among women was described [18]. A recent study showing worse effects of unemployment on mental health in male from Ireland and similar impact on males and females in Sweden, pointed out the major

influence of the context, both family and socioeconomic included, on the relationship between unemployment, gender and mental health [19]. On the other hand, despite women are disproportionately affected by different forms of flexible employment arrangements, the current knowledge about the role of gender in the association of those forms of poor stability and mental health is rather limited [20].

Few studies have taken into account family characteristics in analysing the relationship between employment stability and mental health considering the potentially different gender patterns. A couple of early studies conducted in Catalonia, a Southern European region with a traditional family model (men as breadwinners and women responsible for domestic and family work), suggested that the gender division of the breadwinner and carer roles in the family could modify the association between different levels of employment stability and mental health depending on family arrangements [21, 22]. In countries with traditional family models most unemployed married women have their basic economic needs guaranteed by their husbands' income. Moreover, women could substitute rewards formerly provided by their job by rewards from the family-nurturing role they play. Additionally, in these countries the association between unemployment and mental health status is much stronger among men due to pressures related to their breadwinner role [22].

In recent decades, research on the relationship between health and marital status, an indicator of family context, has shown that in both sexes married people have better health than single, separated, divorced or widowed people [23]. In addition to economic support, the positive characteristics of social support have been linked to better health among married people [24]. However, recent research has questioned this general acceptance showing different patterns depending on different country's policies and cultural characteristics regarding family and

gender roles [25, 26]. Moreover, studies about partner/marital status and health have been criticized for not taking into account the potential interaction with employment status [26]. Additionally, as far as we know, there are no studies considering the role of partner/ marital status in the impact of employment stability on mental health.

Taking into account, then, that the context matters when considering the impact of employment stability on health and wellbeing, analyse the interaction between labour market characteristics and family characteristics as a part of the context can improve the understanding of such relationship. Southern European countries are characterized by a strong labour market regulation, a male breadwinner family model, a low level of support for female participation in the labour force, primary welfare responsibilities lie with the family and policies that help reconcile motherhood and careers are relatively undeveloped [27]. Despite sharing this general socioeconomic context, Spain has a specific market labour characteristic: a high and persistent unemployment rate in combination with precarious employment conditions, including the increasing of temporariness, low salaries, vulnerability and incapacity to exercise rights [28]. Additionally, although labour market participation among Spanish women has increasing in last decades, they have one of the lowest employment rates in Europe as well high unemployment and temporary employment [29]. On the other hand some authors had noted that, in contrast to other Southern European countries, during the last two decades Spain is moving towards a dual-earner family model [30].

The objectives of this study were: 1) to examine the relationship between a continuum of level of employment stability and mental health and 2) to examine whether this association may depend on the interaction with gender and partner/marital status. The level of employment stability refers to the distance from stable



employment of the different groups considered and is related to the probability of future stable employment.

## Methods

### Data

The data were taken from the 2006 Spanish National Health Survey, a cross-sectional survey based on a representative sample of the non-institutionalized population of Spain, conducted by the Ministry of Health and Consumer Affairs [31]. The methodology of the survey has been reported elsewhere [25]. For the purposes of this study a subsample of all salaried employees or un-employed people (salaried employees in the last employment), aged 25–64 was selected. To minimize possible reverse causation effects, we excluded those individuals who left work for health reasons (N = 120) and those who had never been employed (N = 58). The final sample under analysis was composed of 6859 men and 5106 women.

### Measures

Employment stability was measured through a combination of three original variables (employment status, type of employment among the employed and time in un-employment among the unemployed). The final variable had the following six categories, ordered from highest employment stability to greatest distance to stable employment: permanent civil servant (“funcionario” in Spanish), permanent contract, temporary contract, working without a contract, unemployed for 2 years or less, unemployed for more than 2 years. The highest category of employment stability, permanent civil servant, is achieved in the public sector after succeeding in the relevant examinations and virtually guarantees employment for the whole working life.

Mental health status was measured with the 12-item version of the General Health Questionnaire. This is a screening instrument widely used to detect current, diagnosable psychiatric disorders. It focuses on breaks in normal functioning rather than on lifelong traits; therefore it covers personality disorders or patterns of adjustment when these are associated with distress. The reliability of the test was excellent (Cronbach's alpha = 0.99). We used a two-point scoring method, rating a problem as absent (0) or present (1) according to the method recommended by the GHQ. The responses were summed, and the participants scoring 3 or more were classified as cases [32].

Partner/marital status was based on legal marital status, partner status and living arrangements. It was coded into five categories: married, cohabiting, separated or divorced, single and widowed.

#### Statistical analysis

First, gender differences for all variables were tested at the bivariate level using the chi-square test for categorical variables and the t-test for age. Second, multiple logistic regression models were fitted in two steps in order to calculate adjusted odds ratios (aOR) and 95% confidence intervals (CI). In the first step models were separated by sex and in the second step by sex and partner/marital status. Models were adjusted for age and occupational social class and weighted by using a calibrated individual weight for the main sample. Occupational social class refers to the respondent's current occupation, or their last occupation in the case of the unemployed. It was assigned according to a widely used Spanish adaptation of the British classification [33]. The six original social classes were collapsed into two broad categories: I, II and III (non-manual workers), and IVA-IVB-V (manual workers). In addition, to test for an independent linear trend between mental health and employment stability, logistic regression was

performed fitting multivariate models including the predictor variable as continuous and using the Wald test.

## Results

### *General description of the population*

Table 1 shows a general description of the population under study. Employment stability was lower among women. The proportion of women with a permanent contract was lower than that among men, they worked without a contract more frequently, and were more frequently unemployed in any duration considered. The most frequent partner/marital status among both sexes was married, more women than men were separated or divorced while being single was more frequent among men. The proportion of women with poor mental health was greater than that among men.

**Table 1 General description of the population (in percentages) by sex. Spanish National Health Survey, 2006**

	Men N = 6859 %	Women N = 5106 %	p
Poor mental health status	13.2	22.7	< 0.001
Employment stability			< 0.001
· Permanent civil servant	9.7	9.5	
· Permanent contract	58.8	45.4	
· Temporary contract	20.4	21.8	
· No contract	1.4	6.6	
· Unemployment = < 2 years	8.3	12.1	
· Unemployment > 2 years	1.4	4.6	
Partner/marital status			< 0.001
· Married	60.8	59.8	
· Cohabiting	10.2	11.9	
· Separated or divorced	2.8	6.8	
· Single	25.7	19.9	
· Widowed	0.5	1.6	
Social class			NS
· Manual	58.3	57.4	
Mean age (SD)	40.21 (10,03)	39.35 (9,55)	< 0.001

#### *Employment stability and mental health*

In both sexes an association between employment stability and mental health was observed and a consistent gradient was found through a continuum from the most stable situation to the greatest distance from stable employment. The magnitude of the association and the gradient were stronger among men. Thus, compared with permanent civil servants, men working without a contract had an aOR = 2.10 (95%CI = 1.13–3.90) while the aOR related to unemployment of up to 2 years and more than 2 years were 3.76 (95%CI = 2.68–5.29) and 6.76 (95%CI = 4.08–11.19),

respectively. Among women, the association was similar for working without a contract (aOR = 1.85; 95%CI = 1.28–2.67) and any duration of unemployment (aOR = 1.98; 95%CI = 1.44–2.74 for two or less years of duration and aOR= 1.79; 95%CI = 1.20–2.68 for more than 2 years) (Table 2). Adjusted results showed a small reduction in the association only among women in relation to unadjusted models (Additional file 1: Table S1).

**Table 2. Association between mental health status and employment instability by sex. Spanish National Health Survey, 2006.**

	Men			Women		
	N=6972			N=5307		
	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI
<b>Employment instability</b>						
• Permanent civil servant	9.7	1 <sup>a</sup>		16.2	1 <sup>a</sup>	
• Permanent contract	10.3	1.09	0.81-1.46	20.5	1.23	0.93-1.63
• Temporary contract	14.6	1.63	1.17-2.26**	22.2	1.36	1.00-1.85*
• No contract	17.8	2.10	1.13-3.90*	30.3	1.85	1.28-2.67**
• Unemployment =< 2 years	28.5	3.76	2.68-5.29***	30.7	1.98	1.44-2.74***
• Unemployment > 2 years	41.7	6.76	4.08-11.19***	28.2	1.79	1.20-2.68**
<b>Social class</b>						
• Non manual	13.4	1		18.4	1	
• Manual	13.2	0.84	0.72-0.99*	25.8	1.34	1.15-1.56***
Age	-	0.99	0.99-1.00	-	1.01	1.00-1.02***

*Employment stability and mental health by partner/ marital status*

Table 3 summarizes the association between employment stability and mental health status, considering the interaction between gender and partner/marital status.

Among married people employment stability was associated with mental health only among men, with aOR = 1.58 (95%CI = 1.06–2.35) for temporary contracted, aOR = 2.15 (95%CI = 1.01–4.57) in case of working without a contract and aOR = 3.73 (95%CI = 2.43–5.74) and aOR = 5.35 (95%CI = 2.71–10.56) for unemployed of up to 2 years and more than 2 years, respectively. Among cohabiting men unemployment was also associated with mental health, with magnitudes greater than for married men (although the difference was not statistically significant in longer-term unemployment). On the other hand, among women in the same group, an association was observed with working without a contract (aOR = 3.37; 95%CI = 1.10–10.33) and, as happened among men although with a lower magnitude, in relation to unemployment (aOR = 3.70; 95%CI = 1.29–10.62 among unemployed for two or less years). In both sexes unemployment was associated with poor mental health among separated or divorced people; this group stands out as having one of the strongest associations between mental health and employment stability. Among single people poor employment stability was positively associated with poor mental health among both sexes; among women all associations were statistically significant, also in the case of permanent contracts, and they presented stronger associations than men in all three groups of employed (for example the aOR among women working without a contract was 12.00; 95%CI = 3.20–44.96 and among men aOR = 4.40; 95%CI = 1.18–16.42).

A gradient was found in all partner/marital status groups except among married women. To facilitate the observation of the gradient these results are graphically shown in Additional file 2: Figure S1. Finally, no association was found among widowed people. Unadjusted models are shown in Additional file 3: Table S2. Adjustment by age and social class changed the magnitude of the associations depending on the group analysed, decreasing in most cases. The most important change was observed in married women among whom working without a contract or being

un- employed for two or less years was associated to poor mental health.

**Table 3. Association between mental health status and employment instability by partner/marital status. Spanish National Health Survey, 2006.**

<b>MEN</b>															
	Married N=4172			Cohabiting N=699			Separated or divorced N=190			Single N=1766			Widowed N=31		
	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI
Permanent civil servant	10.7	1 <sup>c</sup>		4.2	1 <sup>b</sup>		10.5	1 <sup>c</sup>		5.9	1 <sup>c</sup>		33.3	1	
Permanent contract	10.2	1.00	0.72-1.40	12.0	2.54	0.57-11.42	28.4	3.33	0.57-19.41	8.3	1.31	0.52-3.28	9.5	0.17	0.00-7.33
Temporary contract	15.1	1.58	1.06-2.35*	15.4	3.28	0.70-15.47	9.1	0.65	0.07-5.80	14.1	2.39	0.95-6.06	0.0	0.31	0.00-5014.54
No contract	19.0	2.15	1.01-4.57*	0.0	0.00	0.00-	0.0	0.00	0.00-	22.7	4.40	1.18-16.42*	0.0	0.00	0.00-
Unemployment =< 2 years	28.3	3.73	2.43-5.74***	25.7	7.07	1.37-36.39*	50.0	8.11	1.16-56.48*	27.0	5.34	2.10-13.60***	0.0	0.07	0.00-19.27
Unemployment > 2 years	34.0	5.35	2.71-10.56***	33.3	9.32	0.90-96.33	75.0	51.46	4.50-588.65*	48.5	11.23	3.53-35.75***	0.0	0.00	0.00-
<b>WOMEN</b>															
	Married N=3055			Cohabiting N=608			Separated or divorced N=348			Single N=1014			Widowed N=82		
	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI
Permanent civil servant	18.9	1		19.4	1 <sup>b</sup>		9.4	1 <sup>c</sup>		3.9	1 <sup>b</sup>		33.3	1	
Permanent contract	20.8	0.93	0.67-1.29	21.2	1.32	0.51-3.41	24.2	2.34	0.65-8.37	15.2	4.33	1.40-13.46*	51.5	2.50	0.47-13.29
Temporary contract	20.5	0.85	0.58-1.25	32.5	2.57	0.95-6.93	41.2	4.68	1.23-17.84*	15.3	4.74	1.47-15.22**	25.0	0.63	0.08-5.14
No contract	28.6	1.20	0.76-1.89	37.0	3.37	1.10-10.33*	33.3	3.38	0.69-16.55	32.5	12.00	3.20-44.96***	11.1	0.46	0.04-5.58
Unemployment =< 2 years	28.6	1.26	0.85-1.88	40.6	3.70	1.29-10.62*	69.7	15.43	3.61-65.89***	19.5	6.15	1.86-20.32**	42.9	1.37	0.18-10.45
Unemployment > 2 years	25.2	1.07	0.64-1.77	33.3	2.20	0.52-9.28	59.1	9.58	2.16-42.47**	22.5	8.57	2.20-33.36**	0.0	0.60	0.02-19.40

aOR = adjusted odds ratio (age and social class). 95% CI = 95% confidence interval.

\* p <0.05; \*\* p<0.01; \*\*\*p<0.001

Wald test: <sup>a</sup> p <0.05; <sup>b</sup> p<0.01; <sup>c</sup> p<0.001



## Discussion

The results of this study based on a large and representative sample from Spain are unique in showing the role of partner/marital status in the relationship between a continuum of employment stability and mental health taking into account potential gender differences. It adds to the growing body of evidence indicating that the lack of stable employment can substantially increase the risk of poor mental health and highlights the family and socioeconomic context as potential explanations for previous inconsistent findings. The study deepens in the measurement of employment stability by defining a continuum from the highest stability among employed (as far as we know this is the first study using permanent civil servants as the reference category, an extremely stable situation in Spain) to lowest probability of finding a stable job among the unemployed. Studies about temporary job or unemployment and health usually take stable employment as the reference category, mixing permanent staff with contracted workers, when the stability of the latter group has been declining as more flexible employment policies have been introduced. Our study relied on a nationally representative and large-scale sample making it possible to analyse employment stability across a number of different categories, while also deepening our understanding of the relationship between stability and mental health through stratified models by gender and partner/marital status.

This study has produced four main findings: 1) in all groups, except among married women, the lack of employment stability was related to poor mental health, and a gradient between increasing distance from stable employment and worsening mental health status was found; 2) among married and co-habiting people, the associations were stronger among men; 3) poor mental health status was related to a lack of employment stability among cohabiting women but not among married ones; and 4) the strongest association between lack of

employment stability and poor mental health was found in both sexes among separated or divorced people.

## Employment stability and mental health

### Unemployed people

Unemployment was related to poor mental health status, and a gradient was found related to growing distance to stable employment. These results add to those from the already considerable number of studies analysing unemployment and mental health and are also consistent with studies that have found a positive relationship between length of unemployment and poor mental health status [4]. Regarding employment stability, being unemployed indicates the lowest probability of future stable employment.

Some political and socioeconomic characteristics of the Spanish context could be related to our results, for example, income inequality and the level of unemployment protection. Paul & Moser meta-analysis

[4] showed that in countries with high levels of income inequality the negative effects of unemployment on mental health were more severe than in more egalitarian countries. Spain is one of the most unequal European countries (it occupies between the 4th and 6th place in the last 10 years measured by GINI coefficient [14]). Moreover, as other Southern European countries, the unemployment protection is less generous than in other welfare state regimes such as Scandinavian, Bismarckian or Anglo-Saxon. Generosity of unemployment provision has been associated with a positive effect on the mental wellbeing of unemployed people [13, 15].

One of the measures that have been proposed to increase employment is to reduce the rigidity of the Spanish labour market. This measure that could increase the probability of finding a job among unemployed people and perhaps improve the stability

of those working without a contract might increase instability among the occupied. In fact, labour reforms carried out in recent years in Spain have introduced greater facilities for dismissal [34]. Although the unemployment rate has decreased, there has been a very sharp deterioration in the working conditions of the employed, and once again temporality has increased [35].

In addition to generous unemployment benefits, active labour market programs (ALMP) could increase the probability of finding a job among the unemployed. Those programs aimed at improving the employability of the unemployed, enhance their possibilities to return to employment. There is some evidence that ALMP have a positive impact on mental health of unemployed people [36], and recent studies suggest that government spending on ALMP may counter the effect of recession on suicide rates [37]. However, it would be better if these programs were also complemented by measures aimed at improving the stability of jobs.

#### Employed people

Among employed people mental health status worsened as stability decreased. Two reviews about temporary employment and psychological health have produced contradictory results. While our results are in accordance with those of Virtanen et al. [7], the review by De Cuyper et al. [38] concluded that research results are inconsistent and inconclusive. Heterogeneity between various temporary arrangements and between countries regarding levels of social protection and workers' rights may explain some of the mixed findings [8]. Carr demonstrated that Mediterranean countries (including Spain), where there is not much support for the unemployed either through benefits or activation measures, insecure employment has a much stronger negative impact on life satisfaction [6]. A qualitative study conducted in Spain suggested that probably the main disadvantage of temporary work is the uncertainty about maintaining employment and the difficulties

finding a new one in a country with very high unemployment rates [39].

The worst mental health among employees was found in people working without a contract. A study conducted in Catalonia reported that among manual workers, both men and women, working with no contract was related to poor mental health [21]. In addition, this form of informal employment is associated with other harmful conditions of vulnerability such as exploitation, arbitrary relationships and denial of basic rights of workers [40].

Using a variable that measures from the maximum stability at work to the lowest probability of future stable employment among the unemployed, suggests that an important part of the association is explained by the uncertainty of recovering or maintaining an employment. However, it is necessary to consider that lack of stability is just one dimension of broader constructs such as precarious employment and therefore the poorest situation of employees in different situations of low stability could be explained not only by the fear of losing their jobs but also by the poorer conditions related with precarious employment [8, 41].

#### Employment stability, mental health and partner/marital status

##### Married people

Among married men decreasing employment stability increased the likelihood of their having poor mental health. In contrast, married women were the only group showing no association between employment stability and mental health. Our study was conducted in Spain, a country characterized by a traditional family model. These results go in line with those found in Ireland [19], a country with a similar family model, suggesting a pattern in relation to the deleterious effect on mental health of the role of breadwinner in case of employment instability. The pressure to continue providing the financial resources at home among

working men, and the uncertainty, among the unemployed, of not knowing when they will regain that role would explain the results among married men. Additionally, the breadwinner role among employed married men in more unstable jobs could lead them to accept more vulnerable situations in order to keep the job. It has been reported that married men work longer hours, work harder, have lower absenteeism and were more obedient to their superiors than single men [42]. Artazcoz et al. proposed a model to explain the deleterious effect on health of the acceptance of working long hours and other poor working conditions among breadwinners [43].

Married women, in contrast, have access to alternative roles (for example child rearing) that may be able to serve as substitutes for employment, at least to a certain degree. Moreover, unemployed married women can expect more financial support from their husbands than unemployed men from their wives, as men still earn more than women.

#### Cohabiting people

Although many studies about marital status and health have considered married and cohabiting partners as one category, we found poorer health outcomes among cohabiting people, both men and women. Even though the difference was stronger among women since the association of employment stability found among cohabiting was not found in married ones. The weaker commitment and lower stability characteristic of cohabiting unions [44] may heighten instability, adding to that related to their employment situation. So the threat of job loss or the difficulty to find a new job among unemployed people with a weak partner relationship and the accompanying fear of losing a source of financial and social support could explain the poorer situation among them. It should be noted that cohabitation has gone from a marginal role in the family formation process to a significantly

spreading into the Spanish population. In fact, in our study this situation accounted for around 10% of people.

### Separated or divorced

The higher prevalence of poor mental health was observed in separated or divorced unemployed people of both sexes. These results add to the extensive body of literature reporting that separated and divorced people have poorer mental health than their married counterparts [45]. Part of this association among people in the labour force could be related to poor employment stability.

Having children can be one source of family financial stress among separated or divorced people with less probability of future stable employment, especially those unemployed. Some men must pay child support payments for the maintenance of their children and also maintain their own home, since in most cases child custody and family housing is assumed by the former partner. However, it is possible that this situation is not the most frequent, since only 20.4% of men in this group had children (dependent or not). Among separated or divorced women with children in their care, the threat to employment stability could partly explain their poor mental health (in our study 77.7% of separated or divorced women had at least one child). Unemployed and temporarily contracted women showed the strongest association with poor mental health. The economic vulnerability of being a breadwinner in the case of separated or divorced women could oblige them to accept poor working conditions in order to avoid losing their job similar to the mechanism mentioned previously in married men. Additionally, although a selection bias cannot be ruled out, the higher magnitudes of the OR found in this group could be also related to the lower than average wage replacement rates among unemployed women.

## Single people

In both sexes low employment stability was associated with poorer mental health status among single people following a continuum from stable employment to the greatest distance from that situation. Additionally, employed women showed stronger associations than men that could be related, in addition to fear of losing their job, with poorer working conditions frequently observed among women. Women in situations of lower employment stability (working without a contract) presented the strongest association, probably mixing the relationships between poor stability and other poor working conditions characteristic of precariousness, which are more frequent among women [20]. It should be noted that domestic workers and cleaners accounted for 70.0% of this group, among whom it is well known that working and employment conditions are poor.

In all groups of men, long-term unemployed showed worse mental health than short-term unemployed. Among women, while singles showed a similar association, cohabiting and being separated or divorced presented a reverse relationship. These two patterns of association are described in the literature: a) an increase in poor mental health as time in unemployment increases [4, 46], and b) a levelling off or even slight recovery in wellbeing, interpreted as a result of the unemployed beginning to face and adapt to their challenging circumstances [4]. The different gender pattern that we find suggests that the alternative role of caring performed by cohabiting and separated or divorced women (the majority of whom had at least one child) could contribute to a certain adaptation to long term unemployment, while single women would not have this role.

## Widowed

No associations were found between employment stability and mental health probably because lack of statistical power due to the few people in this situation.

## Limitations

The possibility of reverse causation must be considered. We have tried to reduce this possibility among un- employed people by excluding people who were un- employed for health reasons, as well as those never employed. However, probably some effect remains, since often illness or mild-moderate mental health issues are secondary issues in job loss. It must be taken into account, however, that the meta-analysis conducted by Paul & Moser concluded that the practical importance of this effect might be limited [4]. On the other hand, reverse causation can explain, at least in part, the association between mental health and other levels of employment stability, given the capacity of mental health to predict employment opportunities and stability. Another limitation is that we have not taken into account the possible interaction of social class because few people in low social positions worked as permanent civil servants. Since we adjusted for this variable, we could not observe inequalities related to social position, but we were able to clarify the interaction between gender and partner/ marital status.

A high unemployment rate, fast deterioration of the stability and quality of jobs and cuts in social and employment policies as a result of the last economic crisis in Spain, could change the results found in the present study, likely worsening the situation of people in un- stable employment situations [47]. Some studies analysing the effect of the economic crisis in mental health in Spain suggest that unemployment was related to an increase in poor mental health among men [48, 49], mainly among breadwinners [50]. In the case of women, one study suggested



that the poorest mental health among women from Southern European countries was related to changes in their employment status. Due to the increase of unemployment, primarily among men during the first phase of the crisis, many partnered women were pushed to enter the labour market forced by their economic needs and vulnerability that reduced their bargaining power for better employment conditions, including stability [51]. Moreover, Urbanos et al. demonstrated worsening mental health among unemployed Spaniards during the economic crisis, mainly among the long term unemployed; unfortunately, the study didn't take into account gender differences [52].

## Conclusions

The relationship between employment stability and mental health follows a continuum from more stable situations to lowest probability of future stable employment associated to from better to poorer mental health status. This result differs according to the interaction with gender and partner/marital status. In Spain this relationship seems to follow a pattern related to the gender division of work in married people but not in other partner/marital situations. Family and socioeconomic context can contribute to explain the results.

The recommendations for future research include a) design longitudinal studies in order to take into account changing labour market trajectories and people's increasingly complex partner/marital life course, and b) consider how the relation between employment stability and mental health, considering gender and partner/marital status, may vary across socioeconomic groups. The recommendations for action are: a) implement generous unemployment benefit programs and invest in active labour market programs, giving the capacity to improve mental well-being among not only the unemployed [36, 53, 54], but also among employed people [55], b) stimulate stability of

employment relations, c) define policies that promote and protect social ties within the Spanish context to offset some of the health impact of employment stability; some of the benefits might be specific to family situations [24], and d) take gender and family status into consideration when designing social policies to address economic and labour market changes.

#### Additional files

**Additional file 1:** Table S1. Unadjusted association between mental health status and employment stability by sex. Spanish National Health Survey, 2006. (DOCX 19 kb)

**Additional file 2:** Figure S1. Association between mental health status and employment stability by partner/marital status among men and women. Spanish National Health Survey, 2006. (DOCX 112 kb)

**Additional file 3:** Table S2. Unadjusted association between mental health status and employment stability by partner/marital status. Spanish National Health Survey, 2006. (DOCX 112 kb)

Received: 2 November 2017 Accepted: 8 March 2018

#### References

1. Davoine L, Erhel C, Guergoat-Lariviere M. Monitoring quality in work: European Employment Strategy indicators and beyond. *Int. Labour Rev.* [Internet]. 2008;147:163–198. Available from: file:///C:/Users/HP/Downloads/0c9605247f7ba094c3000000.pdf.
2. Jahoda M. Work, employment, and unemployment: values, theories, and approaches in social research. *Am Psychol.* 1981;36:184–91.
3. Boyer R. The economics of job protection and emerging new capital labour relations. In: Buechtemann CF, editor. *Employ. Secur. Labour mark. Behav. Interdiscip. Approaches Int. Evid.* New York: ILR Press; 1993. p. 69–125.

4. Paul KI, Moser K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J. Vocat. Behav.* [Internet]. Elsevier Inc.; 2009;74:264–282.[cited 24 July 2014] Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001879109000037>.
5. Rueda S, Chambers L, Wilson M, Mustard C, Rourke SB, Bayoumi A, et al. Association of returning to work with better health in working-aged adults: a systematic review. *Am J Public Health.* 2012;102:541–56.
6. Carr E, Chung H. Employment insecurity and life satisfaction: The moderating influence of labour market policies across Europe. *J Eur Soc Policy.* 2014;24:383–99.
7. Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol.* 2005;34:610– 22.
8. 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;35:229–53.
9. Burchell B, Sehnbruch K, Piasna A, Agloni N. The quality of employment and decent work: definitions, methodologies, and ongoing debates. *Cambridge J Econ.* 2013;38:459–77.
10. Dooley D. Unemployment, underemployment, and mental health: conceptualizing employment status as a continuum. *Am J Community Psychol.* 2003;32:10–20.
11. Grzywacz JG, Dooley D. ‘Good jobs’ to ‘bad jobs’: replicated evidence of an employment continuum from two large surveys. *Soc Sci Med.* 2003;56: 1749–60.  
<https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45537027/37.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1521323031&Signature=ol7daqRjmtPTKF9bkxO7RdB5qZw%3D&responsecontent->

disposition=inline%3B%20filename%3DGood\_jobs\_to\_bad\_jobs\_replicated\_eviden.pdf.

12. Leach LS, Butterworth P, Strazdins L, Rodgers B, Broom DH, Olesen SC. The limitations of employment as a tool for social inclusion. *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd. 2010;10:621.
13. Virtanen P, Liukkonen V, Vahtera J, Kivimaki M, Koskenvuo M. Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. *Int J Epidemiol*. 2003;32:1015–21.  
<https://academic.oup.com/ije/article/32/6/1015/775166>.
14. Sánchez-moreno E, Gallardo-peralta LP, Barrón A, Arias-astay A. Employment status and health in Spain before and after the great recession. *Soc Curr*. 2016;3:386–402.
15. Fiori F, Rinesi F, Spizzichino D, Di Giorgio G. Employment insecurity and mental health during the economic recession: An analysis of the young adult labour force in Italy. *Soc Sci Med*. 2016;153:90–8.
16. Norström F, Virtanen P, Hammarström A, Gustafsson PE, Janlert U. How does unemployment affect self-assessed health ? A systematic review focusing on subgroup effects. *BMC Public Health*. 2014;14:1310.
17. Thomas C, Benzeval M, Stansfeld S a. Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. *J Epidemiol. Community Health*. 2005;59:243–9.
18. Frasquilho D, de Matos M, Marques A, Gaspar T, Caldas-de-Almeida J. Distress and unemployment: the related economic and noneconomic factors in a sample of unemployed adults. *Int J Public Health*. 2016:1–8.
19. Strandh M, Hammarström A, Nilsson K, Nordenmark M, Russel H. Unemployment, gender and mental health : the

- role of the gender regime. *Sociol Health Illn.* 2013;35:649–65.
20. Menéndez M, Benach J, Muntaner C, Amable M, O’Campo P. Is precarious employment more damaging to women’s health than men’s? *Soc. Sci Med.* 2007;64:776–81.
  21. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59:761–7.
  22. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class. *Am J Public Health.* 2004;94:82–8.
  23. Lund R, Due P, Modvig J, Holstein BE, Damsgaard MT, Andersen PK. Cohabitation and marital status as predictors of mortality—an eight year follow-up study. *Soc Sci Med.* 2002;55:673–9. <https://pdfs.semanticscholar.org/7c16/bcd73b0e15165055067366a89a59f2d471f1.pdf>.
  24. Umberson D, Montez JK. Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *J Health Soc Behav.* 2010;51:S54–66.
  25. Artazcoz L, Cortès I, Borrell C, Escribà-Agüir V, Cascant L. Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Soc Sci Med.* 2011;72:600–7.
  26. Simon RW. Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. Publications Office of the European Union. *Am J Sociol.* 2002; 107:1065–96.
  27. Ferrera M. The “southern model” of welfare in social Europe. *J. Eur. Soc Policy.* 1996;6:17–37.
  28. Vives A, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C, Muntaner C, et al. Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social

- determinant of health. *J Environ Public Health*. 2013;2013:1–10.
29. Eurofound. The gender employment gap: challenges and solutions. Luxembourg; 2016.
  30. Naldini M, Jurado T. Family and Welfare state reorientation in Spain and inertia in Italy from a European perspective. *Popul Rev*. 2013;52:43–61.
  31. Ministerio de Sanidad y Consumo. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud de 2006. [Methodology of the 2006 National Health Survey]. [internet]. Available from: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
  32. Goldberg D. Manual of the general health questionnaire. Windsor: NFER Publishing; 1978.
  33. Domingo-Salvany A, Regidor E, Alonso J, Álvarez-Dardet C. Una propuesta de medida de la clase social: Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitaria [proposal for a social class measure: working group of the Spanish society epidemiology and. *Atención Primaria* 2000;25:350–363.
  34. Clauwaert S, Schömann I. The crisis and national labour law reforms: a mapping exercise. Brussels: Report No: 2012; 2012. p. 04.
  35. Miguélez F, Alós R, Carrasquer P, Lope A, Molina Ó, Pastor A, et al. [Diagnóstico socio-económico sobre las políticas de empleo en España, 2012–2014] [Internet]. Centre d’Estudis Sociològics sobre la Vida Quotidiana i el Treball – QUIT Institut d’Estudis del Treball, editor. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2015. Available from: <https://ddd.uab.cat/record/142865>.
  36. Coutts AP. Active labour market Programmes ( ALMPs ) and health : an evidence-bas. In: Review prepared for the

strategic review of health inequalities in England post 2010 ( marmot review ); 2009.

37. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, Mckee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe : an empirical analysis. *Lancet* [internet]. 2009;374:315–23. Elsevier Ltd Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)
38. De Cuyper N, de Jong J, De Witte H, Isaksson K, Rigotti T, Schalk R. Literature review of theory and research on the psychological impact of temporary employment: Towards a conceptual model. *Int J Manag Rev*. 2008;10:25–51.
39. Amable M, Benach J, González S. La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2001;4:169–84.
40. Porthé V, Benavides FG, Vázquez ML, Ruiz-Frutos C, García AM, Ahonen E, et al. [Precarious employment in undocumented immigrants in Spain and its relationship with health]. *Gac Sanit*. 2009;23(Suppl 1):107–14.
41. Benach J, Muntaner C. Precarious employment and health: developing a research agenda. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:276–7.
42. Ahituv A, Lerman RI. Job turnover, wage rates, and marital stability: How are they related? *Rev Econ Househ*. 2010;9:221–49.
43. Artazcoz L, Cortès I, Escribà-Agüir V, Cascant L, Villegas R. Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:521–7.
44. Brown SL, Booth A. Cohabitation versus marriage: a comparison of relationship quality. *J Marriage Fam*. 1996;58:668–78.

45. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Heal.* 2013;34:119–38.
46. Bambra C, Eikemo T A. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63:92–98.
47. Cortès-Franch I, González López-Valcárcel B. [The economic-financial crisis and health in Spain. Evidence and viewpoints. SESPAS report 2014]. *Gac Sanit.* 2014;28(Suppl 1):1–6.
48. Lopez-Bernal J, Gasparrini A, Artundo L, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Pub Health.* 2013;23:732–6.
49. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Pub Health.* 2013;23:103–8.
50. Bartoll X, Palència L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Pub Health.* 2013; 24:415–8.
51. Artazcoz L, Cortès I, Puig-Barrachina V, Benavides FG, Escribà-Agüir V, Borrell C. Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health. *Eur J Public Health.* 2014;24:649–55.
52. Urbanos-Garrido RM, Lopez-valcarcel BG. The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *Eur J Health Econ.* 2015;16:175–84.



54. Ferrarini T, Sjöberg O. Social policy and health: transition countries in a comparative perspective. *Int J Soc Welf*. 2010;19:S60–88.
55. O’Campo P, Molnar A, Ng E, Renahy E, Mitchell C, Shankardass K, et al. Social welfare matters : a realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health. *Soc Sci Med Elsevier Ltd*. 2015;132:88–94.
56. Dragano N, Siegrist J, Wahrendorf M, Dragano N, Siegrist J, Wahrendorf M. Welfare regimes, labour policies and unhealthy psychosocial working conditions : a comparative study with 9917 older employees from 12 European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(9):793.

57.

**Supplementary Table 1. Unadjusted association between mental health status and employment stability by sex. Spanish National Health Survey, 2006.**

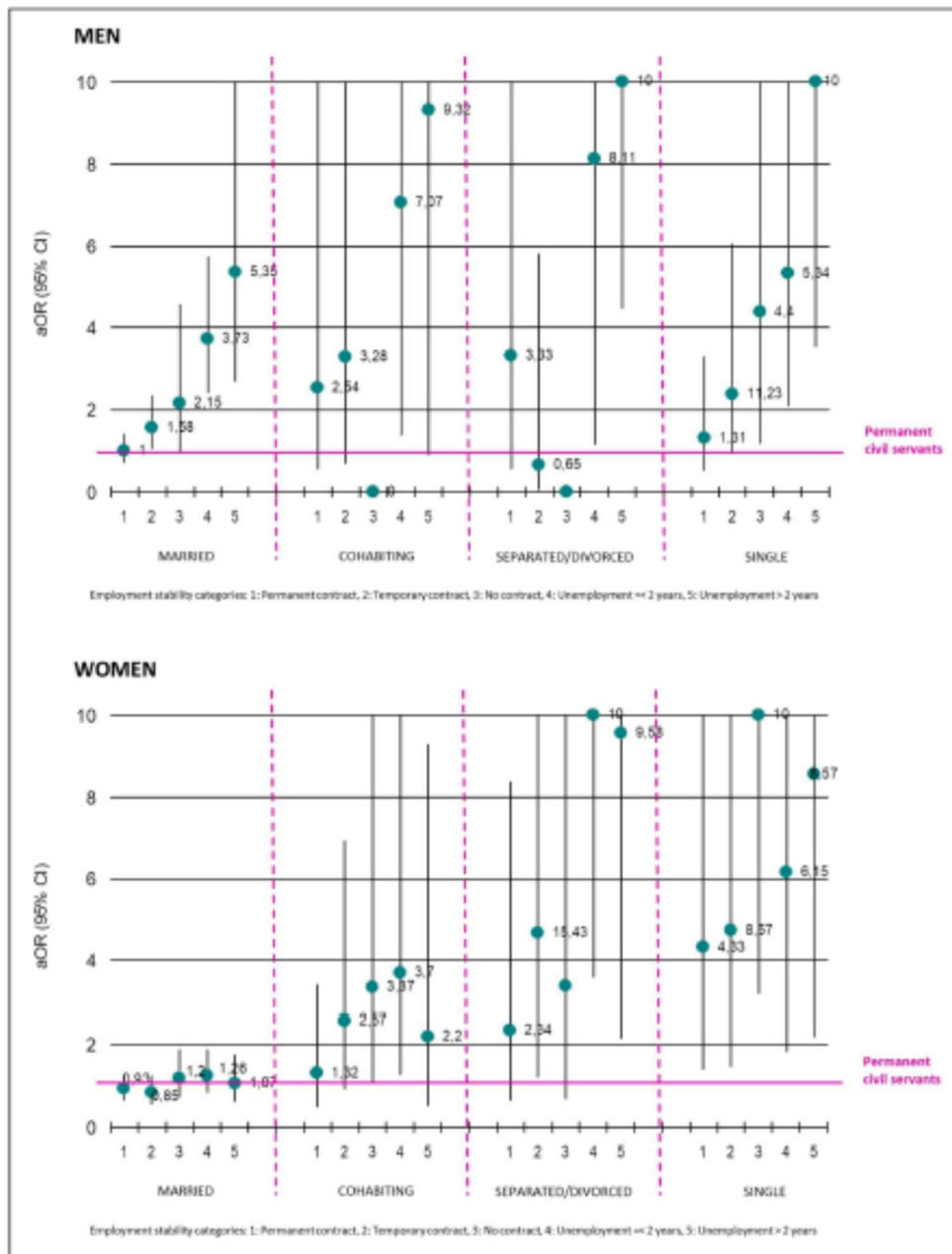
	Men N=6972			Women N=5307		
	%	OR	95% CI	%	OR	95% CI
<b>Employment stability</b>						
• Permanent civil servant	9.7	1 <sup>a</sup>		16.2	1 <sup>a</sup>	
• Permanent contract	10.3	1.08	0.81-1.43	20.5	1.33	1.02-1.73*
• Temporary contract	14.6	1.61	1.18-2.18**	22.2	1.47	1.11-1.96**
• No contract	17.8	2.01	1.10-3.67*	30.3	2.24	1.60-3.15***
• Unemployment =< 2 years	28.5	3.73	2.70-5.15***	30.7	2.28	1.69-3.08***
• Unemployment > 2 years	41.7	6.77	4.18-10.99***	28.2	2.05	1.40-3.01***

OR = odds ratio. 95% CI = 95% confidence interval.

\* p <0.05; \*\* p<0.01; \*\*\*p<0.001

Wald test: <sup>a</sup> p <0.05; <sup>b</sup> p<0.01; <sup>c</sup> p<0.001

**Supplementary Figure S1. Association between mental health status and employment stability by partner/marital status among men and women. Spanish National Health Survey, 2006.**



Note: the upper IC limit has been truncated in value 10 for graphic reasons.

**Supplementary Table 2. Unadjusted association between mental health status and employment stability by partner/marital status. Spanish National Health Survey, 2006.**

<b>MEN</b>															
	Married N=4172			Cohabiting N=699			Separated or divorced N=190			Single N=1766			Widowed N=31		
	%	OR	95% CI	%	OR	95% CI	%	OR	95% CI	%	OR	95% CI	%	OR	95% CI
Permanent civil servant	10.7	1 <sup>c</sup>		4.2	1 <sup>b</sup>		10.5	1 <sup>c</sup>		5.9	1 <sup>c</sup>		33.3	1	
Permanent contract	10.2	0.95	0.69-1.31	12.0	3.25	0.74-14.26	28.4	4.31	0.79-23.71	8.3	1.35	0.55-3.31	9.5	0.18	0.12-7.72
Temporary contract	15.1	1.49	1.04-2.15*	15.4	4.41	0.98-19.77	9.1	1.13	0.15-8.44	14.1	2.40	0.97-5.92	0.0	0.39	0.00-2498.94
No contract	19.0	1.87	0.90-3.87	0.0	0.00	0.00-	0.0	0.00	0.00-	22.7	4.51	1.23-16.53*	0.0	0.00	0.00-
Unemployment =< 2 years	28.3	3.31	2.21-4.97***	25.7	8.48	1.66-43.23*	50.0	11.29	1.86-68.50*	27.0	5.46	2.20-13.58***	0.0	0.07	0.00-9.85
Unemployment > 2 years	34.0	4.36	2.24-8.48***	33.3	11.38	1.14-114.12*	75.0	38.37	3.77-390.42*	48.5	13.96	4.62-42.21***	0.0	0.00	0.00-

<b>WOMEN</b>															
	Married N=3055			Cohabiting N=608			Separated or divorced N=348			Single N=1014			Widowed N=82		
	%	OR	95% CI	%	OR	95% CI	%	OR	95% CI	%	OR	95% CI	%	OR	95% CI
Permanent civil servant	18.9	1 <sup>c</sup>		19.4	1 <sup>c</sup>		9.4	1 <sup>c</sup>		3.9	1 <sup>b</sup>		33.3	1	
Permanent contract	20.8	1.13	0.83-1.54	21.2	1.08	0.45-2.60	24.2	3.02	0.88-10.40	15.2	3.80	1.24-11.61*	51.5	2.34	0.48-11.36
Temporary contract	20.5	1.10	0.78-1.56	32.5	1.95	0.81-4.70	41.2	6.59	1.83-23.65**	15.3	3.85	1.24-11.99*	25.0	0.61	0.08-4.42
No contract	28.6	1.73	1.15-2.61**	37.0	2.36	0.88-6.35	33.3	5.05	1.10-23.24*	32.5	9.81	2.74-35.11***	11.1	0.37	0.04-3.76
Unemployment =< 2 years	28.6	1.73	1.20-2.48**	40.6	2.78	1.08-7.17*	69.7	22.69	5.59-92.19***	19.5	5.09	1.58-16.42**	42.9	1.66	0.28-9.95
Unemployment > 2 years	25.2	1.43	0.89-2.32	33.3	1.99	0.54-7.21	59.1	13.17	3.09-56.18***	22.5	5.94	1.58-22.26**	0.0	0.54	0.02-16.98

OR = odds ratio. 95% CI = 95% confidence interval.



\* p <0.05; \*\* p<0.01; \*\*\*p<0.001.

Wald test: a p <0.05; b p<0.01; c p<0.001



Article

## Is Being Employed Always Better for Mental Wellbeing Than Being Unemployed? Exploring the Role of Gender and Welfare State Regimes during the Economic Crisis

Imma Cortès-Franch <sup>1,2,3,4,\*</sup> , Vanessa Puig-Barrachina <sup>1</sup>, Hernán Vargas-Leguás <sup>1,5</sup>,  
M. Marta Arcas <sup>1</sup> and Lucía Artazcoz <sup>1,2,3,5</sup> 

<sup>1</sup> Health and Work Department, Agència de Salut Pública, 08023 Barcelona, Spain; vpuig@aspb.cat (V.P.-B.); hvargas@aspb.cat (H.V.-L.); marcas@aspb.cat (M.M.A.); lartazco@aspb.cat (L.A.)

<sup>2</sup> CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), 28029 Madrid, Spain

<sup>3</sup> Institute of Biomedical Research (IIB-Sant Pau), 08041 Barcelona, Spain

<sup>4</sup> Department of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, and Preventive Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Barcelona, Spain

<sup>5</sup> Center for Research in Occupational Health, Universitat Pompeu Fabra, 08002 Barcelona, Spain

\* Correspondence: icortes@aspb.cat; Tel.: +34-932-384-565

Received: 5 November 2019; Accepted: 28 November 2019; Published: 29 November 2019



Abstract: The growth of poor jobs related to economic crisis adds to its increase since the mid-1970s as a result of new forms of flexible employment. In Europe, there is no clear evidence on whether working in a poor-quality job is better for mental wellbeing than being unemployed. The objectives of this study were to compare mental wellbeing between the unemployed and those working in jobs with different quality levels and to examine gender and welfare state differences in Europe. We selected 8324 men and 7496 women from the European Social Survey, 2010. Hierarchical multiple logistic regression models were fitted, separated by sex and country group. No significant differences in mental wellbeing were shown between unemployed-non-active, unemployed-active, and those working in low-quality jobs in either sex. Only men from Conservative countries in low-quality jobs had better mental wellbeing than unemployed (non-active) men. Only having a good-quality job reduced the likelihood of poor mental wellbeing compared with being unemployed (non-active) among men in all countries (except Social-Democratic) and among women in Eastern and Southern European countries. No differences were observed among men or women in Social-Democratic countries, while strong gender differences were found in Conservative and Liberal countries. Our study indicates the need to take job quality into account, in addition to creating jobs during economic crises. The main mechanisms to explain the strong gender and welfare state differences identified could be social protection for unemployed, labor market regulations, and family models.

Keywords: unemployment; job quality; mental wellbeing; gender; welfare states; Europe

## 1. Introduction

The global economic crisis has returned the spotlight to the debate on the quantity and quality of jobs, but the introduction of the health perspective in this discussion is fairly recent. Since the beginning of the crisis at the end of 2007, global unemployment rates in Europe have been growing, although there has been wide heterogeneity between countries. At the same time, many European countries implemented labor market reforms, having taken a range of measures to deregulate labor markets and boost enterprise flexibility, lowering the quality of jobs [1]. Therefore, although reducing the unemployment rate was a priority, many workers became re-employed in poor-quality jobs. The growth of poor jobs related to economic crisis adds to its increase since the mid-1970s as a result of new forms of flexible employment. Consequently, more research is needed to contrast employment policies that often assume that the benefits of work are superior to any negative characteristics of work and the adverse effects of unemployment.

Our study provides innovative evidence regarding differences in mental wellbeing between unemployed people and people working in low and good quality jobs. Previous studies usually compared unemployed versus working people. Furthermore, we have analyzed the question from a perspective of gender inequalities, often lacking in studies that analyze work and health, despite the fact that positions of men and women in relation to the labor market are structurally different. Finally, we have explored the role of European welfare state typologies, adding the perspective of health to the long comparative research of welfare state and labor markets.

## Background

A large body of research has shown that unemployment has a detrimental effect on mental wellbeing [2,3]. Additionally, some

studies have demonstrated the positive effect of gaining a job among unemployed people [4,5]. Nevertheless, previous studies analyzing job quality have indicated that low-quality jobs and precariousness are related to poor mental wellbeing [6].

Although there are a number of definitions, measures, and even indexes of job quality, a consensus is lacking on what constitutes job quality. For the purposes of this study, job quality is defined as the extent to which a job has work and employment-related factors that foster beneficial outcomes for the employee, particularly mental and physical well-being, as well as job satisfaction [7].

The few studies that question whether getting a job, regardless of its quality, improves the mental wellbeing of the unemployed population, tend to show that low-quality jobs have a similar or even worse effect than unemployment. These studies were conducted mainly outside Europe (Australia and the USA) [8–12]. The few studies that have been conducted in Europe have analyzed only a few specific countries [13,14]. However, differences in political, economic, and social contexts can determine differences in answer to this debate. As far as we know, no studies have analyzed this question at the European level, nor have they compared different welfare state typologies.

Despite the sexual division of labor, studies on gender inequalities and health in regards to job quality are scarce. A couple of recent studies have reported that, in countries with a traditional family model, gender differences in the impact of poor-quality jobs (mandatory long working hours and employment uncertainty) on mental wellbeing were related to the family context [15,16].

Additionally, many studies on unemployment and mental wellbeing have not examined potential gender differences. However, most studies have reported a stronger effect of unemployment on mental wellbeing among men [2], although one study reported a similar effect on both sexes [17] and another



study reported a stronger association among women [18]. A recent study showing worse effects of unemployment on mental wellbeing among men from Ireland and a similar impact on men and women in Sweden highlighted the major influence of the context, including both the family and socioeconomic situations on the relationship between unemployment, gender, and mental wellbeing [19].

The extent to which the potential impact of unemployment and job quality have on mental wellbeing depends on the institutional context, i.e., the specific welfare regime. For instance, social protection during unemployment varies by welfare state regime, according to a complex mix of three principles: Universalism, social insurance, and means-testing. Bambra et al. [20] ranked 23 European countries grouped into five welfare state regimes, taking into account the generosity of benefits paid to the unemployed, the qualifying period and conditions, the duration of benefit payments, and the waiting period before activation of entitlement. The Scandinavian welfare regime was ranked first, and the Southern and Eastern regimes were ranked last. While the generosity of unemployment provision has been associated with a positive effect on the mental wellbeing of unemployed people [21,22], more restricted systems of benefits provision, such as means-tested benefits, have been associated with a stronger negative effect on mental wellbeing [23,24]. There is some evidence that active labor market programs (ALMP) have a positive impact on the mental wellbeing of unemployed people [25], and recent studies suggest that government spending on ALMP may counter the effect of recessions on suicide rates [26].

Despite the scarce evidence on job quality and welfare state regimes, the results indicate a similar direction. A recent review [27] suggested that, although globalization facilitates the growing precariousness of employment, more egalitarian welfare employment policies, such as those applied in Scandinavian

countries, seem to act as a buffer against the negative effects of low-quality jobs on mental wellbeing.

Although seminal research on welfare state typology did not focus on the relationship between work and family policy, given the real-world interconnections between work and family obligations as well as gender and inequality, there is institutional compatibility of family and employment policies [28]. In fact, the classical classification of Esping-Andersen essentially overlaps with the family policy regimes of his three welfare states typologies [29], while Korpi proposes a similar typology in his analysis of welfare state policies related to gender and the family [30]. Recent studies taking differences in welfare state regimes into consideration suggest that the effect of unemployment on mental wellbeing is moderated by the labor market and family policies. In countries with a traditional family model and a labor market where female participation is not encouraged, while female engagement in caring for relatives and housework is promoted, most unemployed married women whose basic economic needs are guaranteed by their husband's income could substitute the rewards formerly provided by their job for the rewards of their family-nurturing role. Conversely, among married men, the pressures related to their breadwinner role have a strong negative impact on their mental wellbeing [31]. In contrast, more egalitarian and generous welfare state regimes and dual breadwinner family models tend to show small or no gender differences in the impact of unemployment on mental wellbeing [19].

Similarly, the relationship between job quality and mental wellbeing is influenced by social institutions, particularly welfare programs and family structures. For instance, a sufficient and affordable supply of nursing homes and kindergartens might prevent difficulties in the work-life balance of workers with a given work schedule and dependent child. In contrast, workers with dependent relatives and in counties without supportive policies may be forced to find a low-quality job part-time, for example,

often associated with poor working conditions [32]. Consequently, the interrelations between job quality and social institutions (welfare states and family structures) should always be explicitly considered when making international comparisons of job quality, especially when there are substantial differences in the social systems of the countries involved in the comparison [33]. Three points emerged in light of the revised evidence: (1) It is not clear whether, in Europe, working in a poor-quality job is better for mental wellbeing than being unemployed, (2) there is a lack of gender analysis that considers unemployment, job quality, and mental wellbeing jointly, which could show different gender patterns in this question, (3) the types of welfare state and the way in which labor and family models are configured can introduce differences into this question.

Therefore, the objectives of this study were: (1) To compare mental wellbeing between unemployed people and workers in different levels of job quality, and (2) to examine gender differences in mental wellbeing related to unemployment and job quality according to the welfare state typology in Europe. Our main hypothesis is that there are small or no differences in mental wellbeing between unemployed and employees in low-quality jobs, and that their mental wellbeing is worse than that of employees in good-quality jobs. We expect small differences in mental wellbeing between these groups in more generous welfare state regimes such as those in social-democratic countries. We also expect greater gender differences in the relationship between the employment situation and mental wellbeing in countries with a traditional family model and weak gender equality policies.

## 2. Materials and Methods

### 2.1. Data

This cross-sectional study was based on data from the European Social Survey (ESS) of 2010. The ESS is a representative sample of persons aged 15 years and older, who were resident in one of

the 27 European countries. Every 2 years, the questionnaire included several questions about sociodemographic, health and wellbeing, education and occupation, social capital and social trust, and household circumstances. Additionally, the ESS-2010 included a specific module on work, family, and well-being. For the purpose of this study, a subsample of all employed and unemployed people were selected, currently salaried or unemployed, who were salaried workers in their last job, aged 16–64 years. To minimize possible reverse causation effects, unemployed individuals who left work for health reasons were excluded (n = 124), and those who had never been employed (n = 284). The final sample under analysis was composed of 8324 men and 7496 women.

## 2.2. Variables

### 2.2.1. Mental Wellbeing

The dependent variable was measured through 3 items of the WHO-5 Well-Being Index (“I have felt cheerful and in good spirits”, “I have felt calm and relaxed” and “I have felt active and vigorous”) scored from 1 (all of the time) to 6 (at no time). Mental wellbeing was a measure of positive affect and is an important part of mental health that reflects the presence of positive feelings and positive functioning in life [34]. A score of >7 indicated poor mental wellbeing. The scale had good internal consistency (Cronbach’s alpha = 0.82). Although the original index contained 5 items, the 3-item scale had also been used in other studies [35].

### 2.2.2. Employment Situation

People were grouped into 4 categories: (1) Unemployed, wanting a job but not actively looking for a job; (2) unemployed and actively looking for a job; (3) working in a low-quality job; and (4) working in a good-quality job. We included both groups of unemployed because non-active unemployed persons maintain their attachment to the labor market, and their lack of active search had been attributed to discouragement (they do not seek

work actively because they believe there were no available jobs). At high unemployment rates, the unemployed may stop actively searching for work because they were discouraged by the high prevailing unemployment rate [36].

Job quality was measured with 5 indices according to the methodology of Green and Mostafa for the European Working Condition Survey (EWCS): Earnings, prospects, intrinsic job quality, working time quality, and participation and representation [7]. The specific questions selected from the survey to construct the indices are shown in Table S1.

A cluster analysis was carried out according to the 5 indices using K-means clustering. Two clusters emerged: Good-quality jobs and low-quality jobs. Table 1 shows the means and standard deviations of each of the 5 indexes according to the two groups of job quality (good and low) by sex, while Table 2 presents the median of the 5 indexes by sex and country group.

### 2.2.3. Country Groups

Countries were grouped according to the classification used by Samuel and Hadjar in analyzing the ESS [37], based on the classical 3 categories of welfare state regimes defined by Esping-Andersen (Social-Democratic, Conservative, Liberal) [37], expanded by the Southern and the Post-socialist or Eastern welfare states.

Countries were grouped in five categories: Conservative (Belgium, Germany, France, the Netherlands), Liberal (United Kingdom, Ireland), Eastern European (Bulgaria, Czech Republic, Estonia, Croatia, Hungary, Lithuania, Poland, Slovenia, Slovakia), Southern European (Cyprus, Spain, Greece, Portugal), and Social-Democratic (Denmark, Finland, Sweden).

**Table 1. Five indexes of two groups of job quality (mean and standard deviation) by sex. People currently employed. European Social Survey, 2010/11.**

Indexes	Men		Women	
	Good Quality	Low Quality	Good Quality	Low Quality
	<i>n</i> = 3793	<i>n</i> = 2300	<i>n</i> = 3256	<i>n</i> = 2177
Earnings	60.4 (25.5)	43.1 (27.6) **	57.2 (26.8)	38.0 (27.0) **
Prospects	73.6 (14.9)	52.4 (17.7) **	71.8 (15.6)	50.8 (17.7) **
Intrinsic job quality	61.0 (10.6)	42.4 (12.1) **	61.0 (10.5)	41.7 (12.8) **
Working time quality	52.8 (17.4)	42.1 (17.7) **	59.0 (17.0)	50.9 (17.8) **
Participation and representation	41.2 (22.3)	20.4 (18.1) **	41.1 (22.4)	20.6 (18.2) **

\*\*  $p < 0.01$ .  $p$ -values compare indexes in good- and low-quality job groups. The mean and standard deviation refers to the score from 0 to 100 for each of the five indices.

**Table 2. Five indexes of job quality (medians) by sex and country group. People currently employed. European Social Survey, 2010/11.**

Indexes	Conservative		Liberal		Eastern		Southern		Social-Democratic	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women
	<i>n</i> = 3019	<i>n</i> = 2722	<i>n</i> = 1042	<i>n</i> = 938	<i>n</i> = 1138	<i>n</i> = 1038	<i>n</i> = 848	<i>n</i> = 765	<i>n</i> = 340	<i>n</i> = 351
Earnings	51.6	42.4 ***	55.3	54.9	32.9	28.2 *	44.9	42.7	58.5	47.0
Prospects	80.6	77.4 ***	81.1	78.0	72.4	70.8	77.5	73.4 **	86.4	87.2
Intrinsic job quality	69.2	64.9 ***	62.6	62.7	53.4	53.0	51.6	44.8	77.2	79.9
Working time quality	50.7	66.1 ***	41.0	65.0 ***	42.1	60.2 ***	49.5	59.1 ***	59.5	67.0 **
Participation and representation	16.5	13.9 ***	13.0	16.4 ***	12.4	14.0 **	12.9	11.1	29.0	34.7 *

\*  $p < 0.05$ . \*\*  $p < 0.01$ . \*\*\*  $p < 0.001$ .  $p$ -values compare gender differences in indexes according to the Mann–Whitney U test. The median refers to the score from 0 to 100 for each of the five indices.

#### 2.2.4. Other Variables Assessed in the Models

The models included 4 potential confounding variables: Negative affectivity, age (measured continuously), job category, and marital status. The personality trait characterized by sensitivity to negative stimuli (also termed neuroticism or negative affectivity) was known to correlate with both perceptions of work stress and with self-reported health [38]. In the same way, Coutts [25] recommended that in the analysis of the labor market status and health, adjustment should be made for the negative effect in any studies using self-reported health status indicators. This trait was assessed with 3 questions. Scores from 0 to 10 were added and categorized into 2 groups according to the median. Job category (a proxy of job qualification and socioeconomic position) [39] was assigned according to the respondent's current occupation (or the last occupation among unemployed) and was determined based on the 2008 International Standard Classification of Occupations [40] 1-digit categories and subsequently grouped into 3 categories: Upper (1 and 2), medium (3–5), and lower (6–9). Marital status had 2 categories (married and unmarried).

#### 2.3. Data Analysis

First, we tested for gender differences in the dependent and independent variables in each country typology at the bivariate level. The chi-square test for categorical variables and the t-test for age was used. Second, to examine the association between employment situation and mental wellbeing, multiple logistic regression models (reference category of the independent variable: Unemployed, wanting a job but not actively looking for a job) separated by sex and country group were fitted to calculate adjusted odds ratios (aOR) and 95% confidence intervals (95% CI). The models were adjusted for potential confounders (age, marital status, job category, and negative affectivity). All analyses included weights derived from the complex sample design.

### 3. Results

#### 3.1. General Description of the Sample

A general description of the sample according to gender and country group is shown in Table 3. No gender differences in mental wellbeing were found in Eastern and Social-Democratic countries, where the highest and lowest levels of poor mental wellbeing, respectively, were found among both sexes (only women in Liberal countries scored higher in poor mental wellbeing than those in Eastern countries). In the remaining country typologies, the prevalence of poor mental wellbeing was higher among women, with the greatest gender differences being observed in Liberal countries. In both sexes, unemployment (both non-active and active) and low-quality jobs were more frequent in Southern and Eastern European countries. No gender differences in employment situations were found among Eastern and Social-Democratic countries.

#### 3.2. Employment Situation and Mental Wellbeing

The results separated by sex and country groups are shown in Table 4. Among men, only in Conservative countries, low-quality jobs decreased the odds of having poor mental wellbeing compared with being unemployed (not active) (aOR = 0.46, 95% CI = 0.25–0.83). In the rest of the countries, there were no significant differences between non-active unemployment, active unemployment, and having a poor-quality job. In all countries, except for Social-Democratic countries, having a good-quality job reduced the likelihood of poor mental wellbeing among men compared with being unemployed (non-active), with aOR ranging from 0.19 (95% CI = 0.10–0.34) in Conservative countries to 0.43 (95% CI = 0.24–0.79) in Eastern European countries.



**Table 3. General description of the population (in percentages) by sex and country group. European Social Survey, 2010/11.**

	Men <i>n</i> = 3543	Women <i>n</i> = 3236	Men <i>n</i> = 1343	Women <i>n</i> = 1198	Men <i>n</i> = 1690	Women <i>n</i> = 1493	Men <i>n</i> = 1354	Women <i>n</i> = 1174	Men <i>n</i> = 394	Women <i>n</i> = 395
Poor mental wellbeing	20.2	22.6 *	17.1	28.3 ***	24.1	26.2	14.5	18.2 *	13.4	17.8
Employment situation										
Unemployed-non-active	1.5	2.0 ***	3.3	2.7 ***	4.9	4.2	4.6	6.0*	2.6	1.5
Unemployed-active	6.4	6.4	10.7	6.3	12.0	10.0	20.9	16.6	6.8	4.8
Low-quality job	29.2	35.7	33.3	31.6	44.4	43.3	36.4	38.6	16.5	16.0
Good-quality job	62.9	55.9	52.7	59.4	38.7	42.6	38.1	38.8	74.0	77.7
Married	56.9	54.5	52.9	47.5 **	61.4	59.1	56.4	55.8	47.6	48.0
Job category										
Upper	23.3	19.7 ***	33.5	24.4 ***	22.4	28.2 ***	14.6	17.7 ***	27.8	26.2 ***
Medium	35.3	64.4	24.0	61.1	22.0	48.0	34.1	58.6	30.9	63.9
Lower	41.3	15.9	42.5	14.5	55.6	23.8	51.2	23.7	41.3	9.9
Negative affectivity	21.5	20.2	14.3	15.2	38.3	36.0	26.6	27.1	6.7	4.1
Age (SD)	41.4 (11.5)	42.1 (11.5) *	38.7 (12.3)	40.2 (11.6) **	40.0 (11.9)	40.7 (11.1)	39.7 (10.6)	39.9 (10.1)	41.7 (11.9)	43.0 (11.7)

\*  $p < 0.05$ . \*\*  $p < 0.01$ . \*\*\*  $p < 0.001$ .  $p$ -values compare men and women in each country group.

**Table 4. Association of employment situation with poor mental wellbeing by sex and country group. European Social Survey, 2010/11.**

\* p < 0.05. \*\* p < 0.01. \*\*\* p < 0.001. Notes: % refers to the prevalence of poor mental wellbeing in each category. aOR: All models are adjusted by marital status, job

<b>Men</b>											
	<b>Conservative</b> <i>n</i> = 3543		<b>Liberal</b> <i>n</i> = 1343		<b>Eastern European</b> <i>n</i> = 1690		<b>Southern European</b> <i>n</i> = 1354		<b>Social-Democratic</b> <i>n</i> = 394		
	%	aOR (95% CI)	%	aOR (95% CI)	%	aOR (95% CI)	%	aOR (95% CI)	%	aOR (95% CI)	
Unemployed-non-active	50.0	1	38.5	1	34.3	1	21.2	1	20.0	1	
Unemployed-active	35.9	0.60 (0.32–1.15)	21.5	0.51 (0.23–1.12)	35.8	1.07 (0.57–2.01)	27.8	1.57 (0.75–3.25)	19.2	0.82 (0.13–5.22)	
Low-quality job	29.6	0.46 (0.25–0.83) *	23.6	0.53 (0.26–1.10)	26.6	0.73 (0.41–1.29)	14.6	0.68 (0.33–1.43)	29.0	1.26 (0.24–6.59)	
Good-quality job	13.4	0.19 (0.10–0.34) ***	10.2	0.20 (0.09–0.42) ***	17.6	0.43 (0.24–0.79) **	7.2	0.33 (0.15–0.73) **	8.6	0.33 (0.07–1.67)	
<b>Women</b>											
	<b>Conservative</b> <i>n</i> = 3236		<b>Liberal</b> <i>n</i> = 1198		<b>Eastern European</b> <i>n</i> = 1493		<b>Southern European</b> <i>n</i> = 1174		<b>Social-Democratic</b> <i>n</i> = 395		
	%	aOR (95% CI)	%	aOR (95% CI)	%	aOR (95% CI)	%	aOR (95% CI)	%	aOR (95% CI)	
Unemployed-non-active	28.8	1	45.5	1	46.0	1	25.4	1	33.3	1	
Unemployed-active	33.3	1.43 (0.74–2.75)	53.8	1.58 (0.59–4.27)	41.7	0.97 (0.49–1.92)	22.0	0.85 (0.42–1.72)	33.3	0.79 (0.07–9.69)	
Low-quality job	29.4	1.18 (0.66–2.13)	34.7	0.79 (0.32–1.92)	31.7	0.60 (0.33–1.09)	22.0	0.80 (0.42–1.54)	32.2	0.64 (0.06–6.59)	
Good-quality job	16.9	0.70 (0.38–1.26)	23.5	0.49 (0.20–1.19)	16.9	0.27 (0.14–0.51) ***	13.4	0.42 (0.22–0.84) *	13.1	0.19 (0.02–1.88)	

category, negative affectivity, and age.

Among women, there were no significant differences between being unemployed-non-active, unemployed-active, and working in low-quality jobs in mental wellbeing in none of the countries. Women in Eastern and Southern European countries had a higher odds of improving their poor mental wellbeing when they worked in good-quality jobs compared with those who were unemployed (non-active) [in Eastern Europe aOR = 0.27 (95% CI = 0.14–0.51) and in Southern Europe aOR = 0.42 (95% CI = 0.22–0.84)].

#### 4. Discussion

This study provides evidence that welfare state regimes and gender interact in the relationship between employment situation and mental wellbeing, taking job quality into account. As far as we know, this is the first study that used a large and representative sample of the EU-27. The study was conducted during the economic crisis and helped to clarify a key question: Is being employed always better for mental wellbeing than being unemployed?

This study has produced four main findings: (1) In both genders, there were no significant differences between unemployment (both non-active and active) and having a poor-quality job. The only exception was among men in Conservative countries where low-quality jobs were associated with better mental wellbeing than unemployment. (2) Only having a good-quality job reduced the likelihood of poor mental wellbeing compared with being unemployed (not active): This result was found among men in all countries (except Social-Democratic countries), that is, 19 out of 22 countries, and among women in Eastern and Southern European countries. Points 1 and 2 confirm our main hypothesis. (3) No association was found in either men or women in Social-Democratic countries. (4) Similar associations were found in both men and women in Southern and Eastern European countries, while strong gender differences were found in Conservative and

Liberal countries, where men showed the strongest association, and no relationship was found in women. Points 3 and 4 are in line with our second and third hypotheses.

#### 4.1. Employment Situation and Mental Wellbeing

Our results suggest that low-quality jobs and unemployment have a similar link to poor mental wellbeing and that having a job is insufficient for good mental wellbeing. Accordingly, this study highlights the importance of job quality in addition to merely promoting employment among the unemployed.

Our results are consistent with those found in Australia [8,12] and some European countries [10,13] but differ from those of two studies that showed opposite results in relation to low-quality jobs. The first study, conducted in the USA [11], reported that jobs with poor psychosocial conditions were associated with somewhat better mental wellbeing than unemployment. This discrepancy could be explained by differences in welfare state regimes and time periods. Although the USA is usually classified as a Liberal welfare regime, like the UK, unemployment benefits are lower [10]. In addition, the study was conducted in the second half of the 1990s, a period of relative economic prosperity. It has been reported that the stigma attached to unemployment (and related health penalty) is worse when population unemployment is low [41]. In the second study, a more recent and longitudinal study conducted in the UK, Chandola et al. [14] showed that mental wellbeing was worse in low-quality jobs compared with unemployment. These divergent results could be partially explained by the different designs and distinct variables used in our study. Chandola used chronic stress-related biomarkers as the dependent variable and included job anxiety (measured as the mean of six questions on job-related wellbeing) in the overall job quality variable.

Several theories can explain the mechanisms involved in the association of unemployment with poor mental wellbeing: The

absence of latent functions provided by work (giving the day a time structure, providing opportunities for social contact with other people, contributing to status and personal identity for the individual, and providing an opportunity to strive toward collective purposes and shared experience) [42], economic deprivation [43], and uncertainty about the future employment situation [44]. Job quality was measured with an index that included social environment, earnings, and prospects, which are indicators related to the three models, respectively. In the conceptual framework of job quality proposed by Green and Mostafa [7] and used in our study, job quality is constituted by the features of jobs that meet workers' needs from work. Therefore, poor-quality jobs could be associated with poor mental wellbeing in a similar way as unemployment, not providing for these human needs. On the other hand, while even a poor-quality job could provide a time structure for the day, the positive effect of this structure could be canceled out by some characteristics of this kind of job, such as working in the evenings, nights or weekends, or the obligation to work overtime at short notice. Finally, a lack of support and help from coworkers in low-quality jobs could be similar to the social isolation associated with unemployment.

#### 4.2. Welfare State Regimes

In Social-Democratic countries, there was no association between the employment situation and mental wellbeing. This result could be explained by high unemployment protection and higher expenditure on employment policies. Financial security provided by generous unemployment benefits would lead to better mental wellbeing, while scarcity was related to poverty [22]. If unemployed people have their minimum financial needs covered, they could benefit from positive health-related behaviors, such as having extra time for family, social relationships, and exercise, as well as lower work stress and exposure to other occupational hazards [45]. Moreover, it has been argued that ALMPs can improve the mental wellbeing of the unemployed, at least to some

extent, matching the psychosocial functions of employment itself [46,47]. Both policies, generous unemployment protection, and investment in ALMP have been related to increased mental wellbeing not only among the unemployed but also among working people [48], in the latter case, probably because they feel less threatened if they lose their jobs.

In addition, generous social protection schemes would help people in poor-quality jobs cope with stressful and adverse working conditions. For instance, the presence and extent of dismissal-protection laws could reduce job insecurity. In addition, Social-Democratic countries have stronger and more comprehensive workplace regulations than other European countries [49]. This is congruent with the best score of the five indexes of job quality in these countries (Table 3).

In both sexes, unemployed people and workers in low-quality jobs were more likely to report poor mental wellbeing in Southern European countries, whose welfare state regimes are characterized by a highly fragmented social protection system with gaps in unemployment protection and regulation of employment security [50]. In addition to financial insecurity and the risk of poverty associated with unemployment in these less generous welfare state regimes, high unemployment rates during the recent economic crisis in those countries reduced the employability of people with health problems, resulting in their accumulation among the unemployed persons.

In addition, previous research has shown a strong association between poor psychosocial working conditions and mental wellbeing among Southern European countries that have been related to less favorable labor regulations, for instance, in relation to employment security [48]. Moreover, successive labor reforms, implemented in many of these countries as a consequence of the economic crisis, have further reduced job quality [1]. Low scores in some indexes of job quality in these countries point in this direction (intrinsic job quality, prospects, participation, and

representation) (Table 3). In relation to participation and representation, high unemployment rates have been related to increasing precariousness, limiting workers' bargaining power both collectively and individually. During a crisis, unions cannot counter or are pushed to accept labor market reforms that tend to increase employment precariousness. At the individual level, many labor market survivors will feel insecure about their own jobs and will accept a decline in employment and working conditions to remain employed [6].

Notable findings were the high percentage of active unemployed in Southern countries (20.9% in men and 16.6% in women) and the lack of differences in mental wellbeing between them and non-active unemployed.

Similar results were found in Eastern European countries. In comparison with the other member states of the European Union, the social protection during unemployment in Eastern European regimes was less generous (in terms of benefits paid to the unemployed, the duration of benefit payments, and the waiting period before entitlement is activated) [20]. Another factor was the rather high unemployment levels in those countries (in 2010, four of the six countries in the EU-28 with the highest unemployment rates in the Eastern group: Slovakia, Estonia, Lithuania, and Latvia, with values higher than 14%) [51]. Therefore, as previously mentioned in relation to Southern European countries, the poor mental wellbeing among unemployed could be explained by the low social unemployment benefits, and high unemployment rates.

In addition, it is possible that working and employment conditions were worse among low-quality jobs in Eastern European countries, as suggested by the fact that most of the index values of job quality were lower in these countries (Table 3). For example, the minimum wage of all the new member states of the EEC (except Slovenia) fell behind those of developed capitalist democracies. Moreover, one of the features of the Eastern

European welfare regime is the low trade union density and representation of employees [52]. Of importance, the highest percentage of poor-quality jobs was observed in Eastern European countries; indeed, in those countries, low-quality jobs were the most frequent employment situation (44.4% of men and 43.3% of women). Similarly, using the fourth EWCS, Puig-Barrachina et al. reported high levels of employment precariousness among Eastern and Southern European countries [53].

The results in the Conservative and Liberal welfare regimes showed strong gender differences,

which are discussed in the next section.

### 4.3. Gender

Significant gender differences were identified among Conservative and Liberal countries. Men from these countries showed the strongest relationship between good-quality jobs and mental wellbeing compared with unemployed men, while no association was found between employment situation and mental wellbeing among women.

The highest prevalence of poor mental wellbeing was found among unemployed men from Conservative countries, mainly non-active unemployed, but also active unemployed (together with men from Eastern countries). These results were similar to those reported by Bambra [20], who suggested a couple of reasons that could explain, at least partially, our results. On the one hand, although these countries ranked high in the generosity of unemployment benefits, these benefits were often earnings-related and aiming to maintain existing social patterns, thus restricting the benefits of high-job categories. On the other hand, the breadwinner role in the traditional family model could contribute to a stigmatization of unemployed men. The high prevalence of poor mental wellbeing among non-active



unemployed men (50.0%) seems to point in this direction. Although we cannot rule out an alternative explanation relating poor health to a non-active search for any job, this potential bias is likely to be minimized by not including people in unemployment for health reasons.

In contrast, men from Conservative countries constituted the only group in which mental wellbeing was better in low-quality jobs among the unemployed. These countries were characterized by a deep dualization of the workforce, where outsiders (people with a high risk of unemployment and atypical and precarious employment) [54] were at specific disadvantages, such as poor job prospects, poverty, welfare losses, and a lack of social and political integration [55]. Insiders, on the other hand, were those in stable and standard employment, which would explain their better mental wellbeing. In this regard, we expected a similar level of poor mental wellbeing among unemployed men and men in low-quality jobs, but the results showed that the latter were in better health than unemployed. This result seems to reinforce the poor situation of non-active unemployed men, who could benefit from having a job, even of poor quality.

Contrary to men, non-active unemployed women in Conservative countries showed low levels of poor mental wellbeing. In countries with low levels of support for female participation in the labor force and with a strong traditional family model, non-active unemployment could be less damaging to women's mental wellbeing, especially those with family responsibilities, who can devote more time to their role as caregivers [31]. A question emerges in relation to non-binary gender approaches in countries with a strong male breadwinner model, among people who do not conform to these prescribed roles. For example, women who decide to become financially independent, without a male partner, and with or without children; or women who decide to live with other women. As the welfare state is designed according to traditional gender roles, what is the impact of the employment

situation on their mental wellbeing? This is a question that deserves future studies. In this regard, surveys should include measures of gender on a spectrum [56].

The Liberal welfare regime is characterized by comparably low levels of welfare provision, means testing, and a deregulated labor market. The results among unemployed men could be related to less generous unemployment benefits and a deeply traditional family model. In addition, the polarization of jobs in Liberal regimes that was reported in many studies [57], and that seemed to be strongest among males [16], could explain the different results between men employed in low and high-quality jobs. In this regard, it should be noted that there were no differences between active unemployed men and men in low-quality jobs.

Non-active unemployed women from Liberal and Eastern regimes showed poorest mental wellbeing along with men from Conservative regimes. If stigmatization related to the breadwinner role among men could be related to these results among men, as previously mentioned, in the case of women, a possible explanation could be the low social insurance benefits characterizing those regimes that penalize women as they have lower salaries than men (for example, the net replacement rate in the United Kingdom was 54% and in Hungary 49% [20]). In addition, Eastern European countries have a tradition of long weekly hours, and overtime payments often constitute a regular and substantial element of wage packages [58]. In these countries, labor markets attach a high value to those employees who are generally willing to work long hours. However, workplaces typically remain inflexible with workers needing to work fewer hours, thus putting employees with caring responsibilities, who are typically women, at a disadvantage. There is a 'penalty' for motherhood in the labor market that is increased through the institution of a long period of parental leave, which is typically taken by mothers. As a result of refamiliarization, precarious work has acquired a specific form for women who accept precarious

jobs when they have caring responsibilities as a temporary strategy that may turn into a trap excluding them from a better job [59,60].

Previous research has shown a stronger relationship between unemployment and poor mental wellbeing among men in some Southern European countries than among women, related to men's breadwinner role in traditional family models [31]. Consequently, we would expect a lower association between good-quality jobs and good mental wellbeing among women, but the results were similar in both genders. It has been reported that during the last economic crisis, European women (especially those in South European countries), unlike men, have increased their labor market participation by entering the labor market or increasing their working hours in order to offset the drop in earnings of their male partners. Their economic needs and vulnerability reduce their bargaining power for better employment conditions. Additionally, these results can be explained by the known greater domestic and homecare workload among women in those countries in a context of minimal public support for the care of dependents and men's limited contribution to housework [61]. Of note, there were no differences in mental wellbeing between active unemployed women and women in poor-quality jobs. This result reinforces the argument that poor employment and working conditions can be as harmful to mental wellbeing as unemployment, mainly in countries with weak public support policies, both labor and family.

#### 4.4. Strengths and Limitations

Our results could be limited by the cross-sectional design and the data. The possibility of reverse causation must be considered, but in the case of unemployed people, this question was dealt with by excluding those who were unemployed for health reasons, as well as those never employed. This restriction could be more important in non-active unemployed persons and could have contributed to select discouraged unemployed into this group. This situation is

probably more frequent in times of crisis. In addition, reverse causation can explain, at least in part, the association between mental wellbeing and low job quality. However, longitudinal studies indicate that the practical importance of this effect might be limited in the case of unemployment [2] and low-quality jobs [14].

The measurement of job quality is controversial [33]. We adapted the ESS data to the methodology proposed by Green and Mostafa for the EWCS, which has a conceptual framework and a solid theoretical development. A limitation of our study is the lack of data on the physical environment. Although this is an important characteristic of job quality, its influence on mental wellbeing is probably lower than that of the three other dimensions of the intrinsic job quality index (skills and discretion, social environment, work intensity). Additionally, the relative contribution of the total quality value of the physical environment is less high (it is one of the four dimensions of intrinsic job quality index, which in turn is one of the five quality indexes used).

A further limitation is that the measures of mental wellbeing and job quality were self-reported. As such, response-bias or endogeneity may play a role in the significant associations found between them. This possibility was minimized in the analyses by including negative affect as a potential covariate.

Despite these limitations, this study has a number of strengths. We used a large, representative sample from Europe that allowed us to compare different welfare state typologies and desegregate the analysis by gender. The ESS is one of the few surveys to compare health and mental wellbeing between unemployed and employed persons, with sufficient information to permit in-depth measurement of job quality. Working condition surveys, such as the EWCS, are highly effective in measuring job quality but do not include unemployed persons. Workforce surveys have a similar limitation, provide less information on job quality, and do not usually include health and mental wellbeing. Finally, health

surveys include unemployed and health and mental wellbeing, but usually, have few questions on job quality. A final strength is that job quality was measured using five dimensions of job quality, unlike most studies that measure only job satisfaction.

## 5. Conclusions

Our study questions the widespread belief that any employment, even in poor-quality jobs, is associated with better mental wellbeing compared with being unemployed. The study highlights the need to take job quality into account, in addition to creating jobs in contexts of economic crisis. Strong gender and welfare state differences were identified: No association was found between employment situation and mental wellbeing in Social-Democratic countries in either men or women; unemployed and people in low-quality jobs in Southern and Eastern European countries—both men and women—showed similar levels of poor mental wellbeing; and strong gender differences were found in Conservative and Liberal countries, where men showed the strongest association between employment situation and mental wellbeing, while no relationship was found among women. The main mechanisms to explain these findings could be social protection during unemployment, labor market and workplace regulations, and family models. Additionally, the crisis and policies aimed at mitigating its effects have added other elements to the complex interaction between work and employment conditions, family models, and gender inequalities.

Supplementary Materials: The following are available online at <http://www.mdpi.com/1660-4601/16/23/4799/s1>, Table S1: Composition of the five indices of job quality. Items of the European Social Survey, 2010/11.

**Table S1. Composition of the five indices of job quality. Items of the European Social Survey, 2010/11.**

---

**1. EARNINGS**

---

FAIRNESS OF WAGES

---

- Considering all my efforts and achievements in my job, I feel I get paid appropriately.

---

**2. PROSPECTS**

---

JOB SECURITY

---

- My job is secure.

---

CAREER PROGRESSION

---

- My opportunities for advancement are good.

---

CONTRACT QUALITY

---

- Do you have a work contract of unlimited duration, limited duration or, do you have no contract?

---

**3. INTRINSIC JOB QUALITY**

---

SKILLS AND DISCRETION

---

- During the last twelve months, have you taken any course or attended any lecture or conference to improve your knowledge or skills for work?
- How much of this training or education was paid for by your employer or firm?
- There is a lot of variety in my work.
- My job requires that I keep learning new things.
- How much the management at your work allows/allowed you to decide how your own daily work is/was organized?
- How much the management at your work allows/allowed you to

influence policy decisions about the activities of the organization?

- How much the management at your work allows/allowed you to choose or change your pace of work?

Education level required in the occupation

- If someone was applying nowadays for the job you do now, would they need any education or vocational schooling beyond compulsory education?
- About how many years of education or vocational schooling beyond compulsory education would they need?

Experience needed to do the job

- If somebody with the right education and qualifications replaced you in your job, how long would it take for them to learn to do the job reasonably well?

---

#### GOOD SOCIAL ENVIRONMENT

---

- I can get support and help from my co-workers when needed
- 

#### WORK INTENSITY

---

- My job requires that I work very hard.
  - I never seem to have enough time to get everything done in my job.
- 

#### 4. WORKING TIME QUALITY

---

##### DURATION

---

- Regardless of your basic or contracted hours, how many hours do/did you normally work a week (in your main job), including any paid or unpaid overtime?
- 

##### CONDUCTIVE SCHEDULLING

---

- How often does your work involves working at evenings or nights?
  - How often does your work involves working at weekends?
- 

##### DISCRETION OVER WORKING TIME ARRANGEMENTS

---

- 
- I can decide the time I start and finish work.
- 

#### SHORT-TERM FLEXIBILITY

---

- How often does your work involves having to work overtime at short notice?
- 

#### 5. PARTICIPATION AND REPRESENTATION

---

- At your workplace are there regular meetings between representatives of the employer and employees, in which working conditions and practices can be discussed?
  - How much influence would you say these discussions generally have on decisions that affect your working conditions and practices?
  - How much influence would you say that trade unions at your workplace generally have over decisions that affect your working conditions and practices?
-



## References

1. Clauwaert, S.; Schömann, I. *The Crisis and National Labour Law Reforms: A Mapping Exercise*; SAGE Publications: London, UK, 2012.
2. Paul, K.I.; Moser, K. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J. Vocat. Behav.* 2009, 74, 264–282. [CrossRef]
3. McKee-Ryan, F.; Song, Z.; Wanberg, C.R.; Kinicki, A.J. Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *J. Appl. Psychol.* 2005, 90, 53–76. [CrossRef] [PubMed]
4. Rueda, S.; Chambers, L.; Wilson, M.; Mustard, C.; Rourke, S.B.; Bayoumi, A.; Raboud, J.; Lavis, J. Association of returning to work with better health in working-aged adults: A systematic review. *Am. J. Public Health* 2012, 102, 541–556. [CrossRef] [PubMed]
5. Van der Noordt, M.; Ijzelenberg, H.; Droomers, M.; Proper, K.I. Health effects of employment: A systematic review of prospective studies. *Occup. Environ. Med.* 2014, 71, 730–736. [CrossRef] [PubMed]
6. 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. [CrossRef]
7. Green, F.; Mostaka, T. *Trends in Job Quality in Europe*; European Union: Brussels, Belgium, 2012.
8. Broom, D.H.; D'Souza, R.M.; Strazdins, L.; Butterworth, P.; Parslow, R.; Rodgers, B. The lesser evil: Bad jobs or unemployment? A survey of mid-aged Australians. *Soc. Sci. Med.* 2006, 63, 575–586. [CrossRef]
9. Butterworth, P.; Leach, L.S.; Strazdins, L.; Olesen, S.C.; Rodgers, B.; Broom, D.H. The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: Results

- from a longitudinal national household panel survey. *Occup. Environ. Med.* 2011, 68, 806–812. [CrossRef]
10. Butterworth, P.; Leach, L.S.; McManus, S.; Stansfeld, S.A.; Stansfeld, A. Common mental disorders, unemployment and psychosocial job quality: Is a poor job better than no job at all? *Psychol. Med.* 2012, 43, 1763–1772. [CrossRef]
  11. Grzywacz, J.G.; Dooley, D. “Good jobs” to “bad jobs”: Replicated evidence of an employment continuum from two large surveys. *Soc. Sci. Med.* 2003, 56, 1749–1760. [CrossRef]
  12. Leach, L.S.; Butterworth, P.; Strazdins, L.; Rodgers, B.; Broom, D.H.; Olesen, S.C. The limitations of employment as a tool for social inclusion. *BMC Public Health* 2010, 10, 621. [CrossRef]
  13. Van Aerden, K.; Gadeyne, S.; Vanroelen, C. Is any job better than no job at all? Studying the relations between employment types, unemployment and subjective health in Belgium. *Arch. Public Health* 2017, 75, 1–10. [CrossRef] [PubMed]
  14. Chandola, T.; Zhang, N. Re-employment, job quality, health and allostatic load biomarkers: Prospective evidence from the UK Household Longitudinal Study. *Int. J. Epidemiol.* 2018, 47, 47–57. [CrossRef] [PubMed]
  15. Cortès-Franch, I.; Escribà-Agüir, V.; Benach, J.; Artazcoz, L. Employment stability and mental health in Spain: Towards understanding the influence of gender and partner/marital status. *BMC Public Health* 2018, 18, 425. [CrossRef] [PubMed]
  16. Artazcoz, L.; Cortès, I.; Escribà-Agüir, V.; Bartoll, X.; Basart, H.; Borrell, C. Long working hours and health status among employees in Europe: Between-country differences. *Scand. J. Public Health* 2013, 39, 369–378. [CrossRef]
  17. Thomas, C.; Benzeval, M.; Stansfeld, S.A. Employment transitions and mental health: An analysis from the British household panel survey. *J. Epidemiol. Community Health* 2005, 59, 243–249. [CrossRef]

18. Frasilho, D.; de Matos, M.; Marques, A.; Gaspar, T.; Caldas-de-Almeida, J. Distress and unemployment: The related economic and noneconomic factors in a sample of unemployed adults. *Int. J. Public Health* 2016, 7, 1–8. [CrossRef]
19. Strandh, M.; Hammarström, A.; Nilsson, K.; Nordenmark, M.; Russel, H. Unemployment, gender and mental health: The role of the gender regime. *Sociol. Health Illn.* 2013, 35, 649–665. [CrossRef]
20. Bambra, C.; Eikemo, T.A. Welfare state regimes, unemployment and health: A comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *J. Epidemiol. Community Health* 2009, 63, 92–98. [CrossRef]
21. Ferrarini, T.; Sjöberg, O. Social policy and health: Transition countries in a comparative perspective. *Int. J. Soc. Welf.* 2010, 19, S60–S88. [CrossRef]
22. O'Campo, P.; Molnar, A.; Ng, E.; Renahy, E.; Mitchell, C.; Shankardass, K.; St John, A.; Bambra, C.; Muntaner, C. Social welfare matters: A realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health. *Soc. Sci. Med.* 2015, 132, 88–94. [CrossRef]
23. Cylus, J.; Glymour, M.M.; Avendano, M. Do Generous Unemployment Benefit Programs Reduce Suicide Rates? A State Fixed-Effect Analysis Covering 1968–2008. *Am. J. Epidemiol.* 2014, 180, 45–52. [CrossRef] [PubMed]
24. Norström, T.; Grönqvist, H. The Great Recession, unemployment and suicide. *J. Epidemiol. Community Health* 2014, 68, 657–662. [CrossRef] [PubMed]
25. Coutts, A.P. Active Labour Market Programmes (ALMPs) and Health: An Evidence-Base Review Prepared for the Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010 (Marmot Review); University of Oxford: Oxford, UK, 2009; Volume 2010.

26. Stuckler, D.; Basu, S.; Suhrcke, M.; Coutts, A.; Mckee, M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet* 2009, 374, 315–323. [CrossRef]
27. Kim, I.H.; Muntaner, C.; Vahid Shahidi, F.; Vives, A.; Vanroelen, C.; Benach, J. Welfare states, flexible employment, and health: A critical review. *Health Policy* 2012, 104, 99–127. [CrossRef]
28. Kornrich, S.; Eger, M.A. Family Life in Context: Men and Women’s Perceptions of Fairness and Satisfaction Across Thirty Countries. *Soc. Polit.* 2016, 23, 40–69. [CrossRef]
29. Esping-Andersen, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*; Polity: London, UK, 1990.
30. Korpi, W. Faces of inequality: Gender, class, and patterns of inequalities in different types of welfare states. *Soc. Polit.* 2000, 7, 127–191. [CrossRef]
31. Artazcoz, L.; Benach, J.; Borrell, C.; Cortès, I. Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class. *Am. J. Public Health* 2004, 94, 82–88. [CrossRef]
32. Bartoll, X.; Cortès, I.; Artazcoz, L. Full- and part-time work: Gender and welfare-type differences in European working conditions, job satisfaction, health status, and psychosocial issues. *Scand. J. Work Environ. Health* 2014, 40, 370–379. [CrossRef]
33. Muñoz de Bustillo, R.; Fernández-Macías, E.; Esteve, F.; Antón, J.I. E pluribus unum? A critical survey of job quality indicators. *Socio-Econ. Rev.* 2011, 9, 447–475. [CrossRef]
34. Keyes, C.L.M. The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *J. Health Soc. Behav.* 2002, 43, 207–222. [CrossRef]
35. De Moortel, D.; Palència, L.; Artazcoz, L.; Borrell, C.; Vanroelen, C. Neo-Marxian social class inequalities in the mental well-being of employed men and women: The role of European

- welfare regimes. *Soc. Sci. Med.* 2015, 128, 188–200. [CrossRef] [PubMed]
36. Kingdon, G.; Knight, J. Are Searching and Non-Searching Unemployment Distinct States When Unemployment Is High? The Case of South Africa; WPS/2000-2; University of Oxford: Oxford, UK, 2000.
  37. Samuel, R.; Hadjar, A. How Welfare-State Regimes Shape Subjective Well-Being Across Europe. *Soc. Indic. Res.* 2016, 129, 565–587. [CrossRef]
  38. Spector, P.; O’Connell, B. The contribution of personality traits, negative affectivity, locus of control and Type A to the subsequent reports of job stressors and job strains. *J. Occup. Organ. Psychol.* 1994, 67, 12. [CrossRef]
  39. Galobardes, B.; Shaw, M.; Lawlor, D.A.; Lynch, J.W.; Davey Smith, G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J. Epidemiol. Community Health* 2006, 60, 7–12. [CrossRef]
  40. International Labour Organization. International Standard Classification of Occupations. Structure, Group Definitions and Correspondence Tables; International Labour Organization: Geneva, Switzerland, 2012.
  41. Béland, F.; Birch, S.; Stoddart, G. Unemployment and health: Contextual-level influences on the production of health in populations. *Soc. Sci. Med.* 2002, 55, 2033–2052. [CrossRef]
  42. Jahoda, M. Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *Am. Psychol.* 1981, 36, 184–191. [CrossRef]
  43. Nordenmark, M.; Strandh, M. Towards a sociological understanding of mental well-being among the unemployed: The role of economic and psychosocial factors. *Sociology* 1999, 33, 577–597.
  44. Janlert, U.; Hammarström, A. Which theory is best? Explanatory models of the relationship between

- unemployment and health. *BMC Public Health* 2009, 9, 235. [CrossRef]
45. Catalano, R.; Goldman-mellor, S.; Saxton, K.; Margerison-zilko, C.; Subbaraman, M.; Lewinn, K.; Anderson, E. The Health Effects of Economic Decline. *Annu. Rev. Public Health* 2011, 32, 431–450. [CrossRef]
  46. Strandh, M. State intervention and mental well-being among the unemployed. *J. Soc. Policy* 2001, 30, 57–80. [CrossRef]
  47. Wulfgramm, M. Can activating labour market policy offset the detrimental life satisfaction effect of unemployment? *Socio-Econ. Rev.* 2011, 9, 477–501. [CrossRef]
  48. Dragano, N.; Siegrist, J.; Wahrendorf, M. Welfare regimes, labour policies and unhealthy psychosocial working conditions: A comparative study with 9917 older employees from 12 European countries. *J. Epidemiol. Community Health* 2011, 65, 793–799. [CrossRef] [PubMed]
  49. Bambra, C.; Lunau, T.; van der Wel, K.; Eikemo, T.; Dragano, N. Work, health, and welfare: The association between working conditions, welfare states, and self-reported general health in Europe. *Int. J. Health Serv.* 2014, 44, 113–136. [CrossRef] [PubMed]
  50. Ferrera, M. The Southern model of welfare in social Europe. *J. Eur. Soc. Policy* 1996, 6, 17–37. [CrossRef]
  51. OCDE Unemployment Rate. Available online: <https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rate.htm> (accessed on 10 September 2019).
  52. Aidukaite, J. Welfare reforms and socio-economic trends in the 10 new EU member states of Central and Eastern Europe. *Communist Post-Communist Stud.* 2011, 44, 211–219. [CrossRef]
  53. Puig-Barrachina, V.; Vanroelen, C.; Vives, A.; Martínez, J.M.; Muntaner, C.; Levecque, K.; Benach, J.; Louckx, F. Measuring employment precariousness in the European Working

Conditions Survey: The social distribution in Europe. *Work* 2014, 49, 143–161.

54. Häusermann, S.; Schwander, H. Varieties of dualization? Labor market segmentation and insider outsider divides across regimes. In *The Age of Dualization: The Changing Face of Inequality in Deindustrializing Societies*; Emmenegger, P., Häusermann, S., Palier, B., Seeleib-Kaiser, M., Eds.; University of Oxford: Oxford, UK, 2012; pp. 1–39.
55. Prosser, T. Dualization or liberalization? Investigating precarious work in eight European countries. *Work Employ. Soc.* 2016, 30, 949–965. [CrossRef]
56. Johnson, J.L.; Repta, R. Sex and gender. Beyond the binaries. In *Sex and Gender. Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research*; SAGE Publications: London, UK, 2012; p. 1737. ISBN 0066-4308.
57. Goos, M.; Manning, A. Lousy and Lovely Jobs: The Rising Polarization of Work in Britain. *Rev. Econ. Stat.* 2007, 89, 118–133. [CrossRef]
58. Waenerlund, A.; Gustafsson, P.; Virtanen, P.; Hammarström, A. Is the core-periphery labour market structure related to perceived health? findings of the Northern Swedish Cohort. *BMC Public Health* 2011, 11, 956. [CrossRef]
59. Nagy, B.; Gábor, K.; Zsuzsanna, G. Work-life balance and gender regime after the economic transition. *Intersect. East Eur. J. Soc. Polit.* 2016, 2, 5–20. [CrossRef]
60. Hašková, H.; Dudová, R. Precarious work and care responsibilities in the economic crisis. *Eur. J. Ind. Relat.* 2017, 23, 47–63. [CrossRef]
61. Artazcoz, L.; Cortès, I.; Puig-Barrachina, V.; Benavides, F.G.; Escribà-Agüir, V.; Borrell, C. Combining employment and family in Europe: The role of family policies in health. *Eur. J. Public Health* 2014, 24, 649–655. [CrossRef] [PubMed]




© 2019 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).





Article

## Long Working Hours and Job Quality in Europe: Gender and Welfare State Differences

Lucía Artazcoz <sup>1,2,3,4,\*</sup> , Imma Cortès-Franch <sup>1,2,4,5</sup> , Vicenta Escribà-Agüir <sup>6,7</sup>, María López <sup>3</sup>   
and Fernando G. Benavides <sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Agència de Salut Pública de Barcelona, 08023 Barcelona, Spain; [icortes@aspb.cat](mailto:icortes@aspb.cat)

<sup>2</sup> CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), 28029 Madrid, Spain; [fernando.benavides@upf.edu](mailto:fernando.benavides@upf.edu)

<sup>3</sup> Center for Research in Occupational Health, Universitat Pompeu Fabra, 08002 Barcelona, Spain;  
[maria.lopez@upf.edu](mailto:maria.lopez@upf.edu)

<sup>4</sup> Institute of Biomedical Research (IIB-Sant Pau), 08041 Barcelona, Spain

<sup>5</sup> Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia, i de Medicina Preventiva, Facultat de Medicina,  
Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Barcelona, Spain

<sup>6</sup> Centre for Public Health Research (Health Inequalities Area), Nursing Department, University of Valencia,  
46010 Valencia, Spain; [escriba\\_vic@gva.es](mailto:escriba_vic@gva.es)

<sup>7</sup> Valencian School for Health Studies, Regional Ministry of Health. Generalitat Valenciana,  
46010 Valencia, Spain

\* Correspondence: [lartazco@aspb.cat](mailto:lartazco@aspb.cat); Tel.: +34-93-238-4551

Received: 20 October 2018; Accepted: 15 November 2018; Published: 20 November 2018



Abstract: Chronic extreme long working hours (LWH) have been found consistently associated with poor health status. However, the evidence for moderately LWH (41–60 h a week) is contradictory. Although poor job quality has been proposed as one of the mechanisms of this relationship, there are almost no studies about LWH and job quality. The objectives of this study were to analyze the association between moderately LWH and job quality in the EU27, as well as to examine differences by welfare regimes and gender. This is a cross-sectional study based on data from the 2010 European Working Conditions Survey. A subsample of employees from the EU27 aged 16–64 years who worked 30–60 h a week was selected (12,574 men and 8787 women). Overall, moderately LWH were not consistently associated with poor job quality except among women from Eastern European countries. Therefore, in the EU27 poor job quality does not seem to explain the relationship between moderately LWH and poor health status. The findings among women from Eastern European countries may be related to their weakened position in the labor market and to their work-family conflict resulting from a process of re-familisation that constrains their choices for a good job.

Keywords: gender; working time; socioeconomic factors; working conditions.

## 1. Introduction

In recent years the number of studies about the relationship between long working hours (LWH) and health has increased. However, findings are still contradictory [1]. A recent systematic review reported associations between LWH (defined as working over 40 h a week) and a range of health outcomes. Yet, although most studies found consistent associations with working  $\geq 55$  h a week, results for moderately LWH were not consistent [2]. Chronic extreme LWH ( $>60$  h a week), which are quite common in Asia [3],

are likely to lead sooner or later to health problems, even in case of a well-designed psychosocial work environment, because they require constant effort of employees and prohibits adequate recovery [4]. However, very LWH are not common in Europe—mainly among women—where the European Working Time Directive [5] sets a maximum of 48 h per week. The association between moderately LWH and health does not seem to be simple and straightforward, but to depend on some other factors [1,6]. Although poor job quality has been proposed as one of the mechanisms of this relationship [4,7], there are almost no studies about LWH and job quality.

The moderating effect of the organizational context on the relationship between LWH and health outcomes has been identified as one of the critical research needs in the field of LWH [8]. For example, a study carried out in the US reported that variables related to LWH included working more than one job, working split/irregular/on-call shifts and mandatory overtime [9]. Additionally, mandatory overtime has been related to difficulty finding alternative jobs, low say about the job and poor relationships with management [10]. It has been reported that even a limited number of hours of involuntary overtime is associated with poor mental health, but only in low reward situations [11]. Therefore, moderately LWH could be more risky if they are concentrated in poor quality jobs [12,13] since time spent in poor quality jobs is unlikely to be comparable in terms of their health impact to that spent in more rewarding professional activities [4,7,14].

Some studies carried out in the European Union have observed gender and welfare state differences in the relationship between moderately LWH and health status [15,16]. For example, a study based on the 2010 European Working Conditions Survey (EWCS) found that in the EU27 working moderately long hours ( $\leq 60$  h a week) was consistently associated with poor health status and poor psychological wellbeing in both sexes in Anglo-Saxon

countries and primarily among women in Continental and Southern European countries. No associations were observed in Nordic and Eastern European countries [15]. The reasons for these differences between welfare regimes are not well understood. If the relationship between LWH and health status was mediated by poor job quality, we can expect job quality to be poorer among the groups where LWH were related to poor health outcomes.

### 1.1. Job Quality

Job quality has been a key objective of the European Unión in the last decade. A worker's job quality has profound consequences for his or her psychological, social and economic well-being [17]. A link has also been shown to exist between job quality and productivity [18]. Moreover, job quality affects retirement decisions, and is a key factor contributing to prolong people's working lives, an important policy objective in ageing societies [19].

There is no universally-accepted definition of job quality but it can be defined as the extent to which a job has work and employment-related factors that foster beneficial outcomes for the employee, particularly psychological and physical well-being, as well as job satisfaction [20]. It is generally agreed that job quality is a multidimensional phenomenon. Besides the difficulties related to the weighting of job quality indicators, the use of synthetic indicators could mask different job quality typologies. Therefore, in this study we examined the different dimensions and sub-dimensions of job quality separately to better understand the diverse nature of LWH across gender and welfare regimes. We measured job quality through an adaptation of the job quality framework developed by Green and Mostafa [20], based on the EWCS, which has four dimensions: intrinsic job quality, prospects, rewards and working time quality. Since job quality is associated with job satisfaction, psychological and physical well-being, closely related to job stress, for the three first dimensions, we selected those factors showing the best fit with the two theoretical models

that have been particularly successful in generating and guiding job stress research: the job demand-control-support model and the model of effort-reward imbalance [21]. Nevertheless, none of these models includes working time quality. As working time is one of the main dimensions of gender inequalities [22], and job quality is poorer among women [23], working time quality is a key dimension in examining job quality and LWH from a gender perspective.

There is strong evidence of cross-national variation in job quality as a result of differences in national institutional regimes mainly related to labor market structures and workers' power [24–26]. Moreover, differences in welfare regimes have been reported to result in cross-national variation, not only in the level, but also in the nature of job quality [27].

### 1.2. Long Working Hours

Family responsibilities and financial strain clearly influence the number of hours worked. Workers who want more time with family may prefer fewer hours, while those in economic difficulties may prefer more hours [8].

Several studies have emphasized the role of choice in the relationship between LWH and health status [28,29]. For example, many workers, primarily breadwinners, are obliged to accept LWH simply to service their family debt [30,31]. Additionally, bargaining power considerations suggest that where workers are in situations of vulnerability (such as those working in non-unionized workplaces, on temporary contracts, receiving low wages, or with difficulties of employability) they are more likely to be forced to work long hours [32]. This situation of vulnerability could be associated with the acceptance of poor employment and working conditions.

However, individuals' work hours are motivated, not only by their own individual circumstances, but by the cultural, institutional, and regulatory environments of the society, which are closely

related to welfare state regimes [33]. Regarding labor markets regulation, collective agreements play a dominant role in determining working hours, while statutory maximum hours provide a safeguard for unorganized workers. On the other hand, given the temporal constraints that family responsibilities typically impose on women's participation in paid employment, the average actual hours of work of employed men exceed those of employed women. Additionally, the traditional role of men as family breadwinners is more likely to be related to forced LWH when family financial stress exists.

### 1.3. Welfare State Regimes

In Europe, there are large differences in the prevalence of LWH among different welfare regimes, which are related to a great extent to gender, labor and family policies. Although seminal research on welfare state typology did not focus on the relationship between work and family policy [34], there is an institutional compatibility of both policies [35]. A family policy model is anchored in a particular welfare regime, that is, in a distinctive allocation of roles in welfare provision among the family, the state, and the market. Actually, Esping-Andersen [36] argues that family policy regimes essentially overlap with his classification of welfare states: Nordic family policy regime (social democratic welfare state), Continental (conservative welfare state), and the Anglo-Saxon family policy regime (liberal welfare state). These welfare regimes are also closely related to working time policies [22]. Two additional types of welfare regimes have been identified: the Southern welfare regime [37] and the post-socialist welfare regime [38].

The Nordic countries are characterized by dual earner/dual carer family models, extensive statutory support for work–family reconciliation, and regulated labor markets. Work-time practices also contribute to achieving a balance between work and family since the proportion of employees working more than 40 h a week is limited. Continental countries have strong labor market

regulations, male breadwinner family models, primary welfare responsibilities lie with the family and work-family balance policies are relatively undeveloped. Men usually work a 40-h work week and institutional barriers have limited longer hours [22]. Anglo-Saxon countries are characterized by a strong breadwinner model, part-time employment is concentrated in female-dominated sectors, while flexibility in male jobs entails LWH. Formal childcare is generally provided by “marketized” services. In the UK there is an individual “opt out clause” that permits individual employees to voluntarily work hours more than the 48-h a week. However, it has been suggested that workers may “opt” to work beyond this threshold forced in different ways due to the need to earn more money or pressure exerted by the company for which they work [39]. Southern European countries are characterized by strong labor market regulations with a long work week and low labor force participation rates among married women. In these countries, since the onset of the economic crisis, deregulation began to affect both permanent and temporary workers and precariousness affects the entire workforce [37]. Eastern European countries have a tradition of LWH, labor markets mix characteristics of Anglo-Saxon and Nordic countries, and combine dual earner families with a traditional division of housework and social care for children aged three to six years [38]. In these countries, both standard and non-standard forms of employment are exposed to precarious conditions following various degrees of labor market deregulation. Additionally, the post-1989 economic transformation was accompanied by policies that undermine women’s employment and shift care work back to families. Now the majority of the countries encourage women to leave the labor market to raise children through long parental and care-leaves mostly until the child is 3 years old [40].

The objectives of this study were: (1) to analyze the relationship between moderately LWH and job quality in the EU27, and (2) to examine the potential different patterns by welfare state typologies and gender. We hypothesize that, if the relationship

between moderately LWH and poor health status is mediated by poor job quality, LWH is related to overall poor job quality in both sexes in Anglo-Saxon countries and primarily among women in Continental and Anglo-Saxon countries. No or minor associations are expected among workers from Nordic and Eastern European countries.

## 2. Methods

### 2.1. Data

Cross-sectional study based on data from the 5th EWCS of 2010, the survey covering by far the widest range of areas of work and employment quality. Details of the survey are reported elsewhere [41]. For the purposes of this study a subsample of all employees from the EU27 aged 16–64 years who worked 30–60 h a week and had only one job was selected. In order to avoid the effect of very LWH, people working more than 60 h a week were excluded (1.0%). The final sample under analysis was composed of 12,574 men and 8787 women.

### 2.2. Variables

The main exposure variable was the average number of hours worked in a person's main job per week (94.2% of people in the sample held only one job). This was split into three groups (30–40 h, 41–50 h and 51–60 h), with 30–40 h used as the reference category. The measurement of job quality was based on four dimensions [20]: intrinsic job quality (time pressure, physical demands, skill discretion, autonomy, participation and support), job prospects (type of contract and employer-funded training), rewards and working time quality (changing schedules and work-life conflict).

Regarding intrinsic job quality, the time pressure variable was the mean of two factors, working at very high speed and working to tight deadlines, both on a 7-point scale (Cronbach's alpha = 0.75).



Physical demands were constructed with the mean of four factors, tiring or painful positions, carrying or moving heavy loads, standing and repetitive hand or arm movements on a 7-point scale (Cronbach's alpha = 0.71). A similar process was followed to construct the skill discretion variable from four questions, assessing the quality of their own work, solving unforeseen problems, doing complex tasks and learning new things, on a 2-point scale (Cronbach's alpha = 0.71). Autonomy was measured with three questions about the possibility of choosing or changing the order of tasks, the methods of work and the speed or rate of work, on a 2-point scale (Cronbach's alpha = 0.78). The level of participation in decisions was assessed with three questions about whether people are consulted before targets for their work are set, whether they are involved in improving the work organization or work processes of their department and whether they can influence decisions that are important for their work, on a 5-point scale (Cronbach's alpha = 0.77). Support was the mean of two questions about the support from colleagues and the manager at work, on a 5-point scale (Cronbach's alpha = 0.68).

Regarding job prospects, type of contract had five categories: Permanent, fixed-term temporary, temporary employment agency, no contract and other. For the multivariate analysis this variable was dichotomized by combining the latter four categories. Employer-funded training was measured through two questions about training paid for or provided by the employer and on-the-job training, on a 2-point scale (Cronbach's alpha = 0.61).

Rewards were appraised through workers' responses to four questions about pay, career advancement, feeling at home in the organization and motivation, on a 5-point scale (Cronbach's alpha = 0.71).

Regarding working time quality, changing schedules was assessed with the questions "Do changes to your work schedule occur regularly? (if yes) How long before are you informed about these changes?" A dichotomic variable was created with categories "Yes,

the same day”, “Yes, the day before” and “Yes, several days in advance”, being considered as changing schedules. Work-life conflict was assessed with a question about whether the working hours fit in with the family or social commitments outside work. The variable was dichotomized.

Countries were grouped into five widely used welfare state typologies including all countries of the EU27 [42]: Continental (Germany, France, Austria, Belgium, the Netherlands and Luxembourg), Anglo-Saxon (the UK and Ireland), Eastern European (Latvia, Poland, Rumania, Bulgaria, Czech Republic, Estonia, Hungary, Lithuania, Slovenia and Slovakia), Southern European (Spain, Italy, Cyprus, Greece, Malta and Portugal) and Nordic countries (Finland, Denmark and Sweden).

The models were adjusted for age (measured continuously) and occupational category. Occupational category was measured through the respondent’s current occupation based on the 2008 International Standard Classification of Occupations one-digit categories and grouped into three categories: upper (1 and 2), medium (3 to 5) and lower (6 to 9).

### 2.3. Statistical Analysis

First, gender differences by country typologies for all the dependent and independent variables were tested at the bivariate level using the chi-square test for categorical variables, the t-test for age and the Kolmogorov-Smirnov test for job quality variables that were measured through scales. Second, multiple logistic regression models adjusted for age and occupational category separated by gender and country typologies were fitted in order to test the association of working time with each job quality indicator. For the multivariate analysis, all the scales were dichotomized about the median of each gender and country typology. Trends were assessed with the Wald test. All analyses included the weights derived from the complex sample design.

### 3. Results

In all country typologies men were more likely to work long hours. The prevalence of LWH was higher in Anglo-Saxon and Eastern European countries. Job quality indicators differed by gender and welfare state typologies. In general, the quality of employment was higher in the Nordic countries where, moreover, no gender differences were observed (Table 1).

Table 2 shows the association between working hours and job quality among men. We observed four systematic associations involving time pressure, non-permanent contracts, changing schedules and work-life conflict. In all country typologies long hours were related to lower time pressure. Conversely, in all welfare state typologies, except Nordic countries, LWH were associated with changing schedules, with a significant gradient, as well as to work-life conflict and a trend was also found. Moreover, in all countries LWH were positively related to non-permanent contracts, although differences were statistically significant only for Anglo-Saxon, Eastern and Southern European countries. In Nordic countries, only a positive association between working 51–60 h a week and work-life conflict was observed.

The results for women are presented in Table 3. As among men, women working long hours were more likely to work on non-permanent contracts, although differences were statistically significant only for Southern and Eastern European countries, and to have work-life conflict, whereas they were less likely to report time pressure. However, an association with changing schedules was only observed in Anglo-Saxon and, to a lesser extent, in Eastern European countries. A systematic association with poor job quality indicators—except time pressure and rewards—was observed among women from Eastern European countries. Conversely, no associations were observed among women from Nordic countries.

**Table 1. General description of the population by sex and country group. Employees working 30–60 h a week. (%). 5th European Working Conditions Survey, 2010.**

	Continental		Anglo-Saxon		Eastern European		Southern European		Nordic	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women
	<i>N</i> = 4887	<i>N</i> = 3298	<i>N</i> = 1718	<i>N</i> = 1003	<i>N</i> = 2267	<i>N</i> = 2042	<i>N</i> = 3189	<i>N</i> = 1963	<i>N</i> = 514	<i>N</i> = 481
Paid working hours (%)										
30–40 h	78.3 <sup>c</sup>	87.8	63.6 <sup>c</sup>	80.6	65.4 <sup>c</sup>	74.5	75.4 <sup>b</sup>	79.9	79.6	84.0
41–50 h	18.4	11.0	26.3	16.8	26.2	21.2	20.7	16.8	17.8	14.1
51–60 h	3.3	1.2	10.1	2.6	8.4	4.4	3.9	3.3	2.7	1.9
Occupational category (%)										
Upper	20.8 <sup>c</sup>	23.1	36.7 <sup>c</sup>	38.7	14.3 <sup>c</sup>	19.8	11.7 <sup>c</sup>	18.2	23.5 <sup>c</sup>	33.4
Middle	33.8	64.9	28.8	50.8	26.1	55.1	34.8	61.9	36.8	54.7
Lower	45.4	12.0	34.4	10.4	59.6	25.1	53.5	19.8	39.7	11.9
Intrinsic job quality (mean; SD)										
Time pressure	4.0 (1.7) <sup>c</sup>	3.7 (1.8)	3.8 (1.8)	3.8 (1.9)	3.5 (1.8) <sup>c</sup>	3.3 (1.9)	3.7 (1.8) <sup>c</sup>	3.3 (1.8)	3.8 (1.5)	4.0 (1.7)
Physical demands	3.3 (1.5)	3.2 (1.5)	3.2 (1.5)	2.8 (1.3)	3.4 (1.6) <sup>c</sup>	3.0 (1.5)	3.7 (1.6)	3.3 (1.4)	3.2 (1.4)	3.1 (1.4)
Skill discretion	0.8 (0.3)	0.7 (0.3)	0.8 (0.3)	0.8 (0.3)	0.7 (0.3)	0.7 (0.3)	0.7 (0.3) <sup>c</sup>	0.6 (0.3)	0.9 (0.2)	0.8 (0.2)
Autonomy	0.6 (0.4) <sup>a</sup>	0.7 (0.3)	0.7 (0.4) <sup>a</sup>	0.7 (0.4)	0.5 (0.4)	0.5 (0.4)	0.6 (0.4)	0.6 (0.4)	0.8 (0.3)	0.8 (0.3)
Participation	3.0 (1.1) <sup>b</sup>	2.9 (1.1)	3.3 (1.3)	3.3 (1.1)	3.0 (1.1) <sup>b</sup>	2.9 (1.1)	2.8 (1.2) <sup>b</sup>	2.7 (1.2)	3.5 (1.0)	3.5 (0.9)
Support	3.6 (1.0)	3.7 (1.0)	4.1 (0.9) <sup>a</sup>	4.2 (0.8)	3.9 (0.9)	3.8 (1.0)	3.8 (1.0)	3.8 (1.0)	4.0 (0.8)	4.0 (0.9)
Prospects										
Non-permanent contract (%)	11.1 <sup>c</sup>	11.9	15.1 <sup>b</sup>	12.9	15.0 <sup>b</sup>	16.3	10.7 <sup>c</sup>	14.6	9.6	10.7
Employer-funded training (mean; SD)	0.4 (0.4)	0.4 (0.4)	0.5 (0.4)	0.5 (0.4)	0.3 (0.4)	0.3 (0.4)	0.3 (0.4)	0.3 (0.4)	0.6 (0.4)	0.6 (0.4)
Rewards (%)	2.6 (0.8) <sup>c</sup>	2.7 (0.8)	2.5 (0.8) <sup>c</sup>	2.4 (0.8)	2.8 (0.8) <sup>a</sup>	2.9 (0.8)	2.8 (0.8) <sup>a</sup>	2.9 (0.7)	2.5 (0.7)	2.5 (0.7)
Working time quality										
Changing schedules	27.6	25.9	23.8 <sup>c</sup>	17.1	27.3 <sup>c</sup>	19.3	21.0 <sup>b</sup>	16.9	12.7	15.2
Work-life conflict	18.8	19.0	17.1 <sup>c</sup>	11.2	19.0 <sup>b</sup>	15.5	26.2	24.8	12.0	11.3
Age (mean; SD)	41.3 (10.9) <sup>c</sup>	40.1 (10.9)	39.7 (11.7) <sup>a</sup>	38.5 (11.6)	39.3 (11.1)	39.7 (10.4)	40.5 (10.7) <sup>a</sup>	39.8 (10.2)	42.4 (10.9)	43.5 (11.2)

<sup>a</sup>  $p < 0.05$ . <sup>b</sup>  $p < 0.01$ . <sup>c</sup>  $p < 0.001$ . *p*-values compare men and women in each country typology.

**Table 2. Association of working time with poor job quality by country group among men. Adjusted odds ratios (aOR) and 95% confidence intervals (95% CI). Employees working 30–60 h a week. 5th European Working Conditions Survey, 2010.**

	Continental			Anglo-Saxon			Eastern European			Southern European			Nordic		
	N = 4887			N = 1718			N = 2267			N = 3189			N = 514		
	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI
<b>Intrinsic job quality</b>															
High time pressure															
30–40 h	37.9	1 <sup>f</sup>		42.5	1 <sup>d</sup>		57.2	1 <sup>f</sup>		48.2	1 <sup>f</sup>		46.2	1 <sup>e</sup>	
41–50 h	31.6	0.7	0.59–0.82 <sup>c</sup>	42.5	1.06	0.85–1.35	38.6	0.46	0.38–0.56 <sup>c</sup>	31.9	0.51	0.43–0.63 <sup>c</sup>	27	0.38	0.22–0.65 <sup>c</sup>
51–60 h	27.5	0.53	0.36–0.76 <sup>b</sup>	28.4	0.56	0.37–0.75 <sup>b</sup>	33.3	0.41	0.29–0.56 <sup>c</sup>	27.3	0.37	0.25–0.59 <sup>c</sup>	35.7	0.44	0.14–1.44
High physical demands															
30–40 h	51.2	1		57	1		50.1	1 <sup>d</sup>		52.3	1		57.4	1	
41–50 h	41.5	0.86	0.72–1.02	44.4	0.48	0.37–0.63 <sup>c</sup>	52.4	1.14	0.92–1.41	54.3	1.17	0.96–1.42	42.7	0.79	0.46–1.36
51–60 h	43.5	1.01	0.70–1.47	59.8	1.7	1.17–2.46 <sup>b</sup>	62.2	1.43	1.01–2.03 <sup>a</sup>	50	1.06	0.64–1.64	30.8	0.82	0.22–3.05
Low skill discretion															
30–40 h	31.6	1 <sup>f</sup>		46.1	1		41	1 <sup>e</sup>		37.9	1 <sup>e</sup>		42.2	1	
41–50 h	24.2	0.82	0.69–0.98 <sup>a</sup>	43.2	0.9	0.71–1.15	36.9	0.88	0.66–0.99 <sup>a</sup>	47.5	1.53	1.27–1.84 <sup>c</sup>	28.1	0.59	0.35–1.01
51–60 h	13.7	0.4	0.25–0.64 <sup>c</sup>	32	0.7	0.49–1.01	34.4	0.68	0.49–0.95 <sup>a</sup>	27.3	0.72	0.46–1.11	28.6	0.77	0.22–2.71
Low autonomy															
30–40 h	45.4	1		50.8	1		51.3	1		45.9	1		38.9	1	
41–50 h	39	1.02	0.85–1.22	49.4	1.03	0.80–1.32	48.7	0.88	0.71–1.10	42	0.83	0.68–1.02	37.1	1.2	0.71–2.02
51–60 h	36.6	0.81	0.55–1.18	41.8	1.06	0.74–1.52	47.5	0.77	0.55–1.09	41.2	0.95	0.62–1.46	28.6	1.13	0.31–4.16
Low participation															
30–40 h	43.4	1 <sup>f</sup>		49.1	1 <sup>d</sup>		45	1 <sup>e</sup>		50.1	1		53.1	1	
41–50 h	29	0.64	0.54–0.76 <sup>c</sup>	39.8	0.74	0.56–0.97 <sup>a</sup>	39.9	0.78	0.64–0.96 <sup>a</sup>	52.1	1.12	0.93–1.34	44.2	0.98	0.57–1.68
51–60 h	34.8	0.82	0.58–1.17	36.1	0.79	0.53–1.17	41.5	0.75	0.54–1.03	40	0.82	0.55–1.23	41.7	1.2	0.35–4.12
Low support															
30–40 h	49.6	1		31.8	1		39.8	1		40.3	1 <sup>f</sup>		33.9	1	
41–50 h	49.8	1.04	0.89–1.21	28.4	0.89	0.69–1.54	42.9	1.13	0.93–1.37	45.6	1.24	1.02–1.48 <sup>a</sup>	35.2	1.01	0.61–1.69
51–60 h	41.3	0.74	0.53–1.02	29.1	0.96	0.66–1.39	44.9	1.19	0.87–1.63	50	1.71	1.17–2.49 <sup>b</sup>	46.2	1.39	0.45–4.30

**Table 2. Cont.**

	Continental			Anglo-Saxon			Eastern European			Southern European			Nordic		
	N = 4887			N = 1718			N = 2267			N = 3189			N = 514		
	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI
<b>Prospects</b>															
Non-permanent contract															
30–40 h	10.1	1		14.6	1		14	1		18.5	1 <sup>f</sup>		9	1	
41–50 h	9.7	1.04	0.81–1.34	13.5	0.89	0.64–1.24	17.7	1.33	1.03–1.73 <sup>a</sup>	27.6	1.51	1.22–1.86 <sup>c</sup>	12.4	1.22	0.56–2.65
51–60 h	10.6	1.25	0.74–2.12	21.9	1.73	1.14–2.64 <sup>a</sup>	14.4	0.98	0.64–1.53	27.3	1.45	0.93–2.27	14.3	1.89	0.36–9.50
Low employer-funded training															
30–40 h	50.3	1 <sup>e</sup>		37.5	1		51.2	1		61.4	1		30.9	1	
41–50 h	41.6	0.8	0.69–0.94 <sup>b</sup>	33.3	0.79	0.62–1.00	55.7	1.2	0.98–1.46	58	0.9	0.76–1.09	30.7	1.26	0.75–2.12
51–60 h	40.4	0.71	0.51–1.00 <sup>a</sup>	30.2	0.77	0.54–1.11	54.3	1	0.73–1.37	53.7	0.92	0.62–1.35	15.4	0.55	0.13–2.43
Rewards															
30–40 h	40.6	1		46.5	1 <sup>e</sup>		42.9	1		46.2	1		45.2	1	
41–50 h	42.3	0.99	0.85–1.15	58.3	1.55	1.22–1.95 <sup>c</sup>	41.7	0.97	0.80–1.19	40.1	0.76	0.63–0.91 <sup>b</sup>	56.2	1.25	0.77–2.02
51–60 h	48.4	1.22	0.88–1.69	55.6	1.24	0.88–1.75	40.6	0.95	0.69–1.31	52.5	1.17	0.80–1.71	61.5	1.49	0.47–4.70
Working-time quality															
Changing schedules															
30–40 h	26.1	1 <sup>f</sup>		21.2	1 <sup>f</sup>		22.6	1 <sup>f</sup>		19.1	1 <sup>f</sup>		14.1	1	
41–50 h	33.8	1.65	1.40–1.97 <sup>c</sup>	25.9	1.42	1.06–1.82 <sup>a</sup>	33.4	1.72	1.39–2.13 <sup>c</sup>	25.9	1.41	1.15–1.74 <sup>b</sup>	5.7	0.49	0.19–1.23
51–60 h	29.8	1.46	1.02–2.08 <sup>a</sup>	34.7	2.48	1.71–3.59 <sup>c</sup>	45.4	2.79	2.03–3.85 <sup>c</sup>	30	1.78	1.18–2.69 <sup>b</sup>	15.4	1.91	0.39–9.26
Work-life conflict															
30–40 h	14.3	1 <sup>f</sup>		12.8	1 <sup>f</sup>		13.7	1 <sup>f</sup>		20.6	1 <sup>f</sup>		10.6	1 <sup>e</sup>	
41–50 h	31	3	2.52–3.57 <sup>c</sup>	18.1	1.72	1.24–2.34 <sup>b</sup>	25.5	2.15	1.69–2.74 <sup>c</sup>	40.9	2.7	2.23–3.26 <sup>c</sup>	15.7	1.74	0.89–3.43
51–60 h	57.8	9.11	6.59–12.79 <sup>c</sup>	45	6.75	4.67–9.76 <sup>c</sup>	40.7	4.18	2.99–5.85 <sup>c</sup>	57.9	5.87	3.99–8.64 <sup>c</sup>	30.8	6.05	1.71–21.33 <sup>b</sup>

Note: % refers to the prevalence of poor job quality dimensions. <sup>a</sup>  $p < 0.05$ ; <sup>b</sup>  $p < 0.01$ ; <sup>c</sup>  $p < 0.001$ ; <sup>d</sup> Wald test with  $p < 0.05$ ; <sup>e</sup> Wald test with  $p < 0.01$ ; <sup>f</sup> Wald test with  $p < 0.001$ . Odds ratios are adjusted for age and occupational category.

**Table 3. Association of working time with poor job quality by country group among women. Adjusted odds ratios (aOR) and 95% confidence intervals (95% CI). Employees working 30–60 h a week. 5th European Working Conditions Survey, 2010.**

	Continental			Anglo-Saxon			Eastern European			Southern European			Nordic		
	N = 3298			N = 1003			N = 2042			N = 1963			N = 481		
	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI
<b>Intrinsic job quality</b>															
<b>High time pressure</b>															
30–40 h	46.5	1 <sup>f</sup>		42.1	1		59.2	1 <sup>f</sup>		55.9	1 <sup>f</sup>		39.9	1 <sup>d</sup>	
41–50 h	32.2	0.52	0.40–0.67 <sup>c</sup>	35.9	0.81	0.56–1.15	44.4	0.5	0.41–0.64 <sup>c</sup>	49.3	0.76	0.40–0.98 <sup>a</sup>	26.2	0.55	0.29–1.02
51–60 h	36.1	0.59	0.29–1.20	25	0.47	0.18–1.22	44.7	0.52	0.34–0.83 <sup>b</sup>	30.4	0.33	0.18–0.57 <sup>c</sup>	12.5	0.12	0.01–1.34
<b>High physical demands</b>															
30–40 h	48.8	1 <sup>e</sup>		55.8	1		49.7	1 <sup>f</sup>		51.7	1		55.6	1	
41–50 h	55.3	1.35	1.06–1.72 <sup>b</sup>	53.6	0.93	0.65–1.31	63.6	1.97	1.55–2.50 <sup>c</sup>	48.6	0.86	0.66–1.12	40.3	0.84	0.47–1.51
51–60 h	61.1	1.54	0.76–3.15	45.8	0.76	0.33–1.71	70.6	2.49	1.52–4.09 <sup>c</sup>	69.6	1.88	1.01–3.50 <sup>a</sup>	25	0.27	0.05–1.57
<b>Low skill discretion</b>															
30–40 h	34.6	1:00 AM		49.8	1 <sup>f</sup>		41.1	1:00 AM		48.7	1		46.7	1	
41–50 h	23.8	0.67	0.51–0.89 <sup>b</sup>	33.8	0.53	0.36–0.79 <sup>b</sup>	43	1.07	0.86–1.37	55.4	1.33	1.02–1.75 <sup>a</sup>	36.1	1.09	0.61–1.98
51–60 h	33.3	1.01	0.41–2.08	16.7	0.25	0.08–0.77 <sup>a</sup>	57	1.8	1.16–2.87 <sup>a</sup>	38.2	0.51	0.28–0.94 <sup>a</sup>	37.5	0.91	0.20–4.18
<b>Low autonomy</b>															
30–40 h	42.6	1		49.8	1 <sup>e</sup>		48.7	1 <sup>e</sup>		42.5	1		39.9	1	
41–50 h	30.7	0.67	0.50–0.91 <sup>a</sup>	30.7	0.47	0.33–0.69 <sup>c</sup>	54.3	1.27	0.99–1.64	46	1.03	0.77–1.38	44.3	1.57	0.89–2.79
51–60 h	27.6	0.42	0.17–1.05	43.5	0.86	0.37–2.00	63.5	1.62	1.10–3.02 <sup>a</sup>	51.2	1.43	0.74–2.76	25	0.77	0.17–3.57
<b>Low participation</b>															
30–40 h	44.3	1		49.8	1 <sup>f</sup>		46	1		49.8	1		52.8	1	
41–50 h	38.8	0.87	0.70–1.15	28.1	0.45	0.28–0.64 <sup>c</sup>	45.1	0.94	0.73–1.17	46.8	0.89	0.67–1.23	41.5	0.87	0.47–1.60
51–60 h	36.1	0.6	0.30–1.29	45.8	1.12	0.48–2.48	62.4	1.87	1.16–3.00 <sup>a</sup>	38.2	0.51	0.27–0.96 <sup>a</sup>	37.5	0.59	0.12–2.84
<b>Low support</b>															
30–40 h	46.7	1		27.7	1		38.3	1 <sup>f</sup>		40.3	1		32.7	1	
41–50 h	45.4	0.96	0.75–1.23	20.1	0.72	0.47–1.10	48.1	1.46	1.17–1.82 <sup>c</sup>	38.8	0.97	0.74–1.87	35.5	1.25	0.68–2.28
51–60 h	60	1.55	0.74–3.27	27.3	1.23	0.48–3.13	52.4	1.74	1.11–2.72 <sup>a</sup>	31.4	0.67	0.36–1.26	37.5	1.75	0.42–7.26

**Table 3. Cont.**

	Continental			Anglo-Saxon			Eastern European			Southern European			Nordic		
	N = 3298			N = 1003			N = 2042			N = 1963			N = 481		
	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI	%	aOR	95%CI
<b>Prospects</b>															
Non-permanent contract															
30–40 h	11.6	1 <sup>e</sup>		12.5	1		16	1 <sup>d</sup>		22.1	1 <sup>f</sup>		10.4	1	
41–50 h	13.4	1.37	0.96–1.95	14.4	1.29	0.78–2.12	19.3	1.09	0.81–1.45	35.5	1.57	1.18–2.08 <sup>c</sup>	12.9	1.29	0.59–2.82
51–60 h	25	2.16	0.93–5.00	16.7	1.49	0.49–4.53	29.4	2.05	1.23–3.42 <sup>b</sup>	53.6	3.88	2.16–7.00 <sup>c</sup>	12.5	2.04	0.39–10.81
Low employer-funded training															
30–40 h	46.7	1		36	1		51.1	1		64	1		29.6	1	
41–50 h	46.9	1.06	0.83–1.35	28.8	0.8	0.54–1.13	51.8	1	0.80–1.25	60.1	0.81	0.62–1.06	25.8	1.08	0.57–2.04
51–60 h	34.3	0.52	0.25–1.18	62.5	3.3	1.42–7.62 <sup>b</sup>	64	1.63	1.03–2.59 <sup>a</sup>	60	0.73	0.41–1.32	25	1.17	0.25–5.52
<b>Rewards</b>															
30–40 h	50.3	1		40.1	1		41.1	1 <sup>e</sup>		37.6	1		40.4	1	
41–50 h	47.2	0.88	0.70–1.12	49	1.4	1.02–2.06 <sup>a</sup>	35.4	0.8	0.63–1.01	46.3	1.43	1.10–1.85 <sup>a</sup>	54.1	1.44	0.81–2.55
51–60 h	44.4	0.85	0.43–1.69	41.7	1	0.47–2.48	29.4	0.65	0.40–1.05	35.7	0.96	0.54–1.70	62.5	2.37	0.55–10.22
<b>Working-time quality</b>															
Changing schedules															
30–40 h	25.5	1		14.6	1 <sup>f</sup>		16.7	1 <sup>f</sup>		16.2	1		15.8	1	
41–50 h	29.4	1.23	0.95–1.59	26.8	2.43	1.59–3.71 <sup>c</sup>	27.5	1.78	1.38–2.30 <sup>c</sup>	19.4	1.17	0.84–1.63	9.8	0.65	0.27–1.58
51–60 h	22.2	0.69	0.29–1.61	33.3	3.28	1.32–8.15 <sup>b</sup>	23.5	1.47	0.88–2.47	21.4	1.7	0.88–3.29	12.5	1.04	0.15–6.97
Work-life conflict															
30–40 h	16.9	1 <sup>f</sup>		8.1	1 <sup>f</sup>		11.9	1 <sup>f</sup>		22.2	1 <sup>f</sup>		10.4	1	
41–50 h	33.1	2.76	2.13–3.57 <sup>c</sup>	23.4	3.6	2.28–5.71 <sup>c</sup>	21.6	2.08	1.57–2.76 <sup>c</sup>	33.8	1.98	1.46–2.55 <sup>c</sup>	14.5	1.76	0.77–4.05
51–60 h	45.7	4.02	2.02–8.08 <sup>c</sup>	29.2	4.41	1.72–11.26 <sup>b</sup>	48.2	6.98	4.41–11.07 <sup>c</sup>	40	2.82	1.61–4.92 <sup>b</sup>	25	4.14	0.86–19.95

Note: % refers to the prevalence of poor job quality dimensions. <sup>a</sup>  $p < 0.05$ ; <sup>b</sup>  $p < 0.01$ ; <sup>c</sup>  $p < 0.001$ ; <sup>d</sup> Wald test with  $p < 0.05$ ; <sup>e</sup> Wald test with  $p < 0.01$ ; <sup>f</sup> Wald test with  $p < 0.001$ . Odds ratios are adjusted for age and occupational category.



#### 4. Discussion

As has been mentioned before, a previous study also based on the 2010 EWCS, found that moderately LWH were related to poor health outcomes in both sexes in Anglo-Saxon countries, and primarily among women in Continental and Southern European countries. No associations were observed in Nordic and Eastern European countries [15]. However, contrary to what we expected, the patterns of association between LWH and job quality were different since we only found a consistent association between LWH and poor job quality among women from Eastern European countries. Therefore, our results do not support the hypothesis that poor job quality mediates the relationship between moderately LWH and health status.

This study found other relevant results regarding the job quality of LWH in the EU27: (1) overall, LWH were not consistently associated with poor job quality; (2) in both sexes LWH were positively associated with non-permanent contracts and work-life conflict but with less time pressure; (3) among men, LWH were consistently related to changing schedules; and (4) only among women from Eastern European countries a consistent positive association between LWH and most poor job quality indicators was found.

##### 4.1. General Patterns

In Nordic countries, and in both sexes, there were almost no associations between LWH and job quality, whereas in the rest of country typologies, except among women from Eastern European countries, about the same number of positive and negative associations were observed, although no consistent patterns were observed. These results are in line with previous studies that have reported that the relationship between LWH and job psychosocial factors differs depending on the factor being examined [9].

There was a consistent negative correlation between LWH and time pressure. This finding suggests that LWH are related to less

work intensity. Conversely, in both sexes LWH were related to non-permanent contracts, although differences were only statistically significant among men in Anglo-Saxon countries, characterized by deregulated labor markets, and in both sexes in Eastern and Southern European countries, with a high level of precariousness of the whole labor market. These findings suggest a forced nature of LWH for many workers who are in a position of low bargaining power due to their job instability. Additionally, there was a consistent positive association with work-life conflict, which is in line with studies about work-family conflict [43,44].

Unlike women, among men LWH were consistently related to changing schedules, suggesting an association with overtime. During the economic crisis, in Europe overtime has been regarded by many employers as a vital element in achieving flexibility and, on the other hand, by many employees as an important source of income [45]. Although family models differ by welfare regimes, in all countries men are more likely than women to be the main contributors to household incomes which is consistent with overtime being more frequent among them [46]. However, it remains a very irregular source of income for employees, as they can work overtime according to the needs of the business and to fluctuations in demand and cannot therefore rely on it as regular and foreseeable income. Moreover, it has been reported that schedule variability can affect the ability to plan for sleep and recuperation, and to arrange for child care and other family responsibilities.

#### 4.2. LWH and Poor Job Quality among Women from Eastern Europe

We only found a consistent association between LWH and almost all poor job quality indicators among women from Eastern European countries. These countries have a tradition of LWH and overtime payments often constitute a regular and substantial element of wage packages and are relied on to ensure a decent standard of living [47]. Labor markets attributes high value to

employees who are flexible in working hours, workplace and type of contract, and who are willing to work long hours. However, they typically penalize disadvantaged employees with caring responsibilities, who are usually women. Labor market policies make it difficult for women to return to work after having been on parental leave for several years. Although there is a legal guarantee to return to one's job after parental leave, these countries have not enforced it. This contributes to a widespread feeling of insecurity among women, as employers often lay off mothers returning from their parental leave. Moreover, post-communist women believe that they must and should work to support their families [48]. As a result, precarious work has acquired a specific form for women who are forced to accept precarious jobs when they have care responsibilities as a temporary strategy that may turn into a trap excluding them from a better job [40,49]. According to our results, precariousness is strongly correlated with LWH among women from Eastern European countries. Given the high proportion of women working long hours in these countries, these results are particularly relevant.

#### 4.3. Strengths and Limitations

As far as we know this is the first study about moderately LWH and job quality carried out in a large and representative sample of the EU27 and examining a broad range of job quality indicators. Although the cross-sectional design represents a study limitation, a major strength is the large sample size and the rigorous quality-protocol of the EWCS [42]. Although this study is based on data from 2010, in our opinion the results are still applicable because no significant changes have occurred during this period regarding LWH in Europe. There is no particular welfare state classification of welfare state regimes that has been accepted as the standard, but that used in this study is one of the most empirically accurate [50] and is consistent with the hypothesis about country-level factors related to LWH. Although there clearly is variability

between countries within each welfare regime, it is probably much lower than the differences between country typologies.

## 5. Conclusions

Contrary to what we hypothesized, the patterns of association between LWH and job quality were not consistent with those between LWH and health status. Therefore, in the EU27 poor job quality does not seem to explain the relationship between moderately LWH and poor health status. LWH were only consistently associated with poor job quality among women from Eastern European countries. This finding may be related to their weakened position in the labor market and to their work-family conflict resulting from a process of re-familisation that constrains their choices for a good job. In both sexes LWH were positively associated with non-permanent contracts and work-life conflict but with less time pressure. Among men, they were also related to changing schedules.

These results remark the need for more research about LWH and job quality examining separately the different job quality indicators in order to better understand the nature of job quality of LWH across welfare regimes and gender categories. Moreover, the poor job quality of LWH among women from Eastern European countries deserves further attention.

## References

1. Ganster, D.C.; Rosen, C.C.; Fisher, G.G. Long Working Hours and Well-being: What We Know, What We Do Not Know, and What We Need to Know. *J. Bus. Psychol.* 2016, 31, 25–39. [CrossRef]
2. Bannai, A.; Tamakoshi, A. The association between long working hours and health: A systematic review of

- epidemiological evidence. *Scand. J. Work Environ. Health* 2014, 40, 5–18. [CrossRef] [PubMed]
3. Kawakami, N.; Haratani, T. Epidemiology of job stress and health in Japan: Review of current evidence and future direction. *Ind. Health* 1999, 37, 174–186. [CrossRef] [PubMed]
  4. Beckers, D.G.; van der Linden, D.; Smulders, P.G.; Kompier, M.J.; van Veldhoven, M.; van Yperen, N. Working overtime hours: Relations with fatigue, work motivation, and the quality of work. *J. Occup. Environ. Med.* 2004, 46, 1282–1289. [CrossRef] [PubMed]
  5. European Parliament and the Council of the European Union. The European Work Time Directive. Available online: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:299:0009:0019:en:PDF> (accessed on 7 July 2018).
  6. Artazcoz, L.; Cortès, I.; Escribà-Agüir, V.; Cascant, L.; Villegas, R. Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours. *J. Epidemiol. Community Health* 2009, 63, 521–527. [CrossRef] [PubMed]
  7. Johnson, J.V.; Lipscomb, J. Long working hours, occupational health and the changing nature of work organization. *Am. J. Ind. Med.* 2006, 49, 921–929. [CrossRef] [PubMed]
  8. Caruso, C.C.; Bushnell, T.; Eggerth, D.; Heitmann, A.; Kojola, B.; Newman, K.; Rosa, R.R.; Sauter, S.L.; Vila, B. Long Working Hours, Safety, and Health: Toward a National Research Agenda. *Am. J. Ind. Med.* 2006, 49, 930–942. [CrossRef] [PubMed]
  9. Grosch, J.W.; Caruso, C.C.; Rosa, R.R.; Sauter, S.L. Long hours of work in the U.S.: Associations with demographic and organizational characteristics, psychosocial working conditions, and health. *Am. J. Ind. Med.* 2006, 49, 943–952. [CrossRef] [PubMed]

10. Golden, L.; Wiens-Tuers, B. Mandatory Overtime Work in the United States: Who, Where, and What? *Labor Stud. J.* 2005, 30, 1–25. [CrossRef]
11. Van Der Hulst, M.; Geurts, S.E. Associations between overtime and psychological health in high and low reward jobs. *Work Stress* 2001, 15, 227–240. [CrossRef]
12. Tomioka, K.; Morita, N.; Saeki, K.; Okamoto, N.; Kurumatani, N. Working hours, occupational stress and depression among physicians. *Occup. Med.* 2011, 61, 163–170. [CrossRef] [PubMed]
13. Spurgeon, A.; Harrington, J.M.; Cooper, C.L. Health and safety problems associated with long working hours: A review of the current position. *Occup. Environ. Med.* 1997, 54, 367–375. [CrossRef] [PubMed]
14. Artazcoz, L.; Cortès, I.; Borrell, C.; Escribà-Agüir, V.; Cascant, L. Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior. *Scand. J. Work. Environ. Health* 2007, 33, 344–350. [CrossRef] [PubMed]
15. Artazcoz, L.; Cortès, I.; Benavides, F.G.; Escribà-Agüir, V.; Bartoll, X.; Vargas, H.; Borrell, C. Long working hours and health in Europe: Gender and welfare state differences in a context of economic crisis. *Health Place* 2016, 40, 161–168. [CrossRef] [PubMed]
16. Artazcoz, L.; Cortès, I.; Escribà-Agüir, V.; Bartoll, X.; Basart, H.; Borrell, C. Long working hours and health status among employees in Europe: Between-country differences. *Scand. J. Work Environ. Health* 2013, 39, 369–378. [CrossRef] [PubMed]
17. Kalleberg, A.L.; Vaisey, S. Pathways to a good job: Perceived work quality among the machinists in North America. *Br. J. Ind. Relat.* 2005, 43, 431–454. [CrossRef]
18. Zelenski, J.M.; Murphy, S.A.; Jenkins, D.A. The happy-productive worker thesis revisited. *J. Happiness Stud.* 2008, 9, 521–537. [CrossRef]

19. Villosio, C.; Di Pierro, D.; Giordanengo, A.; Pasqua, P.; Richiardi, M. Working Conditions of an Ageing Workforce; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: Dublin, Ireland, 2008.
20. Green, F.; Mostafa, T. Trends in Job Quality in Europe; Publications Office of the European Union: Luxembourg, 2012; ISBN 9789289710718.
21. De Jonge, J.; Bosma, H.; Peter, R.; Siegrist, J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: A large-scale cross-sectional study. *Soc. Sci. Med.* 2000, 50, 1317–1327. [CrossRef].
22. Mutari, E.; Figart, D.M. Europe at a Crossroads: Harmonization, liberalization, and the gender of work time. *Soc. Politics* 2001, 8, 36–64. [CrossRef]
23. Smith, M.; Villa, P. The long tail of the Great Recession. Forgone employment and forgone policies. *Rev. L'ofce* 2014, 133, 85–119. [CrossRef]
24. Dixon, J.C.; Fullerton, A.S.; Robertson, D.L. Cross-national differences in workers' perceived job, labor market, and employment insecurity in Europe: Empirical tests and theoretical extensions. *Eur. Sociol. Rev.* 2013, 29, 1053–1067. [CrossRef]
25. Esser, I.; Olsen, K.M. Perceived job quality: Autonomy and job security within a multi-level framework. *Eur. Sociol. Rev.* 2012, 28, 443–454. [CrossRef]
26. Gallie, D. Production Regimes and the Quality of Employment in Europe. *Annu. Rev. Sociol.* 2007, 33, 85–104. [CrossRef]
27. Holman, D. Job types and job quality in Europe. *Hum. Relat.* 2013, 66, 475–502. [CrossRef]
28. Drago, R.; Wooden, M.; Black, D. Long work hours: Volunteers and conscripts. *Br. J. Ind. Relat.* 2009, 47, 571–600. [CrossRef]
29. Beckers, D.G.J.; Van Der Linden, D.; Smulders, P.G.W.; Kompier, M.A.J.; Taris, T.W.; Geurts, S.A.E. Voluntary or

- involuntary? Control over overtime and rewards for overtime in relation to fatigue and work satisfaction. *Work Stress* 2008. [CrossRef]
30. Pollert, A.; Charlwood, A. The vulnerable worker in Britain and problems at work. *Work Employ. Soc.* 2009, 23, 343–362. [CrossRef]
  31. Pollert, A. The unorganised worker: The decline in collectivism and new hurdles to individual employment rights. *Ind. Law J.* 2005, 34, 217–238. [CrossRef]
  32. Stier, H.; Lewin-Epstein, N. Time to Work: A Comparative Analysis of Preferences for Working Hours. *Work Occup.* 2003, 30, 302–326. [CrossRef]
  33. Abendroth, A.K.; van der Lippe, T.; Maas, I. Social support and the working hours of employed mothers in Europe. The relevance of the state, the workplace, and the family. *Soc. Sci. Res.* 2012, 41, 581–597. [CrossRef] [PubMed]
  34. Esping-Andersen, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*; Princeton University Press: Princeton, NJ, USA, 1990.
  35. Kornrich, S.; Eger, M.A. Family Life in Context: Men and Women’s Perceptions of Fairness and Satisfaction Across Thirty Countries. *Soc. Politics* 2016, 23, 40–69. [CrossRef]
  36. Esping-Andersen, G. *Why We Need a New Welfare State*; Oxford University Press: New York, NY, USA, 2002; ISBN 019925642X.
  37. Ferrera, M. The ‘Southern model’ of welfare in social Europe. *J. Eur. Soc. Policy* 1996, 6, 17–37. [CrossRef]
  38. Aidukaite, J. Old welfare state theories and new welfare regimes in Eastern Europe: Challenges and implications. *Communist Post-Communist Stud.* 2009, 42, 23–39. [CrossRef]
  39. Anttila, T.; Oinas, T.; Tammelin, M.; Nätti, J. Working-time regimes and work-life balance in Europe. *Eur. Sociol. Rev.* 2015, 31, 713–724. [CrossRef]



40. Hašková, H.; Dudová, R. Precarious work and care responsibilities in the economic crisis. *Eur. J. Ind. Relat.* 2017, 23, 47–63. [CrossRef]
41. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. 5th European Working Conditions Survey; Technical Report; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Ed.; European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions: Dublin, Ireland, 2010.
42. Thévenon, O. Family Policies in OECD Countries: A Comparative Analysis. *Popul. Dev. Rev.* 2011, 37, 57–87. [CrossRef] [PubMed]
43. Golden, L.; Wiens-Tuers, B. To your happiness? Extra hours of labor supply and worker well-being. *J. Socio-Econ.* 2006, 35, 382–397. [CrossRef]
44. Hofäcker, D.; König, S. Flexibility and work-life conflict in times of crisis: A gender perspective. *Int. J. Sociol. Soc. Policy* 2013, 33, 613–635. [CrossRef]
45. Lang, C.; Clauwaert, S.; Schömann, I. Working Time Reforms in Times of Crisis; ETUI aisbl: Brussels, Belgium, 2013.
46. OECD Work-Life Balance. Available online: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/work-life-balance/> (accessed on 30 September 2016).
47. Vaughan-Whitehead, D. Working and Employment Conditions in New EU Member States: Convergence or Diversity; International Labor Office: Geneva, Switzerland, 2005; ISBN 922117140X.
48. Saxonberg, S.; Sirovátka, T. Failing family policy in post-communist Central Europe. *J. Comp. Policy Anal. Res. Pract.* 2006, 8, 185–202. [CrossRef]
49. Nagy, B.; Király, G.; Géring, Z. Work-life Balance and Gender Regime After the Economic Transition. *Intersect. East Eur. J. Soc. Politics* 2016, 2, 5–20. [CrossRef]

50. Bamba, C. Going beyond The three worlds of welfare capitalism: Regime theory and public health research. *J. Epidemiol. Community Health* 2007, 61, 1098–1102. [CrossRef] [PubMed]

## Resum dels principals resultats

### Article 1

1. En tots els grups, excepte en les dones casades, la manca d'estabilitat laboral es va relacionar amb la mala salut mental i es va trobar un gradient entre l'augment de la distància amb l'ocupació estable i l'empitjorament de l'estat de salut mental.
2. En les persones casades/en parella i les convivents, les associacions eren més fortes en els homes.
3. El mal estat de salut mental es va relacionar amb la manca d'estabilitat laboral en les dones que cohabitaven, però no en les casades.
4. L'associació més forta entre la manca d'estabilitat laboral i la mala salut mental es va trobar en ambdós sexes en les persones separades o divorciades.
5. Treballar sense contracte es va associar a una pitjor salut mental que estar a l'atur en les dones solteres.

### Article 2

1. En ambdós sexes, no hi va haver diferències significatives entre l'atur (tant inactiu com actiu) i tenir una feina de mala qualitat, en relació amb el benestar mental. L'única excepció van ser els homes dels països conservadors en què els llocs de treball de baixa qualitat es van associar amb millor benestar mental que l'atur.
2. Només tenir una feina de bona qualitat va reduir la probabilitat de baix nivell benestar mental en comparació amb estar a l'atur (no actiu): aquest resultat es va trobar en els homes de tots els països (excepte els països socialdemòcrates), és a dir, 19 de 22, i en les dones dels països d'Europa de l'Est i del Sud.

3. No es va trobar cap associació ni en homes ni en dones als països socialdemòcrates.
4. Es van trobar associacions similars en homes i dones als països d'Europa del Sud i de l'Est, mentre que es van trobar fortes diferències de gènere als països conservadors i liberals, on els homes presentaven l'associació més forta i no es va trobar cap relació en les dones.

### Article 3

Aquest article està relacionat amb un estudi previ en la mateixa població i basat també en l'EECT de 2010 (Lucía Artazcoz et al., 2016), que va trobar que les llargues jornades laborals estaven relacionades amb un pitjor benestar mental en ambdós sexes als països anglosaxons i del Sud i principalment en les dones dels països continentals, mentre que no es van observar associacions als països nòrdics i de l'Est de l'Europa. Aquest article s'ha incorporat en els annexos.

En el present estudi, que explora la qualitat laboral com a possible mediador en l'associació de les llargues jornades de treball amb el benestar mental, els resultats principals van ser:

1. No es va trobar una associació consistent entre les llargues jornades i la mala qualitat laboral, excepte en les dones dels països de l'Europa de l'Est, en què es va observar una associació positiva consistent entre les llargues jornades i els indicadors de qualitat laboral més baixos.
2. Les llargues jornades es van associar amb les dues dimensions més relacionades amb la flexibilitat laboral, els contractes no permanents (en ambdós sexes) i amb la variabilitat de la jornada laboral (en els homes).
3. En ambdós sexes les llargues jornades es van associar amb conflictes entre el treball i la vida familiar i social i també amb menys pressió de temps.

## Discussió

Els resultats d'aquesta tesi posen de manifest que les condicions de treball i ocupació que caracteritzen la flexibilitat laboral estan associades a una pitjor salut i benestar mentals. Les característiques d'aquesta associació venen determinades pel gènere, els models d'estat del benestar i per l'estat civil/ de parella.

La manca d'estabilitat laboral es va relacionar amb la mala salut mental, de manera que quan més allunyada està la situació laboral de l'estabilitat, pitjor és l'estat de salut mental. Aquesta relació és diferent segons la situació de convivència i el gènere.

En relació amb l'atur, els resultats són coherents amb estudis que han trobat una relació positiva entre aquesta situació i un pitjor estat de salut mental, així com amb la seva durada (Paul & Moser, 2009). Pel que fa a l'estabilitat laboral, estar a l'atur indica la probabilitat més baixa d'ocupació estable futura i en augmentar la durada es redueix més aquesta probabilitat. La limitada protecció de l'atur i el poc desenvolupament de les polítiques actives d'ocupació (PAO), característiques dels països del Sud d'Europa i d'Espanya en concret, on es va dur a terme l'estudi, podrien explicar el menor nivell de salut mental entre les persones aturades. La generositat de les prestacions d'atur s'ha associat amb un efecte positiu en la salut mental de les persones en atur (Fiori, Rinesi, Spizzichino, & Di Giorgio, 2016; P. Virtanen, Liukkonen, Vahtera, Kivimaki, & Koskenvuo, 2003b), mentre que hi ha evidències que les PAO tenen un impacte positiu en la salut mental de les persones desocupades (V Puig-Barrachina et al., 2020; S. Wang, Coutts, Burchell, Kamerāde, & Balderson, 2020), atès que poden emular l'experiència psicosocial de l'ocupació regular millorant l'autoeficàcia dels participants (A. Coutts, Stuckler, & Cann, 2014)(A. Coutts et al., 2014; V Puig-Barrachina et al., 2020).

Entre les persones ocupades, l'estat de salut mental va empitjorar a mesura que va disminuir l'estabilitat. Aquests resultats aporten evidència a la relació entre la temporalitat i la mala salut mental davant altres estudis amb resultats no concloents, que es podrien explicar en part per factors contextuals com el nivell de protecció social i la taxa d'atur. Carr va demostrar que els països de la Mediterrània (inclosa Espanya), on no hi ha gaire suport als aturats, ja sigui mitjançant prestacions o polítiques actives, la inestabilitat té un impacte negatiu molt més fort sobre la satisfacció amb la vida (Carr & Chung, 2014). D'altra banda, un estudi qualitatiu realitzat a Espanya va suggerir que probablement el principal desavantatge del treball temporal és la incertesa sobre el manteniment de l'ocupació i les dificultats per trobar-ne un de nou en un país amb taxes d'atur molt elevades (Amable, Benach, & González, 2001).

Entre les persones ocupades, l'associació més intensa amb la mala salut mental es va donar entre les que tenien una situació de major inestabilitat: les que treballaven sense contracte. Aquest resultat confirma el d'un estudi a Catalunya que va trobar els mateixos resultats en homes i dones en ocupacions manuals (Lucía Artazcoz et al., 2005). Aquesta forma d'ocupació informal s'associa amb altres condicions de vulnerabilitat nocives com l'explotació, les relacions arbitràries i la negació dels drets bàsics de les persones treballadores (Porthé et al., 2009).

El gradient entre la manca d'estabilitat i la mala salut mental es va observar en ambdós sexes, tot i que amb una associació més intensa i clara en els homes. La divisió de gènere del treball, la configuració de les identitats de gènere i les desiguals condicions de treball i ocupació entre homes i dones explicarien aquests resultats. Les dificultats per desenvolupar el rol de proveïdor de recursos econòmics a la llar propi dels models de família tradicionals i el qüestionament de la identitat masculina habitualment aportada per la feina remunerada, es relacionarien amb els resultats en els homes. En el cas de les dones, les pitjors

condicions de treball i ocupació podrien explicar les menors deferències entre els diferents nivells d'estabilitat. A Europa les dones tenen salaris més baixos que els homes, estan més exposades a altes exigències emocionals, discriminació i conductes socials adverses com ara amenaces, abús verbal o assetjament (Eurofound, 2020). A més, les dones poden aconseguir identitat i aprovació social mitjançant la participació en altres funcions, com ara ser mare i esposa. Els diferents resultats observats segons l'estat civil/de parella, suggereixen que aquesta interpretació no es pot aplicar a totes les dones, sinó que es limita a les dones casades, mentre que en les altres situacions de convivència els resultats van ser més similars als dels homes.

Per tal de no duplicar el text de la discussió de l'article 1, a continuació es resumeixen els arguments discutits en el dit apartat respecte els diferents estats civils/de parella.

La divisió de gènere del treball es va observar amb claredat en les persones casades: el rol principal d'aportació de recursos econòmics a la llar dels homes explicaria que l'increment de la incertesa sobre el futur laboral s'associés a un augment de la mala salut mental; en canvi, el rol principal de cura de persones dependents com alternativa a una situació laboral inestable en les dones casades i la possible estabilitat econòmica proporcionada per la parella, explicarien la manca d'associació en aquest grup. A més, el paper de proveïdor dels homes casats ocupats en feines més inestables els podria portar a acceptar situacions més vulnerables per tal de mantenir la feina.

En canvi, en les dones separades i divorciades l'associació va ser similar a la dels homes, destacant el paper de la inestabilitat laboral en les persones responsables de l'aportació de recursos a la llar. Aquest rol (tant en homes casats com en persones separades o divorciades d'ambdós sexes) en les persones ocupades més vulnerables (les que tenen situacions contractuals menys estables i per tant menys poder de negociació), a més, les podrien exposar a altres males condicions laborals amb efecte

negatiu sobre la salut mental. La manca de suport econòmic i emocional d'homes i dones separades i divorciades explicaria una associació similar i superior a les persones casades, mentre que una unió menys sòlida que pot posar en risc aquest suport explicaria la relació també similar en les persones que cohabitin, de manera que se sumaria a la inestabilitat de la situació laboral.

La manca de diferències entre homes i dones solteres posa de relleu el paper de les responsabilitats familiars en les diferències de gènere observades, mentre que l'elevada magnitud de l'associació en les dones que treballaven sense contracte, apunta a una vulnerabilitat per la manca de poder que les exposaria a pitjors condicions de treball i ocupació. Aquest és el cas de les netejadores, que constituïen el 70% d'aquest grup.

Els resultats de l'article 2 contradiuen la idea que tenir una feina, encara que sigui de baixa qualitat, és millor per al benestar mental que estar a l'atur, per tant una feina de mala qualitat pot ser tant negativa pel benestar mental com estar a l'atur. Un dels resultats de l'estudi 1, a més, suggereix que la inestabilitat més acusada en persones ocupades, la que es correspon a treballar sense contracte, pot ser pitjor per a la salut mental que l'atur en algun grup de persones treballadores (en aquest cas les dones solteres). Els resultats apunten a que només una feina de bona qualitat redueix la probabilitat de tenir pitjor benestar mental en comparació amb estar a l'atur.

Els resultats són coherents amb alguns dels pocs estudis que plantegen una pregunta similar a Austràlia (Broom et al., 2006; Leach et al., 2010), alguns països europeus (Butterworth et al., 2012; Van Aerden et al., 2017), i més recentment al conjunt d'Europa (N Matilla-Santander et al., 2020) en relació amb la salut percebuda, però difereixen d'un estudi als Estats Units (Grzywacz & Dooley, 2003), en què llocs de treball amb males condicions psicosocials s'associaven a un benestar mental una mica millor que l'atur. Aquesta discrepància es podria explicar per diferències en els períodes de temps i els règims de l'estat del benestar. Tot i



que els Estats Units normalment es classifiquen com un règim de benestar liberal, com el Regne Unit, les prestacions d'atur són més baixes (Butterworth et al., 2012). A més, l'estudi es va dur a terme a la segona meitat dels anys noranta, un període de relativa prosperitat econòmica. S'ha informat que l'estigma associat a l'atur (i la penalització relacionada amb la salut) és pitjor quan l'atur poblacional és baix (Béland, Birch, & Stoddart, 2002). En un altre estudi més recent i longitudinal realitzat al Regne Unit, Chandola et al. (Chandola & Zhang, 2018) van mostrar que el benestar mental era similar en les persones que es mantenien en atur respecte les que deixaven d'estar aturades i passaven a treballar en una feina de baixa qualitat, metre que els marcadors biològics d'estrès eren més negatius en aquestes darreres, apuntant a possibles efectes sobre altres malalties cròniques a llarg termini.

Les llargues jornades de treball no es van associar globalment amb la qualitat de la feina, de manera que l'associació de les llargues jornades amb el benestar mental probablement no està mediada per la baixa qualitat d'aquestes (aquests resultats es discuteixen en l'article 3, per evitar duplicacions no es repeteixen en aquest apartat). Tot i així, dues de les dimensions associades a la flexibilitat laboral, la contractació no permanent i la variabilitat de les jornades, es van relacionar amb les llargues hores de treball, suggerint un possible efecte mediador entre aquestes i la manca de benestar mental. La variabilitat dels horaris (lligada a la realització d'hores extres) es va observar en els homes de tots els països excepte els Nòrdics, mentre que la contractació no permanent es va associar en homes anglosaxons i de l'Est i en ambdós sexes en els països del Sud d'Europa. Només, però, en aquestes darreres i els homes anglosaxons, les llargues jornades de treball es van associar amb un pitjor benestar mental en l'estudi mencionat prèviament. Factors associats al rol de proveïdor principal de recursos a llar propi dels models de família tradicional compartits per ambdós grups de països explicarien els resultats en els homes, juntament amb factors dels respectius mercats de

treball. Aquests resultats es discuteixen en els apartats següents referits a cada grup de països.

A continuació es discuteixen els resultats obtinguts en els tres articles atenent a l'agrupació en models d'estat del benestar. Per evitar duplicacions amb els corresponents apartats de discussió, es resumeixen les argumentacions ja publicades i es discuteixen les que tenen a veure amb la visió conjunta.

### Països Nòrdics

Els articles 2 i 3 mostren en ambdós sexes la independència del benestar mental de la situació laboral en els països del Nord d'Europa, de manera que no hi va haver diferències entre les persones aturades (actives, no actives). Tampoc les llargues jornades de treball es van relacionar amb la qualitat laboral.

Els països del Nord d'Europa es caracteritzen per generoses prestacions d'atur, elevada despesa en polítiques actives d'ocupació, lleis de protecció de l'acomiadament, normes laborals sòlides i completes, juntament amb polítiques socials que promouen la màxima ocupació per a les dones i on el treball de cura s'assigna a l'Estat. D'altra banda, els models de família són de doble proveïdor/doble cuidador. Aquestes condicions determinen que siguin els països europeus amb estats del benestar amb majors nivells de desmercantilització i defamilització, la qual cosa explicaria els resultats obtinguts.

### Països Anglo-saxons

Els països Anglosaxons tenen els nivells més baixos de desmercantilització i baixos nivells de defamilització, amb prestacions per atur molt poc generoses, un mercat de treball molt desregulat (amb algunes especificitats com la durada màxima de la jornada laboral) i de marcada dualització, i amb un model de família tradicional, amb manca de finançament públic per a la cura

de criatures, la qual cosa dificulta la participació de les dones en el mercat de treball.

En aquests països les condicions laborals lligades a la flexibilitat laboral es van relacionar amb manca de benestar mental en els homes, amb una associació similar de l'atur i els treballs de baixa qualitat, fet que és congruent amb l'elevada dualització del mercat de treball (article 2).

A més, les llargues jornades de treball es van associar a la temporalitat i a les jornades variables en els homes (article 3). Els països anglosaxons, especialment el Regne Unit i, en menor mesura, Irlanda, combinen una intervenció estatal limitada i una elevada importància de la negociació col·lectiva amb un fort model de proveïdor de recursos a la llar per part dels homes, mentre que el treball de cura i domèstic es considera una responsabilitat privada i en gran part proveïda pel mercat (Lewis et al., 2008). Al Regne Unit el temps de treball es caracteritza per una llarga jornada masculina i un ús relativament elevat de les hores extres (Gregory & Milner, 2009). Hi ha una "clàusula opt out" individual que permet als empleats treballar voluntàriament hores superiors al límit setmanal mitjà de 48 hores establert per la Directiva europea sobre temps de treball. No obstant això, s'ha suggerit que els treballadors poden "optar" per treballar més enllà d'aquest límit no de manera voluntària, sinó forçats per la necessitat de guanyar més diners o per la pressió exercida per l'empresa (Philp & Wheatley, 2011).

En aquest sentit, una part de l'associació de les llargues jornades amb la manca de benestar mental identificada en l'estudi previ en la mateixa població (Lucía Artazcoz et al., 2016), s'explicaria per l'obligatorietat d'haver de fer llargues jornades per necessitats econòmiques familiars o la por a perdre la feina per la manca d'estabilitat laboral en els homes; en les dones, en canvi, no es va trobar cap associació.

El paper principal dels homes com a proveïdors de recursos econòmics a la llar explicaria els resultats d'ambdós estudis. La manca de diferències en les dones podria relacionar-se amb l'elevada prevalença de manca de benestar mental en les dones aturades (45,5% en les no actives, la categoria de referència, i 53,8% en les actives). Sense excloure totalment un efecte de causalitat inversa (parcialment controlat en excloure les persones aturades per motius de salut), aquest fet suggereix que el rol alternatiu de responsables del treball de cures podria no ser suficient per compensar la manca de treball remunerat en les dones aturades com s'ha observat en les dones casades espanyoles (article 1) i en altres estudis (Strandh, Hammarström, Nilsson, Nordenmark, & Russel, 2013), atesa l'elevada prevalença de manca de benestar mental en aquest grup de dones. D'altra banda, els beneficis aportats per un treball remunerat podrien ser limitats atenent a les experiències negatives del mercat laboral en les dones (per exemple discriminació, assetjament) a més de les dificultats per compaginar el treball remunerat amb el de cura i domèstic (S. Wang et al., 2020).

### Països del Sud d'Europa

Els països del Sud d'Europa tenen cert nivell de desmercantilització però baixos nivells de defamilització. Es caracteritzen per un mercat de treball relativament ben regulat, però amb un sistema de protecció social molt fragmentat amb prestacions d'atur poc generoses i poca regulació de la seguretat laboral, amb un model familiar tradicional, baixos nivells de suport a la participació de les dones en el treball remunerat, on la responsabilitat de la cura rau en la família i les polítiques que ajuden a conciliar la maternitat i la carrera professional estan poc desenvolupades. En aquests països, tot i que el mercat de treball està molt dualitzat, les successives reformes laborals, implementades en molts d'ells com a conseqüència de la crisi econòmica, han tendit a empitjorar la qualitat de l'ocupació.

Les condicions de treball i ocupació lligades a la flexibilitat es van associar a menys benestar mental, de manera que els llocs de treball de baixa qualitat van ser tant negatius com l'atur, tant en els homes com en les dones (article 2). La creixent precarització del mercat de treball i la poca protecció de l'atur explicarien aquests resultats.

Les elevades taxes d'atur durant la crisi econòmica, probablement també van contribuir a aquests resultats. Entre els ocupats perquè durant les crisis disminueix el poder de negociació individual i col·lectiu i s'accepten pitjors condicions de treball i ocupació; en els aturats perquè els empresaris seleccionen les persones més sanes i les persones amb problemes de salut s'acumulen entre les aturades.

En ambdós sexes les llargues jornades laborals es van associar a la contractació no permanent i en els homes també amb la variabilitat de la jornada característica de les hores extres; ambdues dimensions de la qualitat laboral són les més relacionades amb la flexibilitat laboral. En l'estudi previ amb la mateixa població (Lucía Artazcoz et al., 2016) es va associar la manca de benestar mental amb l'obligatorietat de les llargues jornades en homes i dones dels països del Sud, tant en el cas d'haver de fer hores extres per l'estrès financer familiar com a la vulnerabilitat que acompanya a la manca d'estabilitat de les contractacions no permanents. Per tant, els resultats de l'article 3 suggereixen que l'associació de la llargues jornades de treball amb la manca de benestar mental s'explicaria, almenys en part, per característiques de flexibilitat temporal i contractual de les llargues jornades en països on la baixa qualitat laboral s'ha generalitzat a bona part del mercat de treball.

En el cas dels homes, el rol de proveïdor de recursos explicaria tant la manca de diferències entre l'atur i els treballs de baixa qualitat com l'obligatorietat de les llargues jornades (Lucía Artazcoz et al., 2013a).

En el cas de les dones, l'estrès financer familiar derivat de la crisi econòmica va empènyer moltes dones amb parella a entrar al mercat laboral o a treballar llargues hores forçades per les seves necessitats econòmiques i per la vulnerabilitat que redueix el seu poder negociador per obtenir millors condicions laborals (Périvier, 2014). A Europa, l'ocupació i les condicions socials de les dones es van veure afectades en la segona etapa de la crisi i afectades per les mesures d'austeritat i les reformes estructurals. En alguns països, mentre que els plans de recuperació i les polítiques del mercat laboral van donar suport als sectors dominats per homes, les reformes estructurals del mercat laboral i les polítiques d'activació van deteriorar la qualitat de l'ocupació femenina (Eydoux, 2014). Això s'afegeix a la seva major càrrega de treball domèstic en el context de mínims recursos públics a la cura infantil i la contribució limitada dels homes als treballs domèstics (Lucía Artazcoz et al., 2014; Kroska, 2004). Aquests fets podrien explicar l'associació trobada en les dones d'aquests països tant en relació amb la manca de diferències entre l'atur i els treballs de baixa qualitat com amb l'obligatorietat de les llargues jornades lligades a la situació de vulnerabilitat de la contractació temporal per la por a perdre la feina.

A Espanya, un dels països amb un model d'estat del benestar propi del països del Sud d'Europa, una de les característiques de la flexibilitat laboral, la contractual, es va associar a una mala salut mental, de manera que la manca d'ocupació estable augmentava el risc de mala salut mental i com més distant era la situació laboral de l'ocupació estable, més elevat era el risc de mala salut mental. Aquests resultats aportats per l'article 1 es van observar en ambdós sexes, tot i que amb una associació més intensa i clara en els homes. La situació familiar va determinar diferents resultats en homes i dones estretament relacionats amb les responsabilitats familiars en un país amb un model tradicional de família.

## Països Conservadors

Els països conservadors tenen una considerable desmercantilització però baixos nivells de defamilització. Es caracteritzen per una forta regulació del mercat laboral, que a l'estar fortament dualitzat beneficia sobretot a les situacions més estables, un elevat nivell de protecció social, un model familiar tradicional, baixos nivells de suport a la participació femenina en la força de treball, les responsabilitats primàries en matèria de benestar corresponen a la família i les polítiques que ajuden a conciliar la maternitat i les carreres professionals estan relativament poc desenvolupades.

En aquests països el model de família i les polítiques que li donen suport, explicarien en bona part els resultats obtinguts en l'article 2, atès que les associacions analitzades es van observar en els homes i cap en les dones. En els homes, les condicions laborals lligades a la flexibilitat laboral es van associar a pitjor benestar mental, sent els homes aturats els de major prevalença de baix benestar mental de tots els països i l'únic grup en què el treball de baixa qualitat es va associar a millor benestar, en comparació amb l'atur. L'estigmatització de l'atur en els homes aturats, en un país amb un marcat model tradicional de família, explicaria els seus resultats, de manera que tenir un treball, encara que de baixa qualitat, seria millor per al benestar mental. En un recent estudi s'observava que només l'obtenció d'una feina remunerada millorava la salut i el benestar mental dels homes aturats que participaven en programes actius d'ocupació, i que tot i que la millora de la salut era superior quan les feines eren de major qualitat, també les de baixa qualitat tenien un efecte positiu. Els autors relacionaven els resultats amb el rol de proveïdor de recursos dels homes en països amb un model de família tradicional, en què el treball remunerat tindria un impacte determinant en la identitat, condició social i salut mental dels homes (S. Wang et al., 2020).

L'elevada regulació de les condicions de treball i ocupació en aquests països podria també determinar que els treballs de baixa qualitat tinguessin una major qualitat que en altres països.

En les dones no es va trobar cap associació; a més, contràriament als homes, es va observar en les aturades no actives una de les més baixes prevalences de mala salut i benestar mental de tots els països. En un context amb baixos nivells de suport a la participació femenina en la força de treball i amb un fort model familiar tradicional, l'atur inactiu podria ser menys perjudicial per al benestar mental de les dones, especialment aquelles amb responsabilitats familiars, que poden dedicar més temps al seu paper com a cuidadores.

### Països de l'Est d'Europa

Els països de l'Est tenen nivells baixos de desmercantilització, amb prestacions d'atur poc generoses. En la majoria d'ells, tot i que la participació de les dones al mercat laboral és elevada, a l'era postcomunista hi ha hagut un procés de re-familiarització. El model de família combina la doble provisió d'ingressos amb una divisió tradicional de les tasques domèstiques i la provisió pública de la cura de criatures de tres a sis anys.

En aquests països l'atur i els treballs de baixa qualitat es van associar a baix benestar mental, de manera similar. La poca protecció de l'atur i l'extrema baixa qualitat (la menor de tots els països) dels treballs de baixa qualitat, explicarien aquests resultats.

En les dones destaca l'elevada prevalença de manca de benestar mental en les aturades, sobretot les no actives que estaria relacionat amb les baixes prestacions per atur pròpies d'aquest països però especialment de les dones per la gran desigualtat de gènere en els salaris. D'altra banda, la major magnitud de l'associació en comparació amb els homes es relacionaria amb el



model de doble provisió de recursos econòmics, més la dedicació a les tasques domèstiques i familiars, les dificultats d'accedir a llocs de treball de qualitat quan s'han de compaginar el treball remunerat amb el domèstic i familiar en un context cultural de normalització de les llargues jornades laborals, així com la penalització de la maternitat. Aquest fet també s'observa en relació amb les llargues jornades de treball, en què va ser l'únic grup en què la qualitat de la feina s'hi va associar de manera consistent. Tot i que en l'article previ mencionat (Lucía Artazcoz et al., 2016), les llargues jornades de treball no es van relacionar amb un pitjor estat de benestar mental en aquestes dones, en l'article 3 s'identifica l'elevada precarietat de les dones que treballen llargues jornades, que són una elevada proporció de les ocupades. En els homes les llargues jornades es van associar amb les dues característiques de les llargues jornades més relacionades amb la flexibilitat laboral, la variabilitat d'aquestes i amb la contractació no permanent, però en l'estudi previ tampoc les llargues jornades s'havien associat amb un pitjor benestar mental.

No es van identificar estudis que comparin les persones aturades amb les ocupades tenint en compte la qualitat del treball d'aquestes, analitzant les associacions en funció dels diferents estats del benestar.

Bambra et al. van trobar resultats similars als de l'estudi 2 en comparar persones en atur amb ocupades (sense tenir en compte la qualitat de l'ocupació). Aquests resultats s'explicarien per la generositat de la provisió d'atur que s'ha associat amb un efecte positiu sobre el benestar mental de les persones desocupades (Ferrarini & Sjöberg, 2010; O'Campo et al., 2015), contràriament als sistemes més restringits de prestacions (Cylus et al., 2014; T. Norström & Grönqvist, 2014). A més, hi ha algunes evidències que els programes actius del mercat laboral (ALMP) tenen un impacte positiu sobre el benestar mental de les persones desocupades (A. P. Coutts, 2009; V Puig-Barrachina et al., 2020).

Tot i així, en l'estudi de Bambra els resultats difereixen dels de l'article 2 respecte els països del Sud i l'Est d'Europa on van trobar les menors associacions de l'atur amb la mala salut percebuda. A més, les diferències entre les dues situacions laborals (atur i ocupació) van ser més acusades en les dones que en els homes, i sobretot en els països anglosaxons i Nòrdics (C Bambra & Eikemo, 2009). Part de la divergència de resultats es podria explicar perquè en aquest estudi no es van tenir en compte els diferents nivells de qualitat de l'ocupació.

Pel que fa a les persones ocupades, els resultats de la tesi són congruents amb una revisió d'un centenar d'estudis realitzats en diferents països europeus en què es conclouia que els treballadors precaris dels països Nòrdics tenien un estat de salut millor o igual en comparació amb els seus homòlegs permanents, mentre que en la resta de tipologies d'estat del benestar, el treball precari s'associava amb diferents problemes de salut, inclosos els que afecten la salut mental. Els autors conclouien que les polítiques integrals d'ocupació dels estats de Nord d'Europa poden ajudar a moderar els efectes negatius en la salut de la precarietat laboral i la job insecurity (Kim et al., 2012).

Un article posterior que comparava els cinc mateixos estats del benestar europeus trobava, però, resultats divergents. En aquest cas van trobar poques diferències entre tipologies d'estats del benestar en relació amb les condicions de treball i ocupació analitzades i diferents indicadors de salut. Les poques diferències trobades suggerien que els estats del benestar del Nord d'Europa no protegien contra els efectes negatius de les males condicions laborals sobre la salut, mentre que els països anglosaxons eren en els què menys associacions es trobaven (C Bambra et al., 2014). Les diferències amb els resultats de la tesi es podrien relacionar, almenys en part, amb els diferents indicadors de salut i benestar utilitzats (salut percebuda en el cas de l'estudi de Bambra et al. i benestar mental en el de la tesi) i també en la mesura de les condicions de treball i ocupació. En l'article de Bambra et al.

s'utilitzen condicions de treball relacionades amb factors de risc psicosocial, però també físic, que podrien estar més relacionades amb problemes de salut com lesions per accident de treball, probablement més difícils de capturar amb la variable de salut emprada. En canvi els indicadors de condicions de treball que formen part de l'índex utilitzat en l'article 2 són fonamentalment psicosocials, més relacionats amb la salut i el benestar mental. Altres estudis que han utilitzat variables de l'àmbit psicosocial han obtingut resultats similars en relació amb els diferents estats del benestar (Dragano et al., 2011). Una altra possible explicació és que l'anàlisi es va ajustar per sexe, sense tenir en compte possibles diferències de gènere.

### Limitacions

Els tres estudis que conformen la tesi segueixen dissenys transversals i per tant no es pot descartar la possibilitat d'una causalitat inversa en els dos primers. Aquesta limitació s'ha controlat parcialment en excloure les persones en atur per motius de salut i les que mai havien estat ocupades. Cal tenir en compte, a més, que alguns estudis longitudinals indiquen que la importància pràctica d'aquest efecte podria ser limitada en el cas de l'atur (Paul & Moser, 2009) i dels llocs de treball de baixa qualitat (Chandola & Zhang, 2018).

S'han proposat moltes classificacions dels estats del benestar atenent a diferents criteris. El que s'ha utilitzat en aquesta tesi és un del més utilitzats en el camp de l'epidemiologia social i de les condicions de treball i ocupació en concret. En qualsevol cas, l'agrupació de països situa els estats del benestar més semblants (en termes de tradició política, principis, nivells de prestació, etc.), emfatitzant la coherència dins del règim i les diferències entre règims (Clare Bambra, 2007b).

En els tres estudis tant les variables independents com les dependents són autoreferides, per tant podria ser que se sobreestimessin les associacions perquè ambdós grups de variables comparteixen una variància comuna. Tot i així algunes de les variables referides a les condicions de treball i ocupació no són subjectives com el tipus de relació laboral, les hores de treball i la major part de les variables que es van utilitzar per construir l'índex de qualitat de la feina. A més, en l'estudi 2 aquesta possibilitat es va minimitzar incloent l'afectivitat negativa com a potencial covariable.

En la tesi només s'ha tingut en compte un eix de desigualtat social, el gènere, la qual cosa no ha permès identificar altres possibles interaccions. No obstant això, les anàlisis s'han ajustat en tots els casos per indicadors de classe social i l'edat, la qual cosa ha permès aprofundir en les interaccions del gènere i els contextos analitzats.

### Fortaleses

L'abordatge integrat de determinants estructurals i intermedis, així com l'anàlisi transversal de les desigualtats de gènere, ha contribuït a aportar evidència a camps de recerca poc desenvolupats i a clarificar resultats heterogenis d'estudis previs.

La combinació de diferents enquestes, cadascuna adequada a la població d'interès i a la pregunta formulada per cada article (tal com es comenta en l'apartat de mètodes) ha permès abordar la flexibilitat laboral i la seva relació amb la salut i el benestar d'una manera més completa, d'acord amb la complexitat del tema. A més, tots tres articles utilitzen àmplies mostres representatives, les tres enquestes han estat àmpliament utilitzades per altres estudis i segueixen un rigorós protocol de qualitat. El gran nombre de persones incloses permet que totes les anàlisis s'hagin pogut

desagregar per sexe i per una segona variable: l'estat civil/parella en un dels articles i per agrupació de països en els altres dos.

La mesura de la qualitat de la feina s'ha basat en la mateixa base conceptual i metodològica en dos dels articles que han tractat aquest tema, però amb abordatges complementaris: en un s'ha analitzat les dimensions separades per valorar la seva associació amb les llargues jornades que podria quedar emmascarada per un índex sintètic (article 3), mentre que en l'altre article (article 2) s'ha usat un índex per facilitar la comparació de diferents nivells de qualitat de la feina amb la situació d'atur, atès que l'objectiu de l'estudi s'orientava en aquest sentit. La combinació de diferents abordatges contribueix a aportar evidència al model emprat.

A diferència d'altres estudis que tracten separatament les persones aturades i les ocupades i ambdues com a grups homogenis, tant en l'article 1 com en el 2 s'han inclòs conjuntament les persones en atur i les ocupades, i també en ambdós casos s'han categoritzat en diferents nivells relacionats amb la flexibilitat. Això ha permès identificar diferents nivells d'estabilitat i qualitat laboral, amb relacions diferents amb la salut i benestar mentals.

## Conclusions

Els resultats d'aquesta tesi posen de manifest que les condicions de treball i ocupació que caracteritzen la flexibilitat laboral estan associades a una pitjor salut i benestar mental. Aquesta associació ve definida per determinants estructurals que s'articulen en els estats del benestar, estretament relacionats amb les polítiques que configuren els mercats de treball i les polítiques familiars, així com amb els models de família. El gènere condiona que aquests determinants defineixin unes condicions de treball i ocupació relacionades amb la flexibilitat laboral diferents per a homes i dones, i que l'associació amb el benestar i la salut mental siguin per tant també diferents. El suport emocional i econòmic relacionat amb la situació de convivència familiar influeix al seu torn en les condicions de flexibilitat per determinar els diferents resultats en homes i dones.

Aquesta tesi se suma al treball emergent que subratlla el valor d'integrar processos macroeconòmics, factors d'estat del benestar i entorns laborals individuals per comprendre i reduir les desigualtats en salut relacionades amb el treball.

Els resultats diferents per homes i dones posen de relleu la necessitat d'incorporar la perspectiva de gènere en la recerca sobre les diferents manifestacions de la flexibilitat laboral en relació amb la salut. Part dels resultats no concloents d'estudis anteriors podrien relacionar-se amb l'exclusió de les dones dels estudis o el tractament de la variable sexe com un factor d'ajust.

La manca d'estabilitat laboral es va relacionar amb la mala salut mental seguint un continu de més estabilitat a menor probabilitat d'estabilitat laboral futura, de manera que quan més allunyada està la situació laboral de l'estabilitat, pitjor és l'estat de salut mental. Aquesta relació és diferent segons la situació de convivència i el gènere.

Els resultats contradiuen la idea que tenir una feina, encara que sigui de baixa qualitat, és millor per al benestar mental que estar a l'atur, per tant una feina de mala qualitat pot ser tant negativa pel benestar mental com estar a l'atur. Un dels resultats, a més, suggereix que la inestabilitat més acusada en persones ocupades, la que es correspon a treballar sense contracte, pot ser pitjor per a la salut mental que l'atur en algun grup de persones treballadores. Els resultats apunten a que només una feina de bona qualitat redueix la probabilitat de tenir pitjor benestar mental en comparació amb estar a l'atur.

Les llargues jornades de treball no es van associar de manera general amb la qualitat de la feina, de manera que l'associació de les llargues jornades amb el benestar mental probablement no està mediada per la baixa qualitat d'aquestes. Tot i així, dues de les dimensions associades a la flexibilitat laboral, la contractació no permanent i la variabilitat de les jornades, es van relacionar amb les llargues jornades, suggerint un possible efecte mediador entre aquestes i la manca de benestar mental.

Els resultats obtinguts en països del sud d'Europa apunten a que una de les característiques de la flexibilitat laboral, la manca de contractació estable, és un factor estretament associat a una pitjor salut i benestar mentals, bé sigui directament, bé sigui com a possible mediador de components de la flexibilitat temporal com és el cas de les llargues jornades laborals.

Els resultats en els homes de països anglosaxons i del sud d'Europa suggereixen que la variabilitat de les llargues jornades laborals relacionada amb l'obligatorietat d'aquestes podria explicar la seva associació amb un pitjor benestar mental, almenys en països amb models tradicionals de família i molt desregularitzats quant a la limitació de la durada de les jornades laborals en el primer cas o en general amb una precarització de les condicions laborals, cas dels països del sud d'Europa.

En els països europeus amb estats del benestar amb majors nivells de desmercantilització i defamilització, i models de família amb doble proveïdor, característiques que defineixen els països del Nord d'Europa, les condicions de treball i ocupació flexibles no es van associar amb el benestar mental.

En els països amb baixos nivells de defamilització i models tradicionals de família, l'atur i els treballs de poca qualitat es van associar amb un pitjor benestar mental només en els homes en els països conservadors i en els anglosaxons, mentre que en les dones no es va trobar cap associació en aquests països. En els homes de països anglosaxons, que es caracteritzen per tenir els nivells més baixos de desmercantilització, a més, els contractes no permanents i la variabilitat de les jornades, les dues dimensions de la qualitat de la feina més relacionades amb la flexibilitat, es van associar amb les llargues jornades, que un estudi previ amb la mateixa població va associar a un pitjor benestar mental en aquest grup.

En els països del Sud, també amb baixos nivells de defamilització i desmercantilització i model tradicional de família, l'associació de la manca de benestar mental amb l'atur i els treballs de poca qualitat es va donar tant en homes com en dones. Les elevades taxes d'atur durant la crisi econòmica, sobretot inicialment en els homes d'aquests països, van comportar la major participació de les dones en el mercat de treball en una situació de vulnerabilitat que podria haver contribuït també als seus resultats. Els contractes no permanents en homes i dones i també la variabilitat de les jornades en els homes, es van associar amb les llargues jornades, que l'estudi previ amb la mateixa població va associar a un pitjor benestar mental en homes i dones d'aquests països. A Espanya, la manca d'estabilitat laboral es va associar amb una pitjor salut mental, amb un patró relacionat amb la situació familiar que posa de relleu el model tradicional de família entre les persones casades, però no en la resta de situacions familiars en què es va observar una associació similar en homes i dones.



Només les dones solteres ocupades que treballaven sense contracte tenien pitjor salut mental que les aturades.

En els països de l'Est, també amb nivells baixos de desmercantilització i progressiva re-familiarització, els resultats van ser molt similars als països del sud: l'associació de manca de benestar mental amb l'atur i els treballs de poca qualitat es va donar tant en homes com en dones i la variabilitat de les jornades i la contractació no permanent en el dels homes es va associar amb les llargues jornades. En aquests països que tenen un model de família de doble proveïdor i la responsabilitat del treball domèstic i familiar recau en bona part en les dones, les llargues jornades es van relacionar amb la baixa qualitat laboral en les dones, tant en les dues mateixes dimensions que els homes, però també globalment amb la majoria de dimensions.

## Recomanacions

### Recomanacions per a l'acció

- Promoure la qualitat de la feina en les mesures adreçades a la creació de llocs de treball per tal de millorar la salut i el benestar de les persones en atur. Aquesta recomanació és especialment rellevant en moments de crisi com l'actual pandèmia de COVID, que està tenint un impacte molt elevat en les taxes d'atur i és probable que vagi en augment.
- Reformular les polítiques per tal de revertir la tendència a l'increment del treball precari que ha seguit a processos de desregularització del mercat de treball.
- Implementar polítiques generoses de suport a l'atur tant en relació a les prestacions econòmiques com a les polítiques actives d'ocupació, atès l'impacte positiu que tenen en el benestar mental de la població aturada i també de l'ocupada.
- Promoure l'estabilitat de les relacions laborals.
- Tenir en compte els patrons de gènere i les característiques familiars a l'hora de dissenyar polítiques socials per abordar els canvis econòmics i del mercat laboral.
- Definir polítiques que promoguin l'increment de les taxes d'ocupació de les dones, l'augment de la despesa pública per a la cura de persones dependents i la participació equitativa dels homes en el treball domèstic i de cura.
- Definir polítiques per promoure i protegir el suport social en el context espanyol per compensar alguns dels impactes de la manca d'estabilitat laboral en la salut; alguns dels beneficis podrien ser específics per algunes situacions familiars.

### Recomanacions per a la recerca

- Incrementar la recerca per contrastar les polítiques d'ocupació que sovint suposen que els beneficis del treball són superiors a qualsevol característica negativa del treball i als efectes adversos de l'atur.

- Introduir la perspectiva de gènere en els estudis sobre la relació entre la salut i el benestar i les condicions de treball i ocupació relacionades amb la flexibilitat laboral; entre altres accions caldria separar les anàlisis segons el sexe.
- A més del gènere caldria tenir en compte la interseccionalitat amb altres eixos de desigualtat social com la classe social, l'ètnia, l'edat i el país de procedència, entre d'altres.
- Incorporar el context familiar en els estudis sobre flexibilitat laboral i salut.
- Incloure en els estudis sobre flexibilitat laboral i salut els col·lectius en situacions més vulnerables.
- Incrementar la recerca sobre les llargues hores de treball i la qualitat de la feina examinant per separat els diferents indicadors de qualitat laboral per tal d'entendre millor la naturalesa de la qualitat laboral de les llargues jornades en els diferents règims d'estat del benestar i en homes i dones.
- Aprofundir en la recerca de les condicions de treball i salut de les dones dels països de l'Europa de l'Est.
- Avançar en el coneixement de com les macroestructures dels règims de benestar, els factors regionals i nacionals, i les situacions laborals individuals dels nous tipus d'ocupació estan relacionats amb la salut i el benestar dels treballadors i treballadores.
- Avaluar l'impacte en la salut i el benestar i en les desigualtats de gènere relacionades amb la salut de les polítiques i programes de promoció de l'ocupació així com les que introdueixen canvis en la regulació dels mercats de treball.
- Dissenyar estudis longitudinals per tal d'analitzar les dinàmiques situacions laborals que capturin les diverses situacions relacionades amb la flexibilitat laboral.
- Conduir estudis que analitzin la relació amb la salut i el benestar de noves formes d'ocupació emergents lligades a la flexibilitat com els llocs de treball vinculats a plataformes digitals.

## Referències

- Agudelo-Suárez, A., Gil-González, D., E, R.-P., Porthé, V., Paramio-Pérez, G., García, A., & Garí, A. (2009). Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Social Science & Medicine*, *68*, 1866–1874.
- Ahonen, E. Q., Benavides, F. G., & Benach, J. (2007). Immigrant populations, work and health—a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *33*(2), 96–104.
- Aidukaite, J. (2011). Welfare reforms and socio-economic trends in the 10 new EU member states of Central and Eastern Europe. *Communist and Post-Communist Studies*, *44*(3), 211–219. <https://doi.org/10.1016/j.postcomstud.2011.07.005>
- Amable, M., Benach, J., & González, S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud : conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Archivos de Prevencion de Riesgos Laborales*, *4*(4), 169–184.
- Antonopoulos, R. (2009). *The current economic and financial crisis: a gender perspective* (No. 562).
- Anttila, T., Oinas, T., Tammelin, M., & Nätti, J. (2015). Working-time regimes and work-life balance in Europe. *European Sociological Review*, *31*(6), 713–724.
- Arcas, M. M., Novoa, A. M., & Artazcoz, L. (2013). Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *European Journal of Public Health*, *23*(5), 883–888. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks095>
- Aronsson, G. (1989). Dimensions of Control as Related to Work Organization, Stress, and Health. *International Journal of Health Services*, *19*(3), 459–468. <https://doi.org/10.2190/N6KQ-HWA0-H7CJ-KUPQ>
- 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*, 82–88.

Artazcoz, L, Cortès, I., Escribà-Agüir, V., Cascant, L., & Villegas, R. (2009). Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours. *Journal of Epidemiology and Community Health, 63*(7), 521–527.  
<https://doi.org/10.1136/jech.2008.082123>

Artazcoz, L, Cortès, I., Puig-Barrachina, V., Benavides, F., Escribà-Agüir, V., & Borrell, C. (2013). Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health. *European Journal of Public Health, 24*(4), 649–655.  
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt170>

Artazcoz, Lucía, Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*(9), 761–767.  
<https://doi.org/10.1136/jech.2004.028704>

Artazcoz, Lucía, 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 Suppl 2*, ii39-45. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.059774>

Artazcoz, Lucía, Cortès, I., Benavides, F. G., Escribà-Agüir, V., Bartoll, X., Vargas, H., & Borrell, C. (2016). Long working hours and health in Europe: Gender and welfare state differences in a context of economic crisis. *Health and Place, 40*(June), 161–168.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.06.004>

Artazcoz, Lucia, Cortès, I., Borrell, C., Escribà-Agüir, V., & Cascant, L. (2011). Social inequalities in the association between partner/marital status and health among workers in Spain. *Social Science & Medicine, 72*(4), 600–607.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.035>

- Artazcoz, Lucía, Cortès, I., Borrell, C., Escribà-Agüir, V., & Cascant, L. (2007). Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 33(5), 344–350.  
<https://doi.org/10.5271/sjweh.1154>
- Artazcoz, Lucía, Cortès, I., Escribà-Agüir, V., Bartoll, X., Basart, H., & Borrell, C. (2013a). Long working hours and health status among employees in Europe: between-country differences. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(4), 369–378. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3333>
- Artazcoz, Lucía, Cortès, I., Escribà-Agüir, V., Bartoll, X., Basart, H., & Borrell, C. (2013b). Long working hours and health status among employees in Europe: between-country differences. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(4), 369–378. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3333>
- Artazcoz, Lucía, 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. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt170>
- Backhans, M. C., & Hemmingsson, T. (2011). Unemployment and mental health--who is (not) affected? *The European Journal of Public Health*, 22(3), 429–433. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr059>
- Bambra, C. (2007). Going beyond The three worlds of welfare capitalism : regime theory and public health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 1098–1102. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.064295>
- Bambra, C., & Eikemo, T. a. (2009). Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(2), 92–98. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.077354>

- Bambra, C, Lunau, T., van der Wel, K., Eikemo, T., & Dragano, N. (2014). Work, health, and welfare: the association between working conditions, welfare states, and self-reported general health in Europe. *International Journal of Health Services*, 44(1), 113–136.
- Bambra, Clare. (2007a). Defamilisation and welfare state regimes: a cluster analysis. *International Journal of Social Welfare*, 16(4), 326–338.
- Bambra, Clare. (2007b). Sifting the wheat from the chaff: a two-dimensional discriminant analysis of welfare state regime theory. *Social Policy & Administration*, 41(1), 1–28.
- Bannai, A., & Tamakoshi, A. (2014). The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 5–18.
- Bartley, M. (1999). Measuring women's social position. The importance of theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 601–602.
- Bartley, M, & Ferrie, J. (2001). Glossary: unemployment, job insecurity, and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 776–781. Retrieved from <http://jech.bmj.com/content/55/11/776.short>
- Bartley, Mel. (1994). Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 48, 333–337.
- Beckers, D., van der Linden, D., Smulders, P., Kompier, M., Taris, T., & Geurts, S. (2008). Voluntary or involuntary? Control over overtime and rewards for overtime in relation to fatigue and work satisfaction. *Work & Stress*, 22(1), 33–50.
- Beham, B., Drobnič, S., Präg, P., Baierl, A., & Eckner, J. (2018). Part-time work and gender inequality in Europe: a comparative analysis of satisfaction with work–life balance. *European Societies*, 1–25.

- Béland, F., Birch, S., & Stoddart, G. (2002). Unemployment and health: Contextual-level influences on the production of health in populations. *Social Science and Medicine*, 55(11), 2033–2052. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00344-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00344-6)
- Benach, J., Muntaner, C., & Santana, V. (2007). *Employment conditions and health inequalities. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*.
- Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., & Quinlan, M. (2014). *Work and Health Inequalities: A Global Perspective*. Retrieved from [http://www.upf.edu/greds-emconet/\\_pdf/Employmentweb\\_low.pdf](http://www.upf.edu/greds-emconet/_pdf/Employmentweb_low.pdf)
- 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. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500>
- Berkman, L., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. (2000). From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843–857.
- Boyer, R. (1993). The economics of job protection and emerging new capital labour relations. In C. F. Buechtemann (Ed.), *Employment security and labour market behaviour. Interdisciplinary approaches and international evidence* (pp. 69–125). . New York: ILR Press.
- Broom, D. H., D’Souza, R. M., Strazdins, L., Butterworth, P., Parslow, R., & Rodgers, B. (2006). The lesser evil: bad jobs or unemployment? A survey of mid-aged Australians. *Social Science & Medicine* (1982), 63(3), 575–586. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.02.003>
- Buchholz, S., Hofacker, D., Mills, M., Blossfeld, H.-P., Kurz, K., & Hofmeister, H. (2008). Life Courses in the Globalization Process: The Development of Social Inequalities in Modern Societies. *European Sociological Review*, 25(1), 53–71. <https://doi.org/10.1093/esr/jcn033>



- Burchell, B., Sehnbruch, K., Piasna, A., & Agloni, N. (2013). The quality of employment and decent work: definitions, methodologies, and ongoing debates. *Cambridge Journal of Economics*, *38*(2), 459–477. <https://doi.org/10.1093/cje/bet067>
- Butterworth, P., Leach, L. S., McManus, S., Stansfeld, S. a, & Stansfeld, A. (2012). Common mental disorders, unemployment and psychosocial job quality: is a poor job better than no job at all? *Psychological Medicine*, *43*(8), 1763–1772. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002577>
- Butterworth, P., Leach, L. S., Strazdins, L., Olesen, S. C., Rodgers, B., & Broom, D. H. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and Environmental Medicine*, *68*(11), 806–812. <https://doi.org/10.1136/oem.2010.059030>
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., Moen, B., & Benavides, F. (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*(1), 1–18.
- Carr, E., & Chung, H. (2014). Employment insecurity and life satisfaction: The moderating influence of labour market policies across Europe. *Journal of European Social Policy*, *24*(4), 383–399. <https://doi.org/10.1177/0958928714538219>
- Catalano, R., Goldman-mellor, S., Saxton, K., Margerison-zilko, C., Subbaraman, M., Lewinn, K., & Anderson, E. (2011). The Health Effects of Economic Decline. *Annual Review of Public Health*, *32*, 431–450. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101146>
- Chandola, T., & Zhang, N. (2018). Re-employment, job quality, health and allostatic load biomarkers: Prospective evidence from the UK Household Longitudinal Study. *International Journal of Epidemiology*, *47*(1), 47–57. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx150>

- Chung, H., & Tijdens, K. (2013). Working time flexibility components and working time regimes in Europe: using company-level data across 21 countries. *International Journal of Human Resource Management*, 24(7), 1418–1434. <https://doi.org/10.1080/09585192.2012.712544>
- Clauwaert, S., & Schömann, I. (2012). *The crisis and national labour law reforms: a mapping exercise* (No. 2012.04). Brussels.
- Costa, G., Sartori, S., & Åkerstedt, T. (2006). Influence of flexibility and variability of working hours on health and well-being. *Chronobiology International*, 23(6), 1125–1137.
- Coutts, A. P. (2009). *Active Labour Market Programmes (ALMPs) and health: an evidence-base Review prepared for the Strategic Review of Health Inequalities in England Post 2010 (Marmot Review)* (Vol. 2010). Oxford.
- Coutts, A., Stuckler, D., & Cann, D. (2014). The health and wellbeing effects of active labor market programs. In F. Huppert & C. Cooper (Eds.), *Interventions and Policies to Enhance Wellbeing* (pp. 465–482). London: John Wiley.
- CSDH. (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.
- Cylus, J., Glymour, M. M., & Avendano, M. (2014). Do Generous Unemployment Benefit Programs Reduce Suicide Rates? A State Fixed-Effect Analysis Covering 1968 – 2008. *American Journal of Epidemiology*, 180(1), 45–52. <https://doi.org/10.1093/aje/kwu106>
- Davoine, L., Erhel, C., & Guergoat-Lariviere, M. (2008). Monitoring quality in work: European Employment Strategy indicators and beyond. *International Labour Review*, 147(2–3), 163–198. Retrieved from <file:///C:/Users/HP/Downloads/0c9605247f7ba094c3000000.pdf>

- De Cuyper, N., de Jong, J., De Witte, H., Isaksson, K., Rigotti, T., & Schalk, R. (2008). Literature review of theory and research on the psychological impact of temporary employment: Towards a conceptual model. *International Journal of Management Reviews*, *10*(1), 25–51. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2007.00221.x>
- de Witte, H., Pienaar, J., & de Cuyper, N. (2016). Review of 30 Years of Longitudinal Studies on the Association Between Job Insecurity and Health and Well-Being: Is There Causal Evidence? *Australian Psychologist*, *51*(1), 18–31. <https://doi.org/10.1111/ap.12176>
- den Dulk, L., Peters, P., & Poutsma, E. (2012). Variations in adoption of workplace work-family arrangements in Europe: The influence of welfare-state regime and organizational characteristics. *International Journal of Human Resource Management*, *23*(13), 2785–2808.
- Dixon, J., Fullerton, A., & Robertson, D. (2013). Cross-national differences in workers' perceived job, labor market, and employment insecurity in Europe: Empirical tests and theoretical extensions. *European Sociological Review*, *29*, 1053–1067.
- Dooley, D., Fielding, J., & Levi, L. (1996). Health and Unemployment. *Annu Rev Public Health*, *17*, 449–465.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*, *51*, 931–939.
- Dragano, N., Siegrist, J., Wahrendorf, M., Dragano, N., Siegrist, J., & Wahrendorf, M. (2011). Welfare regimes , labour policies and unhealthy psychosocial working conditions : a comparative study with 9917 older employees from 12 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *65*(9), 793–799. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.098541>
- Ertel, K., Glymour, M., & Berkman, L. (2009). Social Networks and Health: A Life Course Perspective Integrating Observational

and Experimental Evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 73–92.

- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. London: Polity.
- Esping-Andersen, G. (2002). *Why we need a new welfare state*. New York, NY: Oxford University Press.
- Eurofound. (2020). *Gender equality at work, European Working Conditions Survey 2015 series*. Luxembourg.
- Eurostat. (2018). Involuntary part-time employment as percentage of the total part-time employment.
- Eydoux, A. (2014). Women during Recessions in France and Germany. *Revue de l'OFCE*, 2, 153-188.
- Fagan, C., Norman, H., Smith, M., González-Menéndez, M., & Cam, S. (2014). *In search of good quality part-time employment*. Geneva: International Labour Organization.
- Fan, W., Lam, J., Moen, P., Kelly, E., King, R., & McHale, S. (2015). Constrained choices? Linking employees' and spouses' work time to health behaviors. *Social Science & Medicine*, 126, 99–109.
- Ferrarini, T., & Sjöberg, O. (2010). Social policy and health: transition countries in a comparative perspective. *International Journal of Social Welfare*, 19, S60–S88. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2010.00729.x>
- Ferrera, M. (1996). The 'Southern model' of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17–37.
- Ferrie, J. E., Westerlund, H., Virtanen, M., & Vahtera, J. (2008). Flexible labor markets and employee health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Suppl(6), 98–110.
- Fiori, F., Rinesi, F., Spizzichino, D., & Di Giorgio, G. (2016). Employment insecurity and mental health during the economic recession: An analysis of the young adult labour force in Italy. *Social Science & Medicine*, 153, 90–98.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.010>

- Furunes, T., & Mykletun, R. (2010). Age discrimination in the workplace: Validation of the Nordic Age Discrimination Scale (NADS). *Scandinavian Journal of Psychology, 51*, 23–30.
- Gallie, D. (2007). Production Regimes and the Quality of Employment in Europe. *Annual Review of Sociology, 33*, 85–104.
- Gálvez, L., & Rodríguez, P. (2012). La desigualdad de género en las crisis económicas. *Investigaciones Feministas, 2*, 113–132.
- Gialis, S., & Leontidou, L. (2016). Antinomies of flexibilization and atypical employment in Mediterranean Europe: Greek, Italian and Spanish regions during the crisis. *European Urban and Regional Studies, 23*(4), 716–733.
- Gil Araujo, S., & González-Fernández, T. (2014). International Migration, Public Policies and Domestic Work Latin American Migrant Women in the Spanish Domestic Work Sector. *Women's Studies: International Forum, 46*, 13–23.
- Golden, L., & Wiens-Tuers, B. (2005). Mandatory overtime work in the United States: Who, where, and what? *Labor Studies Journal, 30*(1), 1–25.
- Gore, G. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 157–165.
- Goudswaard, A., & De Nanteuil, M. (2000). *Flexibility and Working Conditions A Qualitative and Comparative study in seven EU member states* (European F). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Green, F., & Mostafa, T. (2012). *Trends in job quality in Europe*. <https://doi.org/10.2806/35164>
- Gregory, A., & Milner, S. (2009). Trade Unions and Work-life Balance: Changing Times in France and the UK? *British Journal of Industrial Relations, 47*(1), 122–146.

- Grzywacz, J. G., & Dooley, D. (2003). "Good jobs" to "bad jobs": replicated evidence of an employment continuum from two large surveys. *Social Science & Medicine*, 56(8), 1749–1760. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00170-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00170-3)
- Hammarstrom, A., & Janlert, U. (2005). An agenda for unemployment research: A challenge for public health. *International Journal of Health Services*, 35(4), 765–777.
- Häusermann, S., & Schwander, H. (2012). Varieties of dualization? Labor market segmentation and insider outsider divides across regimes. In P. Emmenegger, S. Häusermann, B. Palier, & M. Seeleib-Kaiser (Eds.), *The age of dualization: The changing face of inequality in deindustrializing societies*. (pp. 1–39). Oxford: University of Oxford.
- Heaney, C., & Israel, B. (2008). Social networks and social support. In K. Glanz, B. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Behavior and health education. Theory, Research, and Practice* (4th ed., pp. 189–210). San Francisco: John Wiley & Sons, Inc.
- Hochschild, A. (2000). Global Care Chains and Emotion Surplus Value. In W. Hutton & A. Giddens (Eds.), *On the Edge: Living with Global Capitalism* (pp. 130–146).
- Howard, J. (2017). Nonstandard work arrangements and worker health and safety. *American Journal of Industrial Medicine*, 60(1), 1–10. <https://doi.org/10.1002/ajim.22669>
- Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *Am Psychol*, 36(2), 184–191.
- Janlert, U., & Hammarström, A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health*, 9, 235. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-235>
- Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J., & Bamba, C. (2010). Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.

- Julià, M., Vanroelen, C., Bosmans, K., Van Aerden, K., & Benach, J. (2017). Precarious Employment and Quality of Employment in Relation to Health and Well-being in Europe. *International Journal of Health Services*, 47(3), 389–409.  
<https://doi.org/10.1177/0020731417707491>
- Kalleberg, A. (2000). Nonstandard employment relations: Part-time, temporary and contract work. *Annual Review of Sociology*, 26(1), 341–365.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York.
- Kim, I. H., Muntaner, C., Vahid Shahidi, F., Vives, A., Vanroelen, C., & Benach, J. (2012). Welfare states, flexible employment, and health: A critical review. *Health Policy*, 104, 99–127.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.11.002>
- Kivimäki, M, Jokela, M., Nyberg, S., Singh-Manoux, A., Fransson, E., Alfredsson, L., & Clays, E. (2015). Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals. *The Lancet*, 386(10005), 1739–1746.
- Kivimäki, Mika, Vahtera, J., Virtanen, M., Elovainio, M., Pentti, J., & Ferrie, J. E. (2003). Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology*, 158(7), 663–668.  
<https://doi.org/10.1093/aje/kwg185>
- Kornrich, S., & Eger, M. A. (2016). Family Life in Context: Men and Women’s Perceptions of Fairness and Satisfaction Across Thirty Countries. *Social Politics*, 23(1), 40–69.  
<https://doi.org/10.1093/sp/jxu030>
- Korpi, W, Ferrarini, T., & Englund, S. (2013). Women’s opportunities under different family policy constellations: Gender, class, and inequality tradeoffs in western countries re-examined. *Social Politics*, 20, 1–40.  
<https://doi.org/10.1093/sp/jxs028>

- Korpi, Walter, Ferrarini, T., & Englund, S. (2009). *Egalitarian Gender Paradise Lost ? Re- examining Gender Inequalities in Different Types of Welfare States Egalitarian Gender Paradise Lost ? Re-examining Gender Inequalities in Different Types of Welfare States by*. Stockholm.
- Kreshpaj, B., Orellana, C., Burström, B., Davis, L., Hemmingsson, T., Johansson, G., ... Bodin, T. (2020). What is precarious employment? A systematic review of definitions and operationalizations from quantitative and qualitative studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 46(3), 235–247. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3875>
- Kroska, A. (2004). Kroska expanding the theoretical explanations. *Journal of Family Issues*, 25(7), 890–922.
- Kümmerling, A., & Lehndorff, S. (2014). *The use of working time-related crisis response measures during the Great Recession*. Geneva: International Labour Office.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., & Aittomäki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58, 327–332. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.011148>
- Leach, L. S., Butterworth, P., Strazdins, L., Rodgers, B., Broom, D. H., & Olesen, S. C. (2010). The limitations of employment as a tool for social inclusion. *BMC Public Health*, 10(1), 621. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-621>
- Lee, S., McCann, D., & Messenger, J. (2007). *Working Time Around the World– Trends in Working Hours, Laws and Policies in a Global Comparative Perspective* (International Labour Organization, Ed.). London: Routledge.
- Lewchuk, W., Clarke, M., & de Wolff, A. (2008). Working without commitments: precarious employment and health. *Work, Employment & Society*, 22(3), 387–406. <https://doi.org/10.1177/0950017008093477>
- Lewis, J., Campbell, M., & Huerta, C. (2008). Patterns of paid and unpaid work in Western Europe: gender, commodification,



preferences and the implications for policy. *Journal of European Social Policy*, 181, 21–37.

- Lippel, K. (1999). Workers' compensation and stress: Gender and access to compensation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(1), 79–89. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(98\)00019-3](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(98)00019-3)
- Lohmann, H. (2009). Welfare states, labour market institutions and the working poor: A comparative analysis of 20 European countries. *European Sociological Review*, 25(4), 489–504. <https://doi.org/10.1093/esr/jcn064>
- Lozza, E., Libreri, C., & Bosio, A. C. (2012). Temporary employment, job insecurity and their extraorganizational outcomes. *Economic and Industrial Democracy*, 34(1), 89–105.
- Lund, R., Due, P., Modvig, J., Holstein, B. E., Damsgaard, M. T., & Andersen, P. K. (2002). Cohabitation and marital status as predictors of mortality—an eight year follow-up study. *Social Science & Medicine*, 55(4), 673–679. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00219-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00219-2)
- Malenfant, R., LaRue, A., & Vezina, M. (2007). Intermittent Work and Well-Being: One Foot in the Door, One Foot Out. *Current Sociology*, 55(6), 814–835. <https://doi.org/10.1177/0011392107081987>
- Marmot, M., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., ... Smith, G. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337, 1387–1393.
- Martin, S. (2006). Trends in Marital Dissolution by Women's Education in the United States. *Demographic Research*, 15, 537–560.
- Martínez, G., De Cuyper, N., & De Witte, H. (2010). Review of Temporary Employment Literature: Perspectives for Research and Development in Latin America. *Psyche*, 19(1), 61–73. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282010000100005>
- Matilla-Santander, N, Martín-Sánchez, J., González-Marrón, A.,

- Cartanyà-Hueso, A., Lidón-Moyano, A., & Martínez-Sánchez, J. (2020). Precarious employment, unemployment and their association with health-related outcomes in 35 European countries: a cross-sectional study. *Critical Public Health*, 1–12.
- Matilla-Santander, Nuria, Lidón-Moyano, C., González-Marrón, A., Bunch, K., Martín-Sánchez, J. C., & Martínez-Sánchez, J. M. (2019). Attitudes toward working conditions: are European Union workers satisfied with their working hours and work-life balance? *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 162–168. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.006>
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *The Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53–76. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>
- Menéndez, M., Benach, J., Muntaner, C., Amable, M., & O'Campo, P. (2007). Is precarious employment more damaging to women's health than men's? *Social Science & Medicine* (1982), 64(4), 776–781. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.10.035>
- Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2013). Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 8(1), e51333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051333>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid.
- Moortel, D. De, Vandenheede, H., Muntaner, C., & Vanroelen, C. (2014). Structural and intermediary determinants of social inequalities in the mental well-being of European workers : a relational approach. *BMC Public Health*, 14, 938.
- Moreira, A., Domínguez, Á., Antunes, C., Karamessini, M., Raitano, M., & Glatzer, M. (2015). Austerity-driven labour market

reforms in Southern Europe: eroding the security of labour market insiders. *European Journal of Social Security*, 27(2), 202–225.

Muñoz de Bustillo, R., Fernández-Macías, E., Esteve, F., & Antón, J. I. (2011). E pluribus unum? A critical survey of job quality indicators. *Socio-Economic Review*, 9(3), 447–475.  
<https://doi.org/10.1093/ser/mwr005>

Mutari, E., & Figart, D. M. (2001). Europe at a Crossroads: Harmonization, liberalization, and the gender of work time. *Social Politics*, 8, 36–64.

Naldini, M., & Jurado, T. (2013). Family and Welfare State Reorientation in Spain and Inertia in Italy from a European Perspective. *Population Review*, 52(1), 43–61.

Norström, F., Virtanen, P., Hammarström, A., Gustafsson, P. E., & Janlert, U. (2014). How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. *BMC Public Health*, 14(1), 1310.

Norström, T., & Grönqvist, H. (2014). The Great Recession, unemployment and suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1–7.  
<https://doi.org/10.1136/jech-2014-204602>

O'Campo, P., Molnar, A., Ng, E., Renahy, E., Mitchell, C., Shankardass, K., ... Muntaner, C. (2015). Social welfare matters: A realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health. *Social Science & Medicine*, 132, 88–94.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.025>

OECD. (1994). *The OECD Jobs Study. Facts, Analysis, Strategies*. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/emp/1941679.pdf>

Palència, L., Malmusi, D., De Moortel, D., Artazcoz, L., Backhans, M., Vanroelen, C., & Borrell, C. (2014). The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Social Science & Medicine*, 117, 25–33.

- Pascall, G., & Lewis, J. (2004). Emerging Gender Regimes and Policies for Gender Equality in a Wider Europe. *Journal of Social Policy*, 33(3), 373–394.
- Pascoe, E. A., & Richman, L. S. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531–554.  
<https://doi.org/10.1037/a0016059>.Perceived
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Payne, S., & Doyal, L. (2010). Older women, work and health. *Occupational Medicine*, 60, 172–177.
- Pérez, A., Roqué, M., Domènech, S., Monteserín, R., Soriano, N., Blancafort, X., ... López, M. (2015). Efficacy of Memory Training in Healthy Community-Dwelling Older People: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *BMC Geriatrics*, 15, 113.
- Pérez, C. (2015). Actores sociales y relaciones laborales en España/Social actors and labour relations in Spain. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 33(2), 423.
- Pérez Orozco, A., & Artiaga Leiras, A. (2014). *¿Por Qué Nos Preocupamos de Los Cuidados?* (Colección). New York: NY: UN Women Training Centre.
- Périvier, H. (2014). Men and women during the economic crisis. *Revue de l'OFCE*, 2(133), 41–84.
- Pfau-Effinger, B. (2005). Welfare State Policies and the Developments of Care Arrangements. *European Societies*, 7, 321–347.
- Pfau-Effinger, Birgit. (2004). Socio-historical paths of the male breadwinner model - an explanation of cross-national differences1. *The British Journal of Sociology*, 55(3), 377–399.  
<https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2004.00025.x>
- Philp, B., & Wheatley, D. (2011). *Time Use, Exploitation, and the*

*Dual-Career Household: Competing Perspectives. American Journal of Economics and Sociology, 70(3), 587–614.*

- Piasna, A. (2017). 'Bad jobs' recovery? *European Job Quality Index 2005-2015* (No. 2017.06). Brussels.
- Pirani, E., & Salvini, S. (2015). Is temporary employment damaging to health? A longitudinal study on Italian workers. *Social Science and Medicine, 124*, 121–131.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.033>
- Plantenga, J., & Chantal, R. (2007). *The gender pay gap. Origins and policy responses. A comparative review of thirty European countries.* Luxembourg.
- Pollert, A., & Charlwood, A. (2009). The vulnerable worker in Britain and problems at work. *Work, Employment and Society, 23(2)*, 343–362.
- Porthé, V., Benavides, F. G., Vázquez, M. L., Ruiz-Frutos, C., García, A. M., Ahonen, E., ... Benach, J. (2009). [Precarious employment in undocumented immigrants in Spain and its relationship with health]. *Gaceta Sanitaria, 23 Suppl 1(Supl 1)*, 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.09.004>
- Prosser, T. (2016). Dualization or liberalization? Investigating precarious work in eight European countries. *Work, Employment and Society, 30(6)*, 949–965.  
<https://doi.org/10.1177/0950017015609036>
- Puig-Barrachina, V, Giró, P., Artazcoz, L., Bartoll, X., Cortès-Franch, I., Fernández, A., & Borrell, C. (2020). The impact of Active Labour Market Policies on health outcomes: a Scoping review. *European Journal of Public Health, 30(1)*, 36–42.
- Puig-Barrachina, Vanessa, Malmusi, D., Martínez, J. M., & Benach, J. (2011). Monitoring Social Determinants of Health Inequalities: The Impact of Unemployment among Vulnerable Groups. *International Journal of Health Services, 41*, 459–482.
- Quinlan, M., Mayhew, C., & Bohle, P. (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and

consequences for occupational health: a review of recent research. *International Journal of Health Services*, 31(2), 335-414.

Recio, A., Parella, S., Pajares, M., & Sabad, M. (2007). *Immigració i mercat de treball a Barcelona* (Consell Econòmic i Social de Barcelona & Fundació Jaume Bofill, Eds.). Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Robert, G., Martínez, J., García, A., Benavides, F., & Ronda, E. (2014). From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health. *European Journal of Public Health*, 24(3), The European Journal of Public Health, 24(3), 404-.

Roth, D., Fredman, L., & Haley, W. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist*, 55, 309–319.

Rubery, J., & Piasna, A. (2017). (Eds.), (pp. 43–6. In A Piasna & M. Myant (Eds.), *Myths of employment deregulation: how it neither creates jobs nor reduces labour market segmentation* (pp. 43–46). Retrieved from <http://pinguet.free.fr/etuideregula.pdf#page=42>

Salvador-Piedrafita, M, Malmusi, D., & Borrell, C. (2017). Time Trends in Health Inequalities due to Care in the Context of the Spanish Dependency Law. *Gaceta Sanitaria*, 31, 11–17.

Salvador-Piedrafita, María, Artazcoz, L., Bartoll, X., Pasarín, M., & Puig-Barrachina, V. (2018). *Benestar i salut de les persones cuidadores de familiars*.

Sapir, A. (2006). Globalization and the reform of European social models. *Journal of Common Market Studies*, 44(2), 369–390.

Sen, G., Östlin, P., & George, A. (2007). *Unequal , Unfair , Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health : Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. <https://doi.org/10.1016/j.ijhydene.2011.02.091>

- Shahidi, F. V., De Moortel, D., Muntaner, C., Davis, O., & Siddiqi, A. (2016). Do flexicurity policies protect workers from the adverse health consequences of temporary employment? A cross-national comparative analysis. *SSM - Population Health*, 2, 674–682. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.09.005>
- Shahidi, F. V., Siddiqi, A., & Muntaner, C. (2016). Does social policy moderate the impact of unemployment on health? A multilevel analysis of 23 welfare states. *European Journal of Public Health*, 26(6), 1017–1022. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw050>
- Siegrist, J., & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment - two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58, 1463–1473. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00349-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00349-6)
- Standing, G. (1997). Globalization, Labour Flexibility and Insecurity: The Era of Market Regulation. *European Journal of Industrial Relations*, 3(1), 7–37.
- Stansfeld, S., Head, J., & Marmot, M. (1997). Explaining social class differences in depression and well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(1), 1–9.
- Stier, H., & Lewin-Epstein, N. (2003). *Time to work: A comparative analysis of preferences for working hours. Work and occupations*. 30(3), 302–326.
- Strandh, M., Hammarström, A., Nilsson, K., Nordenmark, M., & Russel, H. (2013). Unemployment, gender and mental health: the role of the gender regime. *Sociology of Health & Illness*, 35(5), 649–665. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01517.x>
- Strazdins, L., Welsh, J., Korda, R., Broom, D., & Paolucci, F. (2016). Not all hours are equal: Could time be a social determinant of health? *Sociology of Health and Illness*, 38(1), 21–42. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12300>
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & Mckee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative

policy responses in Europe : an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315–323. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)

- Thévenon, O. (2011). Family Policies in OECD Countries : A Comparative Analysis. *Population and Development Review*, 37(1), 57–87.
- Tran, M., & Sokas, R. K. (2017). The Gig Economy and Contingent Work: An Occupational Health Assessment. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(4), e63–e66. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000977>
- Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51((1\_suppl)), S54–S66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- Urbanos-Garrido, R., & Lopez-Valcarcel, B. (2015). The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *The European Journal of Health Economics*, 16, 175–184.
- Van Aerden, K., Gadeyne, S., & Vanroelen, C. (2017). Is any job better than no job at all? Studying the relations between employment types, unemployment and subjective health in Belgium. *Archives of Public Health*, 75(55), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13690-017-0225-5>
- Van Aerden, K., Moors, G., Levecque, K., & Vanroelen, C. (2014). Measuring Employment Arrangements in the European Labour Force: A Typological Approach. *Social Indicators Research*, 116(3). <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0312-0>
- Vásquez-Vera, H., Rodríguez-Sanz, M., Palència, L., & Borrell, C. (2016). Foreclosure and Health in Southern Europe: Results from the Platform for People Affected by Mortgages. *Journal of Urban Health*, 93, 312–330. <https://doi.org/10.1007/s11524-016-0030-4>
- Vendramin, P., & Valenduc, G. (2014). *A gender perspective on*



*older workers' employment and working conditions* (No. 2014.03). Brussels.

- Virtanen, M., Heikkilä, K., Jokela, M., Ferrie, J., Batty, G., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2012). Long working hours and coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, *176*(7), 586–596.
- Virtanen, M., Jokela, M., Madsen, I., Magnusson Hanson, L., Lallukka, T., Nyberg, S., & Burr, H. (2018). Working hours and depressive symptoms: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *3*, 239–250.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2005). Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology*, *34*(3), 610–622. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi024>
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Sund, R., Virtanen, P., & Ferrie, J. E. (2006). Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension among temporary and permanent employees. *Occupational and Environmental Medicine*, *63*(3), 212–217. <https://doi.org/10.1136/oem.2005.020297>
- Virtanen, P., Liukkonen, V., Vahtera, J., Kivimäki, M., & Koskenvuo, M. (2003a). Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. *International Journal of Epidemiology*, *32*(6), 1015–1021. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg319>
- Virtanen, P., Liukkonen, V., Vahtera, J., Kivimäki, M., & Koskenvuo, M. (2003b). Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. *International Journal of Epidemiology*, *32*(6), 1015–1021. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg319>
- 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, 1–10.  
<https://doi.org/10.1155/2013/978656>

Waenerlund, A.-K., Virtanen, P., & Hammarström, A. (2011). Is temporary employment related to health status? Analysis of the Northern Swedish Cohort. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(5), 533–539.  
<https://doi.org/10.1177/1403494810395821>

Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ruimin, M., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18, 156.

Wang, S., Coutts, A., Burchell, B., Kameråde, D., & Balderson, U. (2020). Can Active Labour Market Programmes Emulate the Mental Health Benefits of Regular Paid Employment? Longitudinal Evidence from the United Kingdom. *Work, Employment and Society*, 1–21.  
<https://doi.org/10.1177/0950017020946664>

WHO. (n.d.). What are social determinants of health?

WHO. (2004). *Gender, Health and Work* (p. 4). p. 4. Retrieved from [http://www.who.int/gender/other\\_health/Gender,HealthandWorklast.pdf](http://www.who.int/gender/other_health/Gender,HealthandWorklast.pdf)

WHO. (2017). *Women on the move: migration, care work and health*. Geneva.

## Annexos

### Llargues jornades laborals i salut a Europa

Health & Place 40 (2016) 161–168



Contents lists available at ScienceDirect

Health & Place

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/healthplace](http://www.elsevier.com/locate/healthplace)



Long working hours and health in Europe: Gender and welfare state differences in a context of economic crisis



Lucía Artazcoz<sup>a,b,c,d,\*</sup>, Imma Cortès<sup>a,b</sup>, Fernando G. Benavides<sup>b,c</sup>, Vicenta Escribà-Agüir<sup>b,e,f</sup>, Xavier Bartoll<sup>a,b</sup>, Hernán Vargas<sup>a</sup>, Carme Borrell<sup>a,b,c,d</sup>

<sup>a</sup> Agència de Salut Pública de Barcelona, Spain

<sup>b</sup> CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain

<sup>c</sup> Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Spain

<sup>d</sup> Institute of Biomedical Research (IB-Sant Pau), Barcelona, Spain

<sup>e</sup> Centre for Public Health Research (Health Inequalities Area), Valencia, Spain

<sup>f</sup> Nursing Department, University of Valencia, Valencian School for Health Studies, Regional Ministry of Health, Generalitat Valenciana, Valencia, Spain

## Abstract

This article examines the relationship between moderately long working hours and health status in Europe. A cross-sectional study based on data from the 2010 European Working Conditions Survey (13,518 men and 9381 women) was performed. Working moderately long hours was consistently associated with poor health status and poor psychological wellbeing in countries with traditional family models, in both sexes in Liberal countries and primarily among women in Continental and Southern European countries. A combination of economic vulnerability, increasing labour market deregulation and work overload related to the combination of job and domestic work could explain these findings.

## 1. Introduction

Although in recent years interest in health problems related to long working hours has increased, studies concerning the different areas of health are still scarce and gaps in the literature investigating this relationship and the involved mechanisms persist (Virtanen et al., 2008; Virtanen and Heikkilä et al., 2012; Virtanen and Stansfeld et al., 2012; Kroenke et al., 2007; Kivimäki et al., 2015; Bannai and Tamakoshi, 2014). For example, most studies have found consistent associations with working >55 h a week but results for moderately long working hours are contradictory (Bannai and Tamakoshi, 2014; Kivimäki et al., 2015; Virtanen and Heikkilä et al., 2012). However, very long working hours are uncommon in Europe – mainly among women – where the European Working Time Directive set up a maximum of 48 h weekly work time, although there are differences among European countries. Moreover, although some studies have found different patterns of associations between men and women (Fan et al., 2015; Artazcoz et al., 2007, 2009, 2013), most previous research is based on men-only samples or does not separate the analysis by gender (Bannai

and Tamakoshi, 2014; Kivimäki et al., 2015; Virtanen and Heikkilä et al., 2012).

Besides the heterogeneity of methodologies or of the studied populations (Bannai and Tamakoshi, 2014; Kivimäki et al., 2015; Virtanen and Heikkilä et al., 2012), the lack of consistent conceptual frameworks could contribute to the unexplained contradictory results for the relationship between moderately long working hours and health status. Causal pathways based on the lack of time for recovery, the decrease of private time and irregular lifestyles that lead to unhealthy behaviours have been proposed (Bannai and Tamakoshi, 2014). However, although these mechanisms are likely to be important factors involved in the relationship between very long working hours and health status, they are probably less relevant in the association between moderately long working hours and health. In order to understand this latter association, it has been suggested the need of conceptual frameworks that take into account potential antecedent factors motivating moderately long hours, particularly whether they are forced or not and, consequently, their impact on health (Artazcoz et al., 2009, 2013).

Working time is affected by both individual-level and country level characteristics. At the individual level some studies have highlighted the crucial role of choice in determining a person's response, in terms of health and well-being, to working long hours (Golden and Wiens-Tuers, 2005; Drago et al., 2008; Beckers et al., 2008). Choice of moderately long hours is, for example, shaped by the intrinsic rewards of the job, that could be beneficial for health and wellbeing (Artazcoz et al., 2007), but also by family financial pressures that lead to low bargaining power at the workplace and consequently to forced long working hours (Artazcoz et al., 2009, 2013). Many workers, primarily breadwinners, are obliged to accept high work demands simply to service their family debt (Pollert and Charlwood, 2009; Pollert, 2005).

Additionally, bargaining power considerations suggest that where employers hold greater leverage over employees (such as those working in non-unionized workplaces, on temporary contracts, receiving low wages, or in situations of economic vulnerability) workers are more likely to be forced to work long hours (Stier and Lewin-Epstein, 2003). Moreover, few studies have taken into account certain potential confounding variables like temporary contracts and family characteristics (Artazcoz et al., 2009, 2013). Additionally, working in the public or the private sector (Plantenga and Remery, 2010; Landivar, 2015) or having a supervisory position could also be confounding variables (Glazer and Kruse, 2008).

Individuals' work hours are motivated, not only by their own characteristics but by the overall social structure in which they are embedded. There are large cross-national differences in the amount of time devoted to work and countries differ significantly in how strictly work hours are regulated as well as in the kinds of family models and therefore in the probability that long working hours be forced or voluntary. Both labour markets regulation and family policies are closely associated with welfare state regimes (Korpi et al., 2009).

Regarding labour markets regulations, collective agreements play a dominant role in determining working hours, while statutory maximum hours provide a safeguard for unorganized workers. There is a concern that in weakly regulated regimes, such as the United Kingdom, some forms of flexible working time arrangements may not sufficiently protect workers who do not have the collective strength to realize their preferred hours (Lee et al., 2007).

Family arrangements, and the history of these, overlap in specific ways with the welfare state regimes (Pfau-Effinger, 2004, 2005). Given the temporal constraints that family responsibilities typically impose on women's participation in paid employment, the average actual hours of work of employed men exceed those of

employed women. On the other hand, the traditional role of men as family breadwinners is more likely to be related to forced long working hours when family financial stress exist (Artazcoz et al., 2009). However, the gender differences in the family sphere may differ by welfare state typologies.

Five welfare state regimes typologies have been described in Europe. Nordic countries are characterized by fairly regulated labour markets, social policies with a major role in promoting maximum employment for women and dual earner/dual carer family models, with reproduction work actively allocated to the state. Liberal countries (UK and Ireland) are characterized by deregulated labour markets, strong male breadwinner models and the dominance of the market in providing services. Continental and Southern European countries have strong labour market regulations, male breadwinner family models, low levels of support for female participation in the labour force, primary welfare responsibilities lie with the family and policies that help reconcile motherhood and careers are relatively undeveloped, primarily in Southern Europe (Ferrera, 1996). Eastern European countries combine dual earner families with a traditional division of housework and social care for three to six year old (Aidukaite, 2009).

Therefore, we expect that when long working hours are related to family responsibilities and/or non-permanent contracts, primarily in countries with deregulated labour markets, they are more likely to be forced and then related to poor health status. It should be noted that since the start of the economic crisis, many European countries have taken a range of measures to deregulate labour markets and boost enterprise flexibility, including increasing overtime options or extending the reference period for calculating working time (Clauwaert and Schömann, 2012; Robert et al., 2014). Additionally, in Europe as men have become unemployed, women have expanded their labour supply contributions not only

in unpaid work, but also in paid work, even under conditions of extremely low remuneration (Antonoupoulos, 2009).

The objectives of this study are: 1) to identify employment and family characteristics associated with moderately long working hours in the EU27 (41–60 h a week); 2) to examine the relationship between moderately long working hours and health; and 3) to analyse whether patterns differ by gender and welfare state regimes.

## 2. Methods

### 2.1. Data

Cross-sectional study based on data from the 5th European Working Conditions Survey (EWCS) of 2010, a representative sample of non-institutionalized persons aged  $\geq 15$  years who were in employment during the reference period. Details of the survey are reported elsewhere (Eurofound, 2012). For the purposes of this study a subsample of all employees of the 27 EU Member States (EU27) aged 16–64 and working between 30 and 60 h a week was selected. In order to avoid the effect of very long working hours, people working more than 60 h a week were excluded (1.2%). The final sample under analysis was composed of 13,518 men and 9381 women.

### 2.2. Variables

#### 2.2.1. Health outcomes

Two health and well-being outcomes were examined. Data on self-perceived health status were elicited by asking respondents to describe their general health as “very good”, “good”, “fair”, “poor” or “very poor”. This variable was dichotomized by combining the categories “fair”, “poor” and “very poor” to indicate poor self-perceived health, and “very good” and “good” to indicate good



perceived health. Subjective wellbeing was measured using the WHO-5 wellbeing index, which has been shown to be a reliable measure of emotional functioning and a good screen for depression. A dichotomous variable was created, where a score of  $\leq 50$  indicated poor psychological well-being, though not necessarily depression (Bech et al., 2003).

#### 2.2.2. Predictor variable

Working hours were determined using two questions: “How many hours do you usually work per week in your main paid job?” and “How many hours a week on average do you work in job (s) other than your main paid job?” Number of hours were summed and grouped into three categories 30–40 h (reference category), 41–50 h, and 51–60 h.

#### 2.2.3. Family characteristics

Family characteristics were measured through the partner/ marital status (married or cohabiting and other), main contributor of household income (yes/no) and number of children at home (none, one and two or more).

#### 2.2.4. Employment characteristics

Job category – a proxy of job qualification and socioeconomic position (Galobardes et al., 2006) - assigned according to the respondent's current occupation, was determined based on the 2008 International Standard Classification of Occupations (International Labour Organization, 2012) one digit categories and subsequently grouped into three categories: upper (1 and 2), medium (3–5) and lower (6–9). Type of contract had five categories: Permanent, fixed-term temporary, temporary employment agency, no contract and other. Supervisory role was a

dichotomous variable (yes/no) and type of company was grouped into four categories, public, private, joint public-private and other.

#### 2.2.5. Country typologies

Countries were grouped with an adaptation of Korpi's typology of family policy models, which was expanded to include two more country typologies and all EU27 countries according to the classification proposed by Thévenon (Thévenon, 2011): Continental (Austria, Belgium, Germany, France, the Netherlands and Luxembourg), Anglo-Saxon (Ireland and the United Kingdom), Eastern European (Czech Republic, Estonia, Hungary, Lithuania, Latvia, Poland, Rumania, Bulgaria, Slovenia and Slovakia), Southern European (Cyprus, Greece, Spain, Italy, Malta and Portugal) and Nordic countries (Denmark, Finland and Sweden). This typology has been replicated in other attempts to define welfare regime types and has been used previously in the health literature (Campos-Matos and Kawachi, 2015).

#### 2.3. Data analysis

First, gender differences by country typologies for all the dependent and independent variables were tested at the bivariate level using the chi-square test for categorical variables and the t-test for age. Second, employment and family characteristics associated with working 41–60 h a week as compared with working 30–40 h were identified by fitting multiple logistic regression models for men and women separately and adjusting for age. Third, multiple logistic regression models separated by gender and country typologies and adjusted for age, employment and family characteristics were fitted in order to test the association between long working hours and health outcomes. In order to test for an independent linear trend between health outcomes and working hours, logistic regression was performed

fitting multivariate models including the predictor variable as a continuous variable and the Wald test was used. All analyses included the weights derived from the complex sample design and were separated by gender and country group.

### 3. Results

#### 3.1. General description of the sample

Table 1 shows a general description of the sample. Except in Nordic countries where no gender differences were found, the prevalence of poor health outcomes was higher among women. In all country typologies men were more likely to work long hours and to occupy low job categories.

#### 3.2. Associations of employment and family characteristics with long working hours

Table 2 shows the associations of long working hours with employment and family characteristics among men. In all countries, except Eastern European countries, working long hours was more frequent in the upper occupational categories. The relationship between type of contract and long working hours differed by country typologies. Whereas no association was observed in Nordic and Anglo-Saxon countries, in Southern European countries long hours were more frequent among males with temporary employment agency contracts [adjusted odds ratio (aOR) 4.25, 95% confidence interval (CI): 2.34, 7.71] or with no contract (aOR 2.36, 95% CI: 1.69, 3.31). In Continental countries, men with no contract were also more likely to work long hours (aOR 2.21, 95% CI: 1.26–3.09). Having a supervisory role was positively related to long working hours in Continental, Eastern European and Nordic countries. In all country groups, except Nordic countries, working long hours was less common in public companies. Family characteristics were not related to long working hours in Nordic countries whereas in Continental, Eastern

European and Southern European countries, males who were the main contributors of household income were more likely to work long hours, and in Continental and Anglo-Saxon countries the number of children was positively related to long working hours and a gradient was found. Additionally, in Eastern European countries married or cohabiting men were more likely to work long hours.

Table 3 shows the associations of long working hours with employment and family characteristics among women. The pattern of associations between employment characteristics and long working hours among females was very similar to that among men. However, contrary to men, having a supervisory role was positively related to long working hours among women from Anglo-Saxon and Southern European countries. Regarding family characteristics, in Anglo-Saxon countries there were clear gender differences. In contrast to men, married or cohabiting females, as well as those who were the main contributors of household income, were more likely to work long hours (aOR¼ 1.80, 95% CI: 1,192.73 and aOR¼ 2.31, 95% CI:1.61, 3.32, respectively). Neither in Eastern European nor in Nordic countries was family characteristics related to long working hours, whereas in Continental countries, among women, being the main contributor of household income was positively associated with working long hours.

### 3.3. Associations between long working hours and health

Table 4 shows the association between poor health outcomes and working hours. A consistent association with long working hours was found for the two health indicators among men from Anglo-Saxon countries and also among women from these countries for those working 41–50 h a week, but not for longer hours. A consistent relationship with the two health outcomes was also found among women from Continental and Southern European countries, primarily among the former. The association was less

consistent for men from these two groups of countries. No relationship was found for poor self-perceived health status and poor psychological wellbeing among workers from Eastern European countries, either men or women. In Nordic countries, working 41–50 h was positively associated with poor psychological wellbeing among women (aOR¼ 2.07, 95% CI: 1.08, 3.96) and a gradient was found for poor self-perceived health status in both sexes.

**Table 1**  
General description of the population by sex and country group. Salaried workers aged 16–64 years, working 30–60 h a week. P-values compare men and women in each country typology. Fifth European Working Conditions Survey, 2010.

	Continental		Anglo-Saxon		Eastern European		Southern European		Nordic	
	Men (N=5317) Mean age 41.2, SD 11.0	Women (N=3521) Mean age	Men (N=1802) Mean age 39.6, SD 11.8	Women (N=1059) Mean age 39.1, SD 11.4	Men (N=2454) Mean age 39.2 SD 11.1	Women (N=2195) Mean age 39.7 SD 10.4	Men (N=3360) Mean age 40.4, SD 10.8	Women (N=2074) Mean age 39.5, SD 10.3	Men (N=585) Mean age 40.5, SD 11.1	Women (N=532) Mean age 40.3, SD 11.2
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Health and wellbeing outcomes</b>										
Poor self-perceived health status	20.9	22.6 <sup>a</sup>	11.0	16.1 <sup>c</sup>	25.4	29.2 <sup>b</sup>	19.2	19.9	19.5	18.8
Poor psychological wellbeing	15.1	18.2 <sup>c</sup>	17.4	26.8 <sup>c</sup>	22.5	28.4 <sup>c</sup>	17.1	20.1 <sup>b</sup>	9.6	12.5
<b>Employment characteristics</b>										
Hours of paid work a week										
30–40 (standard)	77.1	88.4 <sup>c</sup>	63.2	80.9 <sup>f</sup>	64.8	73.8 <sup>f</sup>	75.7	81.3 <sup>c</sup>	76.8	84.1 <sup>b</sup>
41–50	19.2	10.1	28.5	16.5	26.9	21.5	19.8	15.4	19.1	13.7
51–60	3.7	1.5	10.3	2.5	8.3	4.7	4.5	3.3	4.1	2.3
Job category										
Upper	21.1	22.7 <sup>c</sup>	36.3	39.1 <sup>c</sup>	14.7	21.7 <sup>c</sup>	13.5	20.8 <sup>f</sup>	24.4	33.4 <sup>f</sup>
Medium	33.5	65.2	29.5	50.7	26.6	54.4	34.3	59.0	35.7	55.7
Lower	45.5	12.1	34.2	10.1	58.7	23.9	52.2	20.2	39.9	10.9
Type of contract										
Permanent	88.6	87.2 <sup>b</sup>	85.0	87.1 <sup>b</sup>	84.7	82.8 <sup>f</sup>	78.2	73.6 <sup>f</sup>	89.9	88.5
Fixed-term	8.6	10.4	6.2	7.5	12.3	15.5	13.1	15.0	7.5	8.5
Temporary	1.5	1.0	1.0	1.2	0.4	0.5	1.6	0.9	0.5	1.1
Temporary employment agency										
No contract	1.1	0.9	7.4	3.7	2.0	0.8	5.0	7.8	0.9	0.2
Other	0.3	0.5	0.4	0.6	0.6	0.4	2.0	2.7	1.2	1.7
Supervisory role	22.7	13.9 <sup>f</sup>	25.0	25.2	15.1	9.7 <sup>c</sup>	16.2	8.6 <sup>f</sup>	14.0	9.5 <sup>b</sup>
Type of company										
Private	74.7	63.7 <sup>c</sup>	70.9	56.1 <sup>c</sup>	72.5	58.3 <sup>c</sup>	76.3	69.6 <sup>f</sup>	71.7	43.5 <sup>f</sup>
Public	17.9	27.0	21.4	39.0	21.8	37.0	20.8	26.9	24.2	51.8
Joint public-private	5.4	6.0	5.2	2.9	4.6	2.7	2.9	1.9	3.2	3.2
Other	2.0	3.3	2.5	1.9	1.1	2.0	0.0	1.5	0.9	1.5
<b>Family characteristics</b>										
Married or cohabiting	77.1	69.7 <sup>c</sup>	73.5	71.9	70.4	73.6 <sup>c</sup>	72.8	67.9 <sup>c</sup>	75.2	72.2
Main contributor of household income	85.8	41.6 <sup>f</sup>	76.9	46.4 <sup>f</sup>	76.3	38.5 <sup>f</sup>	75.5	32.4 <sup>f</sup>	75.9	45.0 <sup>f</sup>
Number of children										
0	52.8	50.8 <sup>a</sup>	54.5	52.6 <sup>b</sup>	48.4	37.5 <sup>f</sup>	49.7	43.7 <sup>f</sup>	49.0	48.0
1	22.0	24.2	18.1	23.0	24.1	31.6	23.7	24.5	19.8	20.1
≥2	25.3	25.1	27.4	24.4	27.5	30.9	26.6	31.8	31.2	31.9

<sup>a</sup>P < 0.05; <sup>b</sup>P < 0.01; <sup>c</sup>P < 0.001.

**Table 2.** Association of employment and family characteristics with working 41–60 h a week compared with working the standard number of hours (30–40 h) by country group among men. Adjusted odds ratios (aOR) and 95% confidence intervals (95% CI). Fifth European Working Conditions Survey, 2010.

	Continental N=5317			Anglo-Saxon N=1802			Eastern European N=2454			Southern European N=3360			Nordic N=585		
	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI
<b>Employment characteristics</b>															
<b>Job category</b>															
Upper	33.7	1 <sup>c</sup>		46.4	1 <sup>b</sup>		32.6	1		32.4	1 <sup>b</sup>		38.6	1 <sup>c</sup>	
Medium	21.0	0.57	0.48–0.68	24	0.39	0.29–0.51	35.1	1.23	0.93–1.65	21.7	0.54	0.41–0.70	19	0.43	0.25–0.72
Lower	19.2	0.49	0.41–0.59	37.7	0.70	0.53–0.91	35.8	1.24	0.94–1.63	24.2	0.50	0.38–0.65	17.1	0.38	0.22–0.66
<b>Type of contract</b>															
Permanent	22.9	1		36.3	1		34.7	1		22.6	1		22.6	1	
Fixed-term temporary	24.8	1.63	1.27–2.08	42.9	1.32	0.87–2.02	38.7	1.30	1.01–1.69	24	1.08	0.83–1.39	22.7	1.18	0.52–2.68
Temporary employment agency	10.3	0.40	0.17–0.95	50	1.75	0.62–4.96	36.4	0.44	0.07–2.70	44.6	4.25	2.34–7.71	0	0.27	0.00–19.86
No contract	37.9	2.21	1.26–3.09	35.8	0.92	0.61–1.40	30	0.68	0.35–1.34	42	2.36	1.69–3.31	50	5.11	0.91–28.69
Other	0.0	–	–	25	0.50	0.10–2.53	50	1.38	0.43–4.45	30.9	1.65	0.95–2.84	50	2.85	0.51–15.81
<b>Supervisory role</b>															
No	20.0	1		34.2	1		33.9	1		23.3	1		19.3	1	
Yes	33.7	1.71	1.47–2.00	43.2	1.09	0.85–1.41	42.4	1.51	1.18–1.94	28.4	1.19	0.93–1.50	48.1	3.10	1.81–5.30
<b>Type of company</b>															
Private	24.6	1		39	1		37	1		28	1		23.1	1	
Public	20.1	0.60	0.50–0.73	30.7	0.62	0.47–0.81	27.7	0.68	0.54–0.85	11.8	0.28	0.21–0.37	22.5	0.75	0.44–1.28
Joint public-private	13.9	0.35	0.24–0.51	35.9	0.76	0.48–1.21	42.9	1.20	0.80–1.78	17.5	0.47	0.27–0.82	21.1	0.81	0.24–2.73
Other	11.4	0.26	0.14–0.49	23.9	0.37	0.18–0.74	25.9	0.53	0.21–1.35	–	–	–	60	2.54	0.33–19.58
<b>Family characteristics</b>															
<b>Marital status</b>															
Non-married	17.7	1		32	1		32.1	1		24.6	1		20.7	1	
Married/cohabiting	24.5	1.20	0.98–1.46	38.4	0.83	0.61–1.12	36.6	1.40	1.09–1.80	24.1	0.96	0.75–1.22	24.1	1.06	0.61–1.84
<b>Main contributor of household income</b>															
No	13.4	1		31	1		30.5	1		20.1	1		17	1	
Yes	24.5	1.72	1.36–2.18	38.8	1.13	0.86–1.49	36.6	1.31	1.05–1.63	25.8	1.65	1.31–2.09	25.1	1.52	0.89–2.57
<b>Number of children</b>															
0	20.4	1 <sup>d</sup>		32.2	1 <sup>b</sup>		35.6	1		25.4	1		22.4	1	
1	25.4	1.09	0.91–1.31	39.8	1.47	1.08–1.99	34.8	0.82	0.64–1.05	21.6	0.94	0.74–1.20	23.3	1.03	0.58–1.82
≥ 2	26.2	1.20	1.01–1.42	43.9	1.83	1.39–2.41	34.9	0.82	0.65–1.04	24.5	1.20	0.94–1.53	24.6	0.89	0.53–1.51

Note: Odds ratios are adjusted for all the independent variables and for age; % refers to the prevalence of long working hours in each category

<sup>a</sup> Wald test with  $P < 0.05$ ; <sup>b</sup> Wald test with  $P < 0.01$ ; <sup>c</sup> Wald test with  $P < 0.001$

**Table 3**  
Association of employment and family characteristics with working 41–60 h a week compared with working the standard number of hours (30–40 h) by country group among women. Adjusted odds ratios (aOR) and 95% confidence intervals (95% CI). Fifth European Working Conditions Survey, 2010.

	Continental N=3521			Anglo-Saxon N=1059			Eastern European N=2915			Southern European N=2074			Nordic N=532		
	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI
<b>Employment characteristics</b>															
<b>Job category</b>															
Upper	17.6	1 <sup>c</sup>		24.9	1		21.3	1		20.4	1		29.9	1 <sup>c</sup>	
Medium	9.6	0.37	0.29–0.48	15.7	0.75	0.52–1.07	29.6	1.47	1.12–1.94	17.4	0.66	0.48–0.90	10.2	0.25	0.15–0.43
Lower	10.8	0.31	0.21–0.47	13.1	0.45	0.23–0.86	23.0	0.99	0.71–1.39	21.0	0.74	0.50–1.10	1.7	0.03	0.00–0.28
<b>Type of contract</b>															
Permanent	11.3	1		38.9	1		25.4	1		16.2	1		15.7	1	
Fixed-term temporary	13.6	1.64	1.16–2.30	20.3	1.33	0.73–2.43	29.8	1.21	0.92–1.60	19.3	1.14	0.81–1.59	15.2	0.86	0.34–2.22
Temporary employment agency	14.7	1.69	0.61–4.64	0.0	–	–	0.0	0.10	0.00–2.55	33.3	2.24	0.83–6.04	50.0	4.06	0.67–24.63
<b>No contract</b>															
Other	16.7	1.61	0.56–4.69	15.4	0.83	0.32–2.17	41.2	1.51	0.55–4.18	38.8	3.02	2.09–4.37	50.0	14.36	0.27–763.45
	11.1	1.30	0.28–5.98	85.7	25.2	2.27–279.15	55.6	2.81	0.70–11.29	22.8	1.65	0.85–3.21	11.1	1.01	0.14–7.25
<b>Supervisory role</b>															
No	11.0	1		16.4	1		25.9	1		17.7	1		14.0	1	
Yes	14.8	1.20	0.90–1.60	27.2	1.54	1.07–2.22	30.5	1.43	1.02–2.00	29.9	1.87	1.27–2.75	36.0	2.54	1.26–5.11
<b>Type of company</b>															
Private	12.8	1		21.6	1		30.3	1		21.9	1		16.0	1	
Public	10.2	0.46	0.35–0.61	16.1	0.58	0.40–0.84	20.0	0.60	0.48–0.76	10.6	0.43	0.30–0.60	16.3	0.74	0.43–1.27
Joint public-private	7.6	0.44	0.26–0.76	0.0	–	–	25.9	0.84	0.46–1.55	10.3	0.55	0.20–1.56	6.3	0.41	0.07–2.62
Other	7.6	0.40	0.19–0.82	40.0	1.29	0.47–3.53	34.1	1.13	0.59–2.17	31.3	1.54	0.70–3.41	12.5	1.40	0.16–12.11
<b>Family characteristics</b>															
<b>Marital status</b>															
Non-married	11.7	1		17.2	1		39.9	1		22.1	1		18.2	1	
Married/cohabiting	11.5	1.11	0.83–1.49	19.7	1.80	1.19–2.73	24.6	0.79	0.61–1.01	17.2	1.03	0.77–1.40	15.1	0.81	0.40–1.64
<b>Main contributor of household income</b>															
No	10.3	1		14.2	1		25.3	1		16.8	1		13.7	1	
Yes	13.3	1.41	1.08–1.83	24.8	2.31	1.61–3.32	27.8	1.10	0.88–1.37	22.3	1.46	1.11–1.91	18.4	1.21	0.64–2.31
<b>Number of children</b>															
0	12.1	1		21.4	1 <sup>a</sup>		28.1	1		20.6	1		18.4	1	
1	9.9	0.74	0.56–0.99	13.2	0.49	0.31–0.76	24.7	0.96	0.75–1.23	19.7	1.02	0.74–1.41	15.0	0.79	0.40–1.56
≥2	12.2	0.97	0.74–1.27	19.4	0.75	0.50–1.14	25.5	1.09	0.84–1.40	15.5	0.86	0.62–1.19	16.0	0.60	0.32–1.12

Note: Odds ratios are adjusted for all the independent variables and for age; % refers to the prevalence of long working hours in each category  
<sup>a</sup>Wald test with  $P < 0.05$ ; <sup>b</sup>Wald test with  $P < 0.01$ ; <sup>c</sup>Wald test with  $P < 0.001$

**Table 4**  
Association between number of working hours and health status by country and sex. Adjusted odds ratios (aOR) and 95% confidence intervals (95% CI). Fifth European Working Conditions Survey, 2010.

	Men Continental (N=5317)			Men Anglo-Saxon (N=1802)			Men Eastern European (N=2454)			Men Southern European (N=3360)			Men Nordic (N=585)		
	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI	%	aOR	95% CI
<b>Poor self-perceived health status</b>															
30–40	20.1	1 <sup>b</sup>		10.3	1 <sup>b</sup>		24	1		19.7	1		18.7	1 <sup>a</sup>	
41–50	23.5	1.27	1.06–1.51	7.8	0.39	0.39–0.91	28.9	1.25	1.00–1.57	17.9	1.02	0.80–1.29	21.4	1.58	0.91–2.34
51–60	23.7	1.30	0.91–1.85	23.8	2.65	1.71–4.10	25.5	1.13	0.78–1.62	15.9	1.10	0.69–1.78	25.1	2.20	0.82–5.89
<b>Poor psychological wellbeing</b>															
30–40	15.0	1		15.6	1 <sup>c</sup>		22.2	1		15.9	1 <sup>c</sup>		9.6	1	
41–50	15.7	1.15	0.94–1.40	16.2	0.91	0.66–1.25	24.8	1.20	0.96–1.50	19.8	1.40	1.11–1.76	10.9	1.16	0.56–2.39
51–60	13.5	0.96	0.62–1.48	31.4	2.80	1.92–4.08	17.6	0.77	0.52–1.15	24.2	2.61	1.71–3.99	3.9	0.24	0.01–3.97
<b>Women Continental (N=3521)</b>															
<b>Poor self-perceived health status</b>															
30–40	20.8	1 <sup>c</sup>		14.8	1 <sup>c</sup>		28.8	1		19.1	1 <sup>b</sup>		17.9	1 <sup>a</sup>	
41–50	33.9	1.92	1.48–2.48	22.3	1.89	1.22–2.92	28.6	1.12	0.88–1.43	24.1	1.89	1.37–2.60	24.7	2.07	1.08–3.96
51–60	37.7	2.42	1.33–4.39	22.2	2.04	0.76–5.48	35.6	1.48	0.94–2.34	22.1	1.12	0.59–2.11	25.2	2.01	0.48–8.35
<b>Poor psychological wellbeing</b>															
30–40	16.9	1 <sup>c</sup>		25.1	1		28.7	1		19.4	1 <sup>b</sup>		12.1	1	
41–50	26.1	1.62	1.23–2.12	35.4	1.54	1.06–2.25	25.7	0.92	0.72–1.17	20.6	1.27	0.92–1.74	13.9	1.42	0.65–3.09
51–60	41.5	3.24	1.82–5.79	25.9	1.10	0.44–2.75	35.8	1.51	0.97–2.34	35.3	2.54	1.46–4.45	18.2	2.73	0.56–13.20

Note: Odds ratios are adjusted for all the independent variables and for age; % refers to the prevalence of poor health outcomes in each category  
<sup>a</sup>Wald test with  $P < 0.05$ ; <sup>b</sup>Wald test with  $P < 0.01$ ; <sup>c</sup>Wald test with  $P < 0.001$

#### 4. Discussion

As far as we know this is the first study about moderately long working hours and health status carried out in a large and representative sample of the EU27 during the economic crisis that started at the end of 2007 and examining two validated health indicators, self-perceived health status and psychological well-being. The study has produced four main findings: 1) In most countries working moderately long hours was more frequent among men, workers of upper occupational categories and supervisors, whereas they were less frequent in the public than in the private sector; 2) non-permanent contracts were related to moderately long working hours only in Continental and Southern European countries; 3) in all countries, except Nordic countries and women from Eastern European countries, moderately long working hours were positively associated with family responsibilities; and 4) moderately long working hours were associated with poor health status and poor psychological wellbeing among workers from Continental, Anglo-Saxon and Southern European countries - all of them countries with traditional family models – although with gender differences.

Between-country differences in the association between employment and family characteristics and moderately long working hours.

As expected, in most countries, long working hours were related to being a man, holding a supervisory role, working in the private sector and being a qualified worker, which is consistent with previous studies (Maume and Bellas, 2001). Moreover, in Continental and Southern European countries, in both sexes, working long hours was also more frequent among people with non-permanent contracts. This result is consistent with some studies reporting that job insecurity can be used to coerce employees to lengthen their work schedules (Maume and Bellas, 2001; Artazcoz et al., 2005).



The results of this study differ in some aspects from those of a previous one which dealt with the situation in the EU25 and was based on the 2005 edition of EWCS (Artazcoz et al., 2013). Whereas in that study family responsibilities were also related to moderately long working hours among men from Continental, Anglo-Saxon and Southern European countries, which is consistent with their role as breadwinners in countries with traditional family models, the situation seems to have changed for women. In the former study, there were no positive associations between family responsibilities and long hours among women from Southern European countries, and even negative associations were found among those from Continental and Anglo-Saxon countries, which were attributed to the time devoted to family care. However, in the present study, in these country typologies, family responsibilities were related to long working hours among women. For example, being the main contributor of the household income was associated with long hours among women from Continental, Anglo-Saxon and Southern European countries, all of them countries with traditional family models. Additionally, married women from Anglo-Saxon countries were more likely to work long hours. As has been mentioned, Continental and Southern European countries have low levels of support for female participation in the labour force. Conversely, in the UK women are encouraged to participate in the labour force but the country has one of the highest levels of part-time work in Europe and, although most married people are dual-earners couples, women's wages are far below breadwinner levels (Lewis et al., 2008). Our results are consistent with studies that have reported that during the current economic crisis, European women, unlike men, have increased their labour market participation and male breadwinner households have lost ground in favour of female breadwinner households. Partnered women have entered the labour market or increased hours in order to offset the drop in earnings of the male partner (Périver-Timbeau, 2014; Leschke and Jepsen, 2011; Bettio et al., 2013).

#### 4.1. Between-country differences in the association between moderately long working hours and health status

Whereas among men no associations were found for poor psychological wellbeing among those from Continental countries and for self-perceived health status among those from Southern European countries, we observed a relationship between working long hours and the two health outcomes among men from Anglo-Saxon countries, which is consistent with a previous study that also found a more consistent association among men from Liberal countries (Artazcoz et al., 2013). In Europe, Liberal countries such as the UK and, to a lesser extent, Ireland, combine a limited state intervention and high salience of collective bargaining with a strong male breadwinner model with reproduction work considered as a private responsibility and largely allocated to the market (Lewis et al., 2008). In the UK regulation of working time is patchy and the country is typified by long male weekly working hours and a relatively high use of overtime (Gregory and Milner, 2009). There is an individual “opt out clause” that permits individual employees to voluntarily work hours in excess of the 48-h average weekly limit established by the European Working Time Directive. However, it has been suggested that workers may “opt” to work beyond this threshold not voluntarily but forced in different ways due to the need to earn more money or pressure exerted by the company for which they work (Barnard et al., 2003; Philp and Wheatley, 2011; MacDonald, 2004).

Our results differ from those of the previously mentioned study based on the 2005 EWCS (Artazcoz et al., 2013) where no associations were found for three poor work-related health outcomes among women from Continental countries. Conversely, in the present study a consistent association between long working hours and the two health outcomes examined, with a linear trend and large ORs, was observed in this group. Moreover, unlike that study, in Southern European countries the association was more consistent among women than among men. Long working hours

were also related to poor health outcomes among women from Anglo-Saxon countries. These country typologies are characterized by family traditional models and, as has been mentioned before, family financial stress derived from the economic crisis has pushed many partnered women to enter the labour market or to work long hours forced by their economic needs and vulnerability that reduce their bargaining power for better employment conditions (Périvier-Timbeau, 2014; Leschke and Jepsen, 2011; Bettio et al., 2013). In Europe, women's employment and social conditions were hit in the second stages of recessions and impaired by austerity measures and structural reforms. For example, it has been reported that in France, and primarily in Germany, while recovery plans and labour market policies have provided support for male-dominated sectors, structural labour market reforms and activation policies have deteriorated the quality of women's employment (Eydoux, 2014). This adds to their greater domestic workload in the context of both minimal public childcare and men's limited contribution to housework and could explain these findings (Kroska, 2004; Artazcoz et al., 2014).

Long working hours were not associated with poor self-perceived health status or poor psychological wellbeing among workers from Eastern European countries, either men or women. It should be noted that in these countries family responsibilities were related to long working hours only among men. However, Eastern European countries have dual earner family models and, therefore, family financial stress is likely to be less stressing for men than in countries with traditional family models. Moreover, it has been reported that men and women from post-communist countries prefer longer hours of work, accompanied by higher income (Stier and Lewin-Epstein, 2003). Accordingly, in Eastern European countries, in many cases moderately long working hours could be a preferred option balanced with higher income. These could be some reasons why they are almost not related to poor health outcomes.

Finally, in Nordic countries, only an association between working 41–50 h a week and poor psychological wellbeing was found among women and in both sexes a linear trend was observed for self-perceived health status. The small size of the sample in these countries and/or the heterogeneity of the situation could explain the weak of association between long work hours and health status, even with relatively large ORs. Yet, once again, the forced nature or not of long hours could explain the less consistent association compared to other country typologies.

Neither among men nor among women was long working hours related to family responsibilities. However, it has been suggested that in countries with higher levels of decommodification, such as Nordic countries, workers are willing to accept lower earnings in exchange for a lighter workload (Stier and Lewin-Epstein, 2003). Therefore, the forced nature of long working hours among many workers could explain the weak relationship between long working hours and some poor health outcomes among workers from Nordic countries.

#### 4.2. Limitations

We have attributed the relationship between long working hours and health status to a great extent to their mandatory nature derived from economic vulnerability. Although we have inferred that because of the association with family responsibilities when long hours were also related to poor health outcomes, family financial stress could be an antecedent factor for obligatory long hours, however no information about their voluntary or involuntary nature or about family financial stress was collected in the EWCS. There are different welfare state regime typologies. Although there is no categorization that has been generally accepted as the standard, the one used in this paper has been highlighted as one of the most empirically accurate and is consistent with the hypothesis about country-level factors related to

working long hours. While there clearly is variability between countries within each typology, it is probably much lower than the differences between country typologies. We have not adjusted the analysis for shift work as some authors have recommended (Bannai and Tamakoshi, 2014). Unfortunately, shift work is not properly collected in the EWCS. However, although we agree that shift work is related to poor health status, we are not so sure about the consistency of its relationship with long hours, which would be necessary to consider it as a confounder.

#### 4.3. Conclusions

Our results point out the importance of long working hours as a social determinant of health, and not only a job hazard (Strazdins et al., 2015), as well as the need of examining the relationship between moderately long working hours and health status through conceptual frameworks that take into account their forced or voluntary nature determined to a great extent by both individual and contextual factors. In Europe, in a context of economic crisis, working moderately long hours is consistently associated with poor health status in countries with traditional family models. The association was consistent in both sexes in Anglo-Saxon countries, which combine traditional family models with a deregulated labour market. In Continental and Southern European countries the association was more consistent among women. Several mechanisms could explain these findings in these countries. Family financial stress has pushed many full-time homemakers into the labour market in situations of economic vulnerability and many women have been forced to work long hours in order to increase their earnings. This adds to their already high domestic workload resulting from minimal public childcare and men's limited contribution to housework. The lack of associations in Eastern European countries and the weaker association in Nordic countries could be explained by the fact that long hours

were not related to economic vulnerability, their dual earner family models and by cultural factors regarding working hours.

## References

- Aidukaite, J., 2009. Old welfare state theories and new welfare regimes in Eastern Europe: challenges and implications. *Communist Post. -Communist Stud.* 42, 23–39.
- Antonopoulos, R., 2009. The current economic and financial crisis: a gender perspective The Levy Economics Institute of Bard College, Working Paper No. 562, ed.,.
- Artazcoz, L., et al., 2014. Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health. *Eur. J. Public Health* 24, 649–655.
- Artazcoz, L., et al., 2007. Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior. *Scand. J. Work, Environ. Health* 33, 344–350.
- Artazcoz, L., et al., 2013. Long working hours and health status among employees in Europe: between-country differences. *Scand. J. Work, Environ. Health* 39, 369–378.
- Artazcoz, L., et al., 2005. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *J. Epidemiol. Community Health* 59, 761–767.
- Artazcoz, L., et al., 2009. Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours. *J. Epidemiol. Community Health* 63, 521–527.
- Bannai, A., Tamakoshi, A., 2014. The association between long working hours and health: a systematic review of epidemiological evidence. *Scand. J. Work, Environ. Health* 40, 5–18.
- Barnard, C., Deakin, S. & Hobbs, R., 2003. Opting out of the 48-Hour week: employer necessity or individual choice? An empirical

study of the operation of Article 18 (1)(b) of the Working Time Directive in the *Industrial Law Journal*, 32, pp.223– 252.

Bech, P., et al., 2003. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO- Five Well-Being Scale. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 12, 85–91.

Beckers, D.G.J., et al., 2008. Voluntary or involuntary? Control over overtime and rewards for overtime in relation to fatigue and work satisfaction. *Work Stress* 22 (1), 33–50.

Bettio F, Corsi M, D'Ippoliti C, Lyberaki A, Samek Lodovici M, V.A., 2013. The impact of the economic crisis on the situation of women and men and on gender equality policies, Luxembourg: European Commission – Directorate-General for Justice.

Campos-Matos, I., Kawachi, I., 2015. Social mobility and health in European countries: does welfare regime type matter? *Social. Sci. Med.* 142, 241–248.

Clauwaert, S., Schömann, I., 2012. The Crisis and National Labour Law reforms : A MAPPING eXERCISE. European Trade Unions Institute, Brussels.

Drago, R., et al., 2008. Voluntary or involuntary? Control over overtime and rewards for overtime in relation to fatigue and work satisfaction. *Br. J. Ind. Relat.* 22, 33–50.

Eurofound, 2012. Fifth European Working Conditions Survey: Overview Report.

Publications Office Of The European Union, Luxembourg.

Eydoux, A., 2014. Women during Recessions in France and Germany. *Rev. De. l'OFCE* 133 (2), 153–188.

Fan, W., et al., 2015. Constrained choices? Linking employees' and spouses' work time to health behaviors. *Social. Sci. Med.* 126, 99–109.

Ferrera, M., 1996. The “Southern Model” of welfare in social Europe. *J. Eur. Social.*

*Policy* 6, 17–37.

Galobardes, B., et al., 2006. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J. Epidemiol. Community Health* 60 (1), 7–12.

Glazer, S., Kruse, B., 2008. The role of organizational commitment in occupational stress models. *Int. J. Stress Manag.* 15, 329–344.

Golden, L., Wiens-Tuers, B., 2005. Mandatory overtime work in the United States: who, where, and what? *Labor Stud. J.* 30, 1–25.

Gregory, A., Milner, S., 2009. Trade unions and work-life balance: changing times in France and the UK? *Br. J. Ind. Relat.* 47, 122–146.

International Labour Organization, 2012. *International Standard Classification of Occupations. Structure, group definitions and correspondence tables*, Geneva: International Labour Organization.

Kivimäki, M., et al., 2015. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and un-published data for 603 838 individuals. *Lancet* 6736 (15), 1–8.

Korpi, W., Ferrarini, T., Englund, S., 2009. Egalitarian gender paradise lost? Re-examining Gender inequalities in different types of welfare states. *Swed. Inst. Social. Res.*, 1–43.

Kroenke, C., et al., 2007. Work characteristics and incidence of type 2 diabetes in women. *Am. J. Epidemiol.* 165 (2), 175–183.

Kroska, A., 2004. Divisions of domestic work: revising and expanding the theoretical explanations. *J. Fam. Issues* 25, 900–932.

L.C., Landivar, 2015. The gender gap in employment hours: do work-hour regulations matter? *Work, Employment & Society*.



Lee, S., McCann, D., Messenger, J., 2007. Working Time Around the World. Trends in Working Hours, Laws and Policies in a Global Comparative Perspective. Inter- national Labour Office, Geneva.

Leschke, J., Jepsen, M., 2011. The Economic Crisis – Challenge or Opportunity for Gender Equality in Social Policy outcomes? A Comparison of Denmark, Germany and the UK. European Trade Unions Institute, Brussels.

Lewis, J., Campbell, M., Huerta, C., 2008. Patterns of paid and unpaid work in Western Europe: gender, commodification, preferences and the implications for policy. *J. Eur. Soc. Policy* 18, 21–37.

MacDonald, R., 2004. How protective is the working time directive? *BMJ (Clin. Res. Ed. )* 329, 301–302.

Maume, D., Bellas, M., 2001. The overworked American or the time bind?: Asses- sing competing explanations for time spent in paid labor. *Am. Behav. Sci.* 44, 1137–1156.

Périver-Timbeau, H., 2014. Men and women during the economic crisis employment trends in eight european countries. *Rev. De. l’OFCE* 2014, 41–84.

Pfau-Effinger, B., 2004. Socio-historical paths of the male breadwinner model – an explanation of cross-national differences. *Br. J. Sociol.* 55, 377–399.

Pfau-Effinger, B., 2005. Welfare state policies and the development of care arrangements. *Eur. Soc.* 7, 321–347.

Philp, B., Wheatley, D., 2011. Time use, exploitation, and the dual-career household: competing perspectives. *Am. J. Econ. Sociol.* 70, 587–614.

Plantenga, J., Remery, C., 2010. Flexible working time arrangements and gender equality, A Comparative Review of 30 European Countries, Luxembourg. European Commission, (Publications Office of the European Union).

Pollert, A., 2005. The unorganised worker: the decline in collectivism and new hurdles to individual employment rights. *Ind. Law J.* 34, 217–238.

Pollert, A., Charlwood, A., 2009. The vulnerable worker in Britain and problems at work. *Work, Employ. Soc.* 23, 343–362.

Robert, G., et al., 2014. From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health. *Eur. J. Public Health* 24, 404–409.

Stier, H., Lewin-Epstein, N., 2003. Time to work: a comparative analysis of preferences for working hours. *Work Occup.* 30 (3), 302–326.

Strazdins, L., et al., 2016. Not all hours are equal: could time be a social determinant of health? *Sociol. Health Ill.* 38, 21–42.

Thévenon, O., 2011. Family policies in OECD countries: a comparative analysis.

*Popul. Dev. Rev.* 37, 57–87.

Virtanen, M., et al., 2008. Long working hours and cognitive function: the Whitehall II study. *Am. J. Epidemiol.* 169 (5), 596–605.

Virtanen, M., Heikkilä, K., et al., 2012. Long working hours and coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Epidemiol.* 176 (7), 586–596.

Virtanen, M., Stansfeld, S., et al., 2012. Overtime work as a predictor of major depressive episode: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *PLoS One*, 7.

## Altres productes de recerca relacionats amb la tesi

Comunicacions a congressos dels articles que formen part de la tesi

Cortès I, Artazcoz L, Escriba-Aguir V, Cascant L. Incertidumbre en el empleo y salud mental, ¿dependen del genero y tipo de convivencia?. Congreso de la Sociedad Española de Epidemiología-Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Madrid, 2011.

Cortès-Franch I, Vargas-Leguas H, Sánchez E, Artazcoz L. Una buena salud mental necesita un buen trabajo. XXXIV Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Sevilla 2016.

Artazcoz L, Cortès I, Escribà-Agüir V, López M, Benavides FG. Largas jornadas de trabajo, calidad del empleo y salud en Europa en tiempos de crisis. XXXV Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona 2017.

## Altres activitats de recerca relacionades amb el tema de la tesi

Puig-Barrachina, V., Giró, P., Artazcoz, L., Bartoll, X., Cortés-Franch, I., Fernández, A., ... & Borrell, C. (2019). The impact of Active Labour Market Policies on health outcomes: a Scoping review. *European journal of public health*.

González P, Puig-Barrachina V, Cortès-Franch, Bartoll X, Artazcoz L, Malmusi D, Clotet E, Daban F, Díez E, Cardona A, Borrell C. Social and material determinants of health in participants in an active labor market program in Barcelona. *Archives of Public Health*. 2018;76(1):65.

González P, Puig-Barrachina V, Díez E, Daban F, Clotet E, Bartoll X, Cortès I, Malmusi D, Borrell C. Programa de inserción laboral “Treball als barris”: análisis del estado de salud percibida y mental de sus participantes. XXXV Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona 2017.

Novoa, A. M., Pérez, G., Espelt, A., Echave, C., de Olalla, P. G., Calvo, M. J., ... & Cortés, I. The Experience of Implementing Urban HEART Barcelona: a Tool for Action. *Journal of Urban Health*, 2017;1-15.

Puig-Barrachina V, Ruiz ME, García-Calvente MM, Malmusi D, Sánchez E, Camprubí LI, Muntaner C, Cortès-Franch I, Artazcoz L, Borrell C. How to Resist Austerity: the Case of the Gender Budgeting Strategy in Andalusia. *Gender, Work & Organization*. 2017;24.1:34-55.

Sánchez E, Cortès-Franch I, Bartoll X, Benach J, Artazcoz L. Part-time employment, health and gender in Europe: a systematic review. Submitted. (Direcció de la tesina del màster de salut pública de la UPF).

Puig-Barrachina V, Malmusi D, Artazcoz L, Bartoll X, Clotet E, Cortès-Franch I, Ventura L, Daban L, Díez E, Borrell a,C. How does a targeted active labour market program impact on the quality of life of the unemployed? A Concept Mapping study on “Work in the Community”. Submitted.

Artazcoz L, Cortès I, Benavides FG, Escribà-Agüir V, Bartoll X, Vargas H, Borrell C. Long working hours and health in Europe: Gender and welfare state differences in a context of economic crisis. *Health & Place*. 2016;40:161-8.

Sánchez E, Cortès-Franch E, Bartoll X, Benach J, Artazcoz L. Empleo a tiempo parcial, salud y género en europa: una revisión sistemàtica. XXXIV Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Sevilla 2016.

Vanessa Puig-Barrachina, Davide Malmusi, María Salvador-Piedrafita, Xavier Bartoll, Imma Cortès, Èlia Díez, Ferran Daban, Lorena Ventura, Eva Clotet, Carme Borrell. Efectos en salud y calidad de vida del programa de inserción laboral Treball als Barris. XXXIV Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Sevilla 2016.

Cortès-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1:1-6.

Bartoll X, Cortès I, Artazcoz L. Full- and part-time work: gender and welfare-type differences in European working conditions, job satisfaction, health status, and psychosocial issues. Scand J Work Environ Health. 2014;40(4):370-9. (Direcció de la tesina del master de salut pública de la UPF).

Artazcoz L, Cortès I, Escribà-Agüir V, Bartoll X, Basart H, Borrell C. Long working hours and health status among employees in Europe: between-country differences. Scand J Work Environ Health. 2013; 39:369–78.

Basart H, Cortès I. Diferencias en las condiciones de trabajo y salud entre la población ocupada autónoma y asalariada de Catalunya. XXII Diada de la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball. Barcelona, 2012. (Direcció de la tesina del máster de salut laboral de la UPF).