

La mediación de los regímenes de Bienestar sobre las condiciones de trabajo, empleo y salud en la población asalariada europea.

Jordi Merino i Noé¹

Fecha de recepción: septiembre de 2017 / Fecha de aceptación: diciembre de 2017

Resumen en español. En el presente artículo se propone una confluencia en un mismo modelo multinivel de algunos ámbitos propuestos por diferentes autores en el debate sobre los diferentes modelos de bienestar y condiciones de empleo como determinantes sociales de la salud en Europa.

A partir de los resultados de la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo se advirtió de la preeminencia de las condiciones de empleo, de la influencia de las variaciones de la tasa de paro, gasto social y umbral de pobreza sobre el estado de salud percibido apreciándose diferencias significativas según regímenes, denotando algunos factores de riesgo en los modelos Meridional y de Europa del Este para ambos sexos y en el anglosajón para mujeres. Las características de los diferentes regímenes podrían tener una función mediadora del estado de salud de la población asalariada europea.

Palabras clave: Estado de bienestar; Condiciones de trabajo; Estado de salud percibido; Modelos multinivel; Determinantes sociales de la salud

[en] The effects of working and employment conditions on the health status among the salaried population. An approaching according to Welfare Regimes in Europe.

Abstract. This article brings in a proposal of confluence in one multilevel model of some studies proposed by different authors in the debate about different welfare models and conditions of employment as social determinants of health in Europe. Beginning with the results of the V European Working Conditions Survey, the primacy of working conditions, influence of the unemployment rate variation, social expenses and poverty threshold were noticed as associated factors with the perceived health state. Also, a considerable difference was seen depending on the regimes, indicating risk factors in the Mediterranean and Eastern Europe models for both sexes and in the Anglo-Saxon model for women. The characteristics of different regimes could have a mediating function of health state of the working population in Europe.

Keywords: Social Welfare; Working Conditions; Self-perceived-health; Multilevel modeling; social determinants of health.

Clasificaciones JEL: I38 Política pública; Provisión y efectos de los programas de bienestar. D63 Equidad, justicia, desigualdad y otros criterios normativos y de medida. J81 Condiciones de trabajo. J21 Mano de obra y empleo: dimensión y estructura.

1. Introducción

Hace ya algunos años existe un interés creciente sobre como los escenarios de incertidumbre, trabajar en unas condiciones de eventualidad y cómo el tipo de contrato en tanto de condiciones de empleo fruto de las nuevas normas de ocupación, pueden tener alguna incidencia sobre la salud de la población asalariada; igual que tienen las condiciones de trabajo, de cómo el trabajo se realiza, y que se ha observado hace ya tiempo.

Además del efecto que estas condiciones laborales asociadas con otros ámbitos extralaborales a nivel individual puedan tener sobre la salud, hay otros elementos que pueden interactuar e intermediar en la relación y el efecto, como puede ser el Estado de Bienestar que está considerado como uno de los determinantes de la salud y de las desigualdades en salud más notables a nivel macro.

La experiencia europea ha ido construyendo diferentes modelos de Estados de Bienestar aportando diferentes sistemas de protección y

¹ Máster Europeo en Trabajo y Política Social, profesor asociado de Sociología, *Universitat de Girona*. jordi.merino@udg.edu

de desmercantilización, de contextos normativos de derechos y oportunidades, ámbitos relacionales entre el Estado, los agentes económicos y sociales... Así pues, el efecto sobre la salud no será el mismo según tipo de Estado de Bienestar que se haya desarrollado en cada Estado Nación. Por tanto, se plantean como objetivos en este estudio apreciar como el Estado de Bienestar puede intervenir en la relación entre las condiciones de empleo y trabajo con la salud, y cómo los diferentes regímenes de bienestar, a tenor que son sistemas de provisión global del bienestar y de normas sociales de ocupación, pueden explicar algunas diferencias a nivel europeo.

En este artículo se recogen las diferentes aportaciones de autores que en los últimos años han observado el efecto de estas condiciones sobre el estado de salud percibido de la población asalariada europea y las intenta sintetizar en un único modelo diferenciado por sexo y modelos de regímenes de bienestar.

Por un lado, se han considerado de forma conjunta las dimensiones individuales de las condiciones de trabajo a partir de los factores de riesgo psicosocial —que básicamente son las condiciones, entornos y relaciones sociales donde se realiza—, las dimensiones de las condiciones de empleo —que son las circunstancias cómo los trabajadores son ocupados— y las exigencias de la doble presencia con el trabajo de la reproducción para considerar la doble presencia. Por otro lado, se han incluido algunas características contextuales de los cambios en el mercado de trabajo y de políticas de bienestar de los diferentes países de la Unión Europea (UE).

De este modo, se ha intentado englobar las diferentes dimensiones más estudiadas recientemente, casi siempre de forma segmentada, así como apreciar los efectos que tienen sobre la salud de la población trabajadora europea a partir de una clasificación de países según modelos teóricos de bienestar y género, ya que el estado de bienestar está considerado como uno de los macrodeterminantes sociales más significativos. Así pues, la contribución de este trabajo facilita un abordaje práctico a la visualización de las diferencias entre países a través de modelos multinivel donde se consideran factores individuales y variables contextuales de cada país según géneros a partir de las encuestas de condiciones de trabajo. Los resultados facilitan una robustez empírica ya apuntada por autores recientemente a nivel teórico.

Además de esta aportación a través de modelos multinivel, este artículo se suma al debate sobre la preeminencia de las peores condiciones de empleo sobre la salud en un contexto de crisis socioeconómica y de transformaciones en las normas sociales de ocupación en Europa, donde parte de las disimilitudes entre países se podrían explicar también por las diferencias entre los regímenes de bienestar existentes.

2. Condiciones de trabajo y empleo, estado de bienestar y salud en Europa

Los efectos de las peores y deficientes condiciones de trabajo y su relación con la salud son objeto de estudio desde hace décadas. Pero es a partir de los años noventa cuando se incrementaron las publicaciones que ponen de manifiesto esa relación con la mala salud y con diferentes trastornos de la misma, junto a otros factores (Benach y Muntaner, 2010a; Benach, Muntaner, Solar, Santana y Quinlan, 2010). Las evidencias continuadas de esas investigaciones han facilitado que las condiciones de trabajo hayan pasado a ser consideradas también como determinantes sociales de la salud y entendidas como el resultado de una aplicación desigual de las políticas públicas, de una distribución diferenciada de recursos y oportunidades relacionada con la estructura social, y de las condiciones de vida y las inequidades sociales que se concentran en grupos de población y territorios (Benach y Borrell, 2014; Siegrist, 2011). Los estudios realizados han puesto de relieve dimensiones y argumentos que agentes sociales, organizaciones sindicales e instituciones internacionales manifestaban y demandaban para normativizar y regular las formas cómo se ejecutaba el trabajo, para preservar la seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras (Benach, Tarafa y Recio, 2014; EUROFOUND, 2012).

Las condiciones de empleo, que básicamente precisan cómo está ocupada la población, junto a las condiciones de trabajo, también son el resultado de una distribución desigual del poder y de las relaciones entre los agentes sociales y económicos con los estados nación, que establecen un marco legal y social de ocupación, de participación y de provisión global del bienestar (Adelantado y Gomà, 2000; Hall y Soskice, 2001).

A pesar de la intención de la UE de establecer marcos comunes en un proceso de europeización en diferentes ámbitos de las políticas económicas y sociales, de marcos de relaciones laborales y sobre el mercado de trabajo, existe una heterogeneidad considerable entre países y regiones, fruto de procesos históricos y culturales diferenciados que han conformado una variedad de realidades de cómo se estructura y organiza el capitalismo en las sociedades avanzadas europeas (Esping-Andersen, 1985, 2000; Köhler, 1999; Martín Artiles, 2003).

A nivel teórico, se ha intentado describir esas variedades a partir de modelos neocorporativistas (Almond y González Menéndez, 2006) y también a partir de una clasificación de regímenes de bienestar (Esping-Andersen, 1990). Se habla de regímenes y no de modelos, porque sistematizan un entramado de relaciones entre el capital-trabajo en un sistema normativo donde el estado nacional tiene un rol interviniente ante el mercado, con diferentes grados de desmercantilización y tipos de protección social donde desarrolla una cartera de servicios y prestaciones, y define unas condiciones de acceso a recursos y oportunidades. Pero también, más allá de la gestión del mercado y la protección, esas relaciones definen un sistema de estratificación social donde la familia y el ámbito comunitario tienen un papel específico (Bambra, 2006, 2007; Espina, 2002; Esping-Andersen, 1990; Ferrera, 1996).

Además de las condiciones de trabajo y empleo, todos estos ámbitos también interactúan e intermedian en la relación y el efecto sobre la salud. Por este motivo, el Estado de Bienestar puede ser considerado igualmente como uno de los determinantes de la salud y de las desigualdades en salud más importantes a nivel macro (Artazcoz, 2005; Bambra *et al.*, 2014; Benach y Muntaner, 2010b; Benach *et al.*, 2010).

Pero su efecto sobre la salud no es el mismo, como aprecian las aportaciones de diferentes estudios comparativos (Bambra y Eikemo, 2009; Bambra, 2007; Chung y Muntaner, 2007; Dragano, Siegrist y Wahrendorf, 2011; Eikemo, *et al.*, 2008), ya que se han desarrollado niveles de protección y desmercantilización diferentes, y por tanto su efecto macro puede depender del tipo de implementación y características de las políticas educativas, sanitarias, ocupacionales, de protección social, de combate contra la pobreza... así como de los derechos de acceso y de las coberturas que se

desarrollan en cada región y estado nacional (Bambra, 2011a, 2011b).

Existen diferentes clasificaciones de regímenes de bienestar. La más aceptada y utilizada recientemente en estudios de sociología de la salud y en epidemiología social para analizar y observar las influencias que los diferentes regímenes podrían tener sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población asalariada es la que define Bambra con el régimen anglosajón, el bismarquiano, el escandinavo, el sureño² y el de Europa del Este (Bambra, 2011a; Bambra *et al.*, 2014), siguiendo orientaciones anteriores de la sociología del bienestar, desarrollada a partir de los años 90 por autores como Esping-Andersen (1996; 1990) y Ferrera (1996)³.

Esta clasificación considera el grado de protección ante los riesgos que genera el mercado, el tipo de prestaciones, coberturas y accesos —considerando así la solidaridad y el tipo de estratificación de cada régimen—, y facilita una descripción del rol familiar y de la representación de los trabajadores y trabajadoras.

De forma muy resumida, a nivel teórico, el capitalismo de bienestar del régimen anglosajón se basó en una concepción liberal en la que los ciudadanos y ciudadanas tenían que ser autosuficientes y el Estado interfería solo en los peores casos y desajustes del mercado, mediante el asistencialismo, con una inversión mínima en la que tenía un gran peso el sector privado. La concepción del bismarquiano era de un grado mayor de intervencionismo, donde se apostó por los vínculos familiares y se mantuvieron las desigualdades de clase y el estatus en sus sistemas de seguridad social, con una cartera de servicios de tipo corporativista, reforzado por grandes sindicatos. El universalismo, la igualdad de oportunidades y los derechos sociales reconocidos fueron los principios reguladores y pilares en los que se basó el régimen escandinavo, desde una

² Se mantiene solo en la descripción de la tipología la mención de la autora en relación al régimen sureño; que engloba los países periféricos del Sur. De aquí en adelante se utiliza la concepción de régimen Meridional ya que recoge las dimensiones del modelo familiar, subdesarrollo en comparación en algunas políticas y una mejor clasificación de las diferencias de estos países como suscribe Flaquer (2008).

³ Además de esta denominación, existen otras acepciones en sociología y ciencia política, dependiendo de la tradición teórica, del país y de los autores de referencia (Adelantado y Gomà, 2000; Bambra, 2007; Espina, 2002; Ferrera, 1996; Flaquer, 2008; Navarro, 2002, 2009).

proyección socialdemócrata y mantenidos con una alta presión impositiva. Este régimen, apostó por mantener una diversidad de programas públicos y de redistribución de rentas desde un alto grado de desmercantilización y de reducción de los riesgos. En el régimen meridional se clasificó a aquellos países que presentaban algunas características comunes, como subdesarrollo o atraso en comparación a los anteriores, menor inversión en gasto social público, tasas de cobertura y prestaciones bajas en comparación con la media de Europa, junto a un gran peso de la institución familiar en la provisión de bienes y servicios, reforzado por un fuerte sistema de valores relacionados con la familia como institución. Además, presentaban un alto grado de fragmentación interna y desigualdades territoriales considerables. El último régimen, el de la Europa del Este, englobaba a diversos países que se hallaban en transición, ya que algunos estaban experimentado cambios importantes desde la idea universal hacia una concepción más liberal, otros intentaban copiar los modelos europeos para poder integrarse en la UE, y otros aún mantenían algún peso y características de países excomunistas; por tanto, se trataba de un modelo con una gran heterogeneidad (Adelantado y Gomà, 2000; Bambra, 2007; Espina, 2002; Ferrera, 1996; Flaquer, 2008; Navarro, 2002, 2009).

Observar las diferencias entre modelos y las políticas que se han implementado en cada país ha sido un tema de interés constante de diferentes disciplinas. La tendencia desde las ciencias de la salud ha sido la pregunta de por qué algunos regímenes de bienestar parecen ser un amortiguador ante los efectos más negativos hacia la salud, así como cuáles han sido las respuestas ante la crisis socioeconómica que empezó a manifestarse a partir del año 2008, con consecuencias considerables en los mercados de trabajo y, por ende, sobre la salud (Benach *et al.*, 2014; Legido-Quigley *et al.*, 2016; Stuckler y Basu, 2013; Tapia, 2014)⁴.

3. Nuevas líneas de investigación y estudios comparativos recientes en la UE

A partir del año 2010 se han ido incrementando los estudios que han centrado su atención de forma conjunta en las condiciones de empleo y trabajo —que, tradicionalmente, se han observado de forma aislada, o concretamente solo en algún país (Siegrist, 2011) junto a otras dimensiones, como por ejemplo son las características sociodemográficas, el nivel de estudios, la tipología empresarial (Kim *et al.*, 2012)... También se han ido sumando estudios que asocian estos factores segregados por regímenes de bienestar situándose en el centro de los debates contemporáneos en las economías capitalistas en la denominada económica política de la salud (Bambra y Eikemo, 2009; Bambra *et al.*, 2014; Eikemo *et al.*, 2008; Muntaner *et al.*, 2011). A pesar de este aumento, pocos incorporan la óptica comparativa de regímenes de bienestar y de género, y han optado por centrarse en algún estado nacional de la UE, o han abordado una dimensión concreta para comparar entre regímenes (Campos-Serna *et al.*, 2013).

Estas líneas de investigación van aportando resultados empíricos al bagaje teórico previo⁵, que apuntaba que condiciones de trabajo peores y el modo cómo la población era empleada eran un factor de riesgo para la salud, y por tanto un determinante social de la salud en un mercado cada vez más globalizado, con importantes desigualdades de género (Borrell, Muntaner, Benachet *et al.*, 2004; Muntaner *et al.*, 2011)

Grosso modo, los resultados de estos estudios aprecian que existen asociaciones significativas de estar en paro con un incremento del riesgo de morbilidad, explicadas en parte por los niveles de protección diferentes según países (Eikemo *et al.*, 2008) when individual and regional variation was accounted for, by undertaking a multilevel analysis of the European Social Survey (2002 and 2004; que existen asociaciones con las peores condiciones de trabajo en población inmigrante, también determinada por el acceso a derechos y servicios (Ronda-Pérez *et al.*, 2012), que hay algunas relaciones solo con algunos factores

⁴ Al mismo tiempo hay otro debate más amplio en la ciencia política, sociología y ciencias económicas sobre si la situación de recesión económica iniciada el año 2007 ha transformado los modelos de bienestar europeos o ha acentuado cambios que se remontan a años anteriores (Cerami, 2008; De Paz Nieves, 2013; Girón, 2015; Moreno Fernández, 2012) si solo han propiciado cambios en algún país concreto (Bandrés, 2012; Laparra *et al.*, 2012), o incluso si el debate hay que trasladarlo a otros continentes como América Latina (Draibe y Riesgo, 2009).

⁵ Al mismo tiempo han facilitado la contrastación y mejora de diferentes herramientas analíticas y tipos de cuestionarios para medir las condiciones de trabajo y otras dimensiones de la medida del empleo precario.

de riesgo en estudios que han intentado dar respuesta a si los países escandinavos, al ser más proteccionistas, preservan mejor la salud que otros de ideologías más liberales, según sexo, edad y nivel de estudios (Dragano *et al.*, 2011), así como que el trabajo precario en regímenes menos proteccionistas se ha asociado al mal estado de salud ya diversos trastornos de la misma (Amable, 2006)⁶.

Las recomendaciones por parte de los diferentes autores en este campo emergente apuntan a la necesidad de analizar las dimensiones con las que el empleo y el estado de salud percibido pueden estar interrelacionados, suscribiendo la importancia de incorporar la óptica de la economía política de la salud y Estados de bienestar para entender el tipo de políticas sociales y de salud que se implementan y qué causalidad tienen con el mantenimiento o incremento de las desigualdades sociales en salud (Bambra *et al.*, 2014; Kim *et al.*, 2012; Vicente Navarro *et al.*, 2007).

Estas sugerencias destacan la necesidad de disponer de una mayor claridad conceptual para revelar cómo los procesos macroeconómicos, la función del Estado de bienestar y sus diferencias actúan —o pueden actuar— como mediador, y cómo las condiciones de empleo y las vidas laborales inciden en la salud de la población asalariada. Y, cómo no, poder disponer de métodos más rigurosos para medir la relación de los factores contextuales e individuales con la salud (Bambra, 2011a, p. 23; Benach y Muntaner, 2010b; Benach *et al.*, 2014; Chung y Muntaner, 2007; Espelt *et al.*, 2008; Kim *et al.*, 2012; Muntaner *et al.*, 2011)⁷.

4. Objetivos y preguntas de investigación

Los objetivos que se proponen en este artículo son apreciar el efecto de las condiciones de trabajo y empleo sobre el estado de salud en la población asalariada y cómo esta relación puede estar condicionada por las diferencias en los regímenes de bienestar europeos, a tenor de sus diferencias en los sistemas de provisión

global del bienestar y normas sociales de ocupación.

A partir del bagaje teórico, empírico y estado de la cuestión se plantean diferentes hipótesis de investigación:

1. En un modelo donde se consideran de forma conjunta las condiciones de empleo y las del entorno psicosocial del trabajo, las exigencias de la doble presencia con el trabajo de la reproducción, y considerando como variables contextuales el mercado de trabajo y la protección social en los países de la UE, las peores condiciones de empleo se asociarían con el mal estado de salud de la población asalariada a nivel individual.
2. Además de las características individuales, algunas características del mercado de trabajo y del tipo de protección social como elementos contextuales, pueden ayudar a vislumbrar esas desigualdades en salud a nivel macro sobre la dimensión individual del estado de salud percibido.
3. La tercera e hipótesis principal de este trabajo, es si el Estado de bienestar puede ser un mediador del efecto de las condiciones de empleo y de trabajo sobre el estado de salud según los diferentes regímenes europeos de bienestar. Las diferencias entre países europeos podrían ser explicadas por la diversidad y disimilitudes en los sistemas globales de bienestar y en las normas sociales de ocupación que se han ido conformando y, por tanto, por los diferentes modelos. Así pues, se entendería que en aquellos regímenes donde la protección social y la precariedad fuera mayor, se apreciaría un peor estado de salud, mientras que en aquellos más proteccionistas su efecto no sería tan visible o estaría más mediatizado.

5. Abordaje metodológico

5.1. Población de estudio: Se analizaron las respuestas de los 16.099 asalariados y 14.045 asalariadas pertenecientes a los 27 países miembros de la Unión Europea (EU) que contestaron todos los ítems de la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (EWCS) del año 2010. La EWCS es un sondeo que de forma quinquenal elabora la Fundación Europea de Condiciones de Trabajo y Salud (EUROFOUND).

⁶ Solo se citan algunas investigaciones más relevantes de los últimos años.

⁷ Estas fueron las conclusiones a las que se llegó a partir de las revisiones críticas de autores de los últimos años y de una exploración avanzada de artículos y estudios en la *Web of Science Core Collection*, donde se escogieron los artículos que se referencian en el texto. No se adjunta el diagrama de flujo en este artículo.

5.2. Variables del estudio: El estado de salud percibido fue la variable dependiente. Se recogió directamente en el cuestionario y se dividió entre estado de salud bueno y no bueno, siguiendo los criterios e indicaciones de diferentes autores (Bambra *et al.*, 2014; Moncada *et al.*, 2014; Siegrist, 2011).

Las variables de las condiciones de empleo se construyeron a partir de la forma en que la población asalariada era ocupada. El tipo de contrato se dividió en indefinido, temporal, vía una empresa de trabajo temporal, contrato de aprendizaje o formación y trabajo sin contrato. También se consideró el trabajo a tiempo parcial, que se midió a partir de trabajar con jornadas inferiores a 35 horas semanales, para poder homogeneizar las jornadas laborales de los diferentes países. Se añadió también la dimensión de la inseguridad en el trabajo a partir del valor “muy de acuerdo” en perder el trabajo en los próximos seis meses⁸.

En relación con las condiciones de trabajo, solo se consideraron los factores de riesgo psicosocial del trabajo y no otras dimensiones o factores de riesgo ergonómicos, físicos o químicos⁹. Para la elaboración de estos factores se

siguieron las indicaciones de los modelos teóricos de demanda-control-apoyo y el modelo de desequilibrios entre esfuerzos y recompensas, que son dos de los modelos más aceptados. Se emplearon las herramientas analíticas descritas en el cuestionario CoPsoQ-Istas 21 para su construcción (Karasek y Theorell, 1999; Salanova y Schaufeli, 2002; Siegrist, 2011) y siempre a partir de las posibilidades que ofrecía la EWCS, procurando que los factores fueran lo más adecuados posible a las recomendaciones de los diferentes autores (Moncada *et al.*, 2014; Navarro, LLorens, Kristensen y Moncada, 2005).

Las variables de doble presencia con el trabajo reproductivo se apreciaron a partir de la realización de tres exigencias doméstico-familiares que se recogían en el cuestionario: la realización de tareas de atención y cuidado de hijos/as o nietos/as, de tareas domésticas y de cocina, y de tareas de cuidado de familiares ascendientes o con alguna discapacidad. Asimismo, se consideraron las variables demográficas de edad, sexo y país donde se trabaja.

Estas fueron las variables de tipo individual. Las variables contextuales de segundo nivel se construyeron de forma sexuada según los diferentes indicadores que facilitaba la Oficina de Estadística de la EU (Eurostat) para el año de referencia. Se escogieron variables que facilitaban información sobre el mercado de trabajo, la protección social y la pobreza de la población asalariada para medir los diferentes regímenes de bienestar europeos¹⁰.

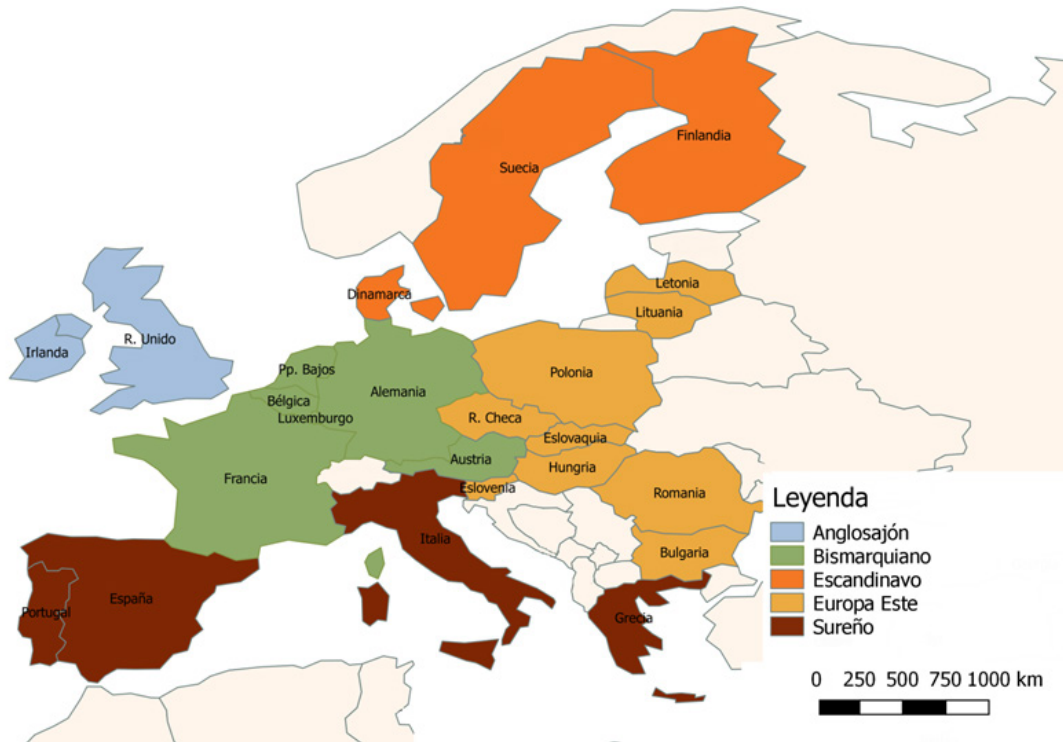
Se creó un primer grupo de variables donde se incluyó la tasa de paro del último trimestre del año 2010 y la tasa de paro de larga duración, categorizada en valores. También se incluyó la variación de la tasa de paro entre el 2005 y el 2010. En el segundo grupo se incorporaron dos variables, siendo la primera el gasto en protección social estandarizado en unidades de poder de compra por habitante (upc) y la segunda fue el porcentaje de población asalariada que se encontraba por debajo del umbral de pobreza.

⁸ Analizar la temporalidad y la inseguridad suponen considerar otros factores y dimensiones que faciliten medir la heterogeneidad y complejidad de estas dimensiones y así poder ver en un marco interpretativo la influencia que pueden tener como determinante de la salud a nivel macrosocial, microsocioal o intersubjetivo tal y como suscriben Amable (2006, p. 124—125), Marsi (2011, p.139) y Cano (2007, p.118). En este estudio las condiciones de empleo, y en particular la temporalidad e inseguridad laboral se han construido solo a partir de las posibilidades que ofrecía la EWCS y por tanto no recogen la dimensión de ausencia de seguridad relativa al contrato laboral, derechos vinculados al trabajo y sus ingresos futuros ni su influencia sobre otras relaciones sociales que los autores mencionados consideran relevantes a nivel conceptual e interpretativo.

⁹ Los factores de riesgo del ambiente psicosocial laboral han sido considerados como riesgos emergentes desde hace una década, aunque eran riesgos que ya existían y hay una aproximación a este entorno hace décadas (Goudswaard, 2002). A pesar de que solo se le dedica un espacio en nota al pie, cabe mencionar que el entorno psicosocial del trabajo básicamente hace referencia a la organización social, contexto, procesos de toma de decisión y comunicación, contenido y sistemas de producción determinados en los que se produce el trabajo. Dependiendo de cómo sea éste entorno puede ser que algunas dimensiones pasen a ser factores de riesgo o protectores, por lo cual pueden afectar de forma negativa o positiva la salud de los trabajadores/as a través de mecanismos psicológicos o fisiológicos (Kristensen, 2007). Abordar cómo influyen estos factores en la salud, cómo plantearlos a nivel teórico y sobre todo a nivel metodológico para aproximarse y medir esta realidad social está centrando el interés en la epidemiología social y la sociología desde hace años (Moncada *et al.*, 2014; Siegrist, 2011)

¹⁰ Se escogieron estas variables para evidenciar las diferencias según regímenes de Bienestar e intentando seguir la propuesta de rendimientos económicos y de rendimientos del trabajo propuesto por Sapir *et al.*, (2005), así como alguna dimensión que recogiera la dimensión de tendencia y cambios a tenor de la crisis iniciada a partir del año 2007 con notables consecuencias sobre los mercados de trabajo (Merino, 2016).

Figura 1. Clasificación de los regímenes de bienestar europeos



Fuente: Elaboración propia a partir de Bamba *et al.* (2011).

Para la clasificación según regímenes de bienestar se aplicó la propuesta y denominación de Bamba *et al.* (Bamba, 2007; Eikemo *et al.*, 2008) to date there has been an over-reliance on Esping-Andersen's The three worlds of welfare capitalism typology (1990, desarrollada a partir de la tipología de Ferrera (1996), aunque para los países del Sur de Europa se empleó la acepción Meridional para resaltar los rasgos comunes de esos países. Noruega fue excluida del análisis por no formar parte de la UE. Letonia y Lituania se incorporaron al conglomerado de países del Este.

5.3 Fases y método: La muestra se ponderó según criterios de mercado de trabajo de la Encuesta de la Fuerza de Trabajo de la EU y según criterios territoriales y demográficos para garantizar una mayor similitud con las características de cada país.

Para dar respuesta a las dos primeras preguntas de investigación, se elaboraron modelos mixtos categóricos para variables de respuesta de tipo cualitativa, denominados modelos de regresión logística multinivel (MLR), a través del método de cuasiverosimilitud, para obtener los parámetros fijos de las oportunidades

relativas asociadas (ORA)¹¹ y apreciar así los efectos de las variables individuales y contextuales. Se procedió a una estrategia de modelización a partir del modelo nulo, centrada en la incorporación de factores y dimensiones explicados en el apartado anterior y recogidos en la Tabla 1, dónde el modelo final incluyó todas las variables individuales y contextuales considerando la edad como variable de ajuste¹². El primer nivel del modelo fue la información de tipo individual del asalariado o asalariada, y la agrupación del segundo nivel fue el tipo de régimen de bienestar al que pertenecía el país de cada individuo.

¹¹ La ORA es una medida de probabilidad que se utiliza en modelos de regresión logística para comparar la influencia y asociación de una serie de variables independientes sobre un fenómeno. Tiene diferentes lecturas, pero en este estudio se ha utilizado la que señala la cantidad de veces que el hecho pueda pasar, para entenderlo más gráfica y sencillamente.

¹² En otro artículo publicado en la revista metodológica de ciencias sociales *Empiria* (Merino, 2017) it could also be used in models with categorical outcomes. The Multilevel logistic regression (MLR se detalla de forma concreta las potencialidades de los modelos multinivel para apreciar los efectos contextuales e individuales en un mismo modelo de manera inferencial.

Tabla 1. Relación de las variables incorporadas al análisis, según nivel jerárquico

Tipos de variables		Variables incorporadas al análisis	
Variable dependiente		Estado de salud	
Variables independientes	Nivel jerárquico 1 Características individuales	Sociodemográficas	Edad (variable continua)
			Sexo (hombre, mujer)
		Condiciones de empleo	Tipo de contrato (fijo, temporal, vía ETT, aprendizaje, sin contrato)
			Inseguridad en el trabajo
			Tiempo parcial (<35 horas)
		Condiciones de trabajo (entorno psicosocial del trabajo)	Ex.: Psicológicas (cuantitativas y cognitivas altas)
			Control del trabajo (falta de previsión, control del trabajo)
			Apoyo social (de superiores y compañeros/as)
			Recompensas del trabajo
		Doble presencia (exigencias doméstico-familiares)	Sentido del trabajo
	Ex.: Atención y educación de hijos e hijas		
	Ex.: Atención del hogar y cocinar		
	Nivel jerárquico 2 Características contextuales	Indicadores nacionales del mercado de trabajo	Ex.: Personas mayores y dependientes
			Tasa de paro
			Paro de larga duración
		Indicadores nacionales de protección social/pobreza	Variación de la tasa de paro 2005-2010
Gasto en protección social en upc/habitante en 2010			
Población asalariada por debajo del umbral de pobreza			

Fuente: Elaboración propia a partir del modelo analítico.

Para la última pregunta de investigación, además, se calcularon los efectos aleatorios del segundo nivel para obtener el índice de correlación intraclase (ICC) y la mediana de la ORA (MOR)¹³, siguiendo las orientaciones metodológicas de Merlo *et al.* (2010), Heck *et al.* (2012) y Rabe-Heskett y Skrondal (2006) para este tipo de parámetros en modelos con variables de respuesta dicotómicas¹⁴.

Se escogieron los modelos multinivel, porque estos facilitan apreciar de forma conjunta características individuales y los contextos en los que los individuos se relacionan e interac-

ción. Desde este punto de vista, permite englobar en un mismo modelo analítico información de diferentes niveles y apreciar cómo se asocian las diferentes variables y covariables con el fenómeno estudiado, y sobre todo observar la importancia de la clasificación y los grupos en los que los individuos se han agrupado por parte del investigador/a (Heck *et al.*, 2012; Merino, 2016).

Para completar esta pregunta se ajustaron modelos de regresión logística multivariada (LR) para cada agrupación de países. En estos modelos se consideraron todas las variables individuales, para apreciar la oportunidad relativa asociada (ORA) con un intervalo de confianza del 95%, ajustados también por la edad, el sexo y los tipos de ocupación.

6. Resultados

6.1. Asociaciones con el mal estado de salud de las diferentes agrupaciones de variables

En el modelo logístico multinivel, que incorporaba todos los factores de los diferentes ámbitos de estudio, se observaron numerosas aso-

¹³ El ICC es un parámetro que expone básicamente qué porcentaje de la varianza se debe a las diferencias entre los regímenes de bienestar dónde se han agrupado los asalariados/as y las semblanzas entre los individuos. Por otro lado, la MOR compara población con los mismos valores de las características individuales, pero de regímenes diferentes. Así permite gráficamente entender la diferencia entre unos y otros o el riesgo medio si un individuo cambiara de régimen.

¹⁴ Se hace referencia a estos autores por su aportación en la explicación de la varianza en los modelos logísticos multinivel. Al ser la variable respuesta de tipo dicotómica no se puede disponer de la varianza residual en los modelos multinivel. Pero estos autores proponen una serie de ecuaciones que facilita como estimarlos en modelos categóricos. Estas propuestas son muy utilizadas y extendidas en epidemiología social.

ciaciones estadísticamente significativas para ambos sexos, como se observa en la Tabla 2.

En plano individual se apreció que el trabajo de tipo temporal y la inseguridad laboral fueron factores de riesgo para la salud tanto para hombres como mujeres. La ORA más elevada se halló en los contratos de prácticas y aprendizaje entre los hombres.

Todos los factores de riesgo psicosocial se comportaron en la misma dirección que exponen los modelos teóricos: expresar un alto control sobre el contenido del trabajo, realizar tareas complejas que fueran exigencias cognitivas, disponer de apoyo social de compañeros, compañeras y superiores, y tener un sentido del trabajo alto fueron factores protectores para el estado de salud percibido. Por otro lado, las exigencias psicológicas altas, una baja previsibilidad en la organización del trabajo y manifestar bajas recompensas se asociaron de forma positiva con el mal estado de salud.

Las exigencias doméstico-laborales actuaron de forma disímil para asalariados y asalariadas. Para los hombres que tenían tareas de atención a personas mayores o dependientes fueron favorecedoras, mientras que fue todo lo contrario para las mujeres. A nivel global, realizar tareas de atención a hijos e hijas fue protector para las asalariadas.

6.2. Efectos de las variables contextuales sobre el mal estado de salud

Las variables y covariables contextuales también indujeron una asociación con el peor estado de salud percibido. La tasa de paro del año 2010 incidió sobre la salud de forma negativa para los dos sexos. Aun así, la variación de la tasa de paro por encima del 5% en el período 2005-2010 procedió a tener un efecto de protección para asalariados y asalariadas, resultado que era todo lo contrario en el caso de las mujeres, en la variación de 1 a 5%.

Tabla 2. Distribución de la ORA en el análisis logístico multinivel para un intervalo de confianza del 95%, según regímenes de bienestar y el sexo¹⁵

Factores/covariables		Hombres	Mujeres
Intersección constante		0,00(0,00-0,00)	0,01(0,00-0,03)
Edad continua		1,06(1,06-1,07)	1,05(1,04-1,05)
Tipo de contrato	Fijo	1	1
	Temporal	1,25(1,06-1,46)	1,23(1,06-1,44)
	Vía ETT	0,69(0,43-1,11)	1,14 (0,71-1,84)
	Prácticas o aprendizaje	5,01(3,31-7,56)	1,47(0,87-2,49)
	Sin contrato	0,83(0,62-1,10)	1,19(0,91-1,56)
Tiempo parcial (sí)		0,90(0,75-1,07)	0,99(0,89-1,12)
Inseguridad laboral (sí)		1,47(1,20-1,80)	1,57(1,28-1,93)
Ex.: Psicológicas cuantitativas (altas)		1,51(1,37-1,67)	1,64(1,48-1,84)
Ex.: Psicológicas cognitivas (altas)		0,89(0,80-1,00)	0,86(0,77-0,97)
Previsibilidad (baja)		1,36(1,22-1,51)	1,23(1,10-1,37)
Control (alto)		0,87(0,78-0,96)	0,79(0,71-0,88)
Apoyo social (alto)		0,84(0,75-0,94)	0,86(0,76-0,96)
Sentimiento del trabajo (alto)		0,76(0,68-0,85)	0,76(0,68-0,85)
Recompensas (bajas)		1,84(1,67-2,03)	1,86(1,66-2,07)
Ex.: Atención de hijos/as (sí)		1,05(0,94-1,22)	0,89(0,79-0,99)
Ex.: Mantenimiento del hogar y cocinar (sí)		1,00(0,89-1,12)	1,07(0,93-1,23)
Ex.: Atención de mayores y/o dependientes(sí)		0,70(0,51-0,99)	1,45(1,18-1,78)
Tasa de paro en 2010		1,13(1,03-1,24)	1,05(1,00-1,11)
Variación de la tasa de paro 2005-2010	>0%	1	1
	0,1%-5%	1,06(0,87-1,29)	2,25(1,50-3,37)
	<5,1%	0,29(0,12-0,73)	0,56(0,29-1,01)***

¹⁵ No se adjunta en este artículo el modelo secuencial de la influencia de cada agrupación de variables. Se facilita tan solo en modelo final utilizado.

Factores/covariables		Hombres	Mujeres
Paro de larga duración	>2,5%	1	1
	2,51%-5%	0,61(0,44-0,85)	1,3(0,85-1,49)
	<5,1%	0,39(0,21-0,73)	0,9(0,25-0,93)
Gasto en protección social €/año en 2010	>3,000,00	1	1
	3,000,01-6,000,00	1,37(0,98-1,92)	1,18(0,79-1,75)
	6,000,01-9,000,00	1,07(0,67-1,72)	0,43(0,25-0,72)
	>9,000,01	1,54(0,75-3,16)	0,20(0,0-0,4)
Asalariados/as por debajo del umbral de pobreza en 2010	> 5,00%	1	1
	5,01%-10,00%	1,08(0,79-1,47)	1,27(0,94-1,73)
	>10,01%	0,73(0,53-1,00)**	0,88(0,64-1,21)

Casos incluidos: hombres n= 16.099, mujeres n= 14.045

*En negrita, ORA significativas >0,05%, **significación 0,056

Fuente: Elaboración propia.

La tasa de paro de larga duración también se asoció con el estado de salud de la población asalariada: las categorías con porcentaje por encima de 2,5% en hombres y de 5,1% en mujeres tuvieron un alcance preservador, de mejor estado de salud.

En el caso de las variables de gasto en protección social por habitante, se advirtió en las asalariadas que las categorías de 6.000,01€ a 9.000,00€ y por encima de 9.000,01€ constituían una asociación preventiva. Así pues, una prevalencia de mayor gasto en protección social en upc/año por país ofrecía una función defensora. No se apreciaron asociaciones con el porcentaje de trabajadoras que estaban bajo el umbral de pobreza en las categorías utilizadas, cosa que, sí se observó en trabajadores solo en el caso de porcentajes por encima del 10%, siendo su efecto protector.

6.3 Diferencias entre regímenes de bienestar, diversidad y divergencias

La primera parte de información la ofrecieron los parámetros aleatorios del modelo multinivel, que ayudaron a visualizar las desigualdades entre la población asalariada y los regímenes de bienestar. El ICC subrayó que un 11% de la variancia se podría deber a las disimilitudes entre regímenes de bienestar y asalariados y asalariadas, siendo el índice casi similar para hombres y mujeres.

La MOR mostró ser un buen factor explicativo, con valores de 1,84 para los asalariados y de 1,88 para las asalariadas. Este parámetro interpretativo indicó que esa sería la media de aumento de riesgo de estado de salud no bueno que tendría un individuo de un régimen si cambiara a otro manteniendo las mismas características individuales. Estos parámetros se facilitan en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de los parámetros aleatorios para el modelo de referencia según sexo.

Parámetros	Hombres	Mujeres
Varianza nivel 1	0,41	0,44
Varianza constante (phi cuadrado/3)	3,29	3,29
ICC (<i>threshold method</i>)	11,08%	11,80%
MOR (<i>median oddsratio/ oportunidad relativa</i>)	1,84	1,88

Fuente: Elaboración propia.

La segunda parte de la información para observar la mediación de los Regímenes se distinguió a partir del análisis de regresión logística multivariada, datos que se muestran en la Tabla 4 y en la Tabla 5.

En el caso de los asalariados, la edad fue relevante para todos los tipos de regímenes. En las variables de condiciones de empleo, el disponer de un contrato temporal fue un factor de riesgo en los regímenes

anglosajón y de Europa del Este. También fue un factor de riesgo la inseguridad laboral, pero solo para el régimen meridional. Los contratos de aprendizaje y de prácticas también lo fueron para este régimen, donde se apreciaron las ORA más elevadas, y también en los países del régimen bismarquiano.

En el régimen meridional, trabajar sin contrato se comportó como protector de la salud, a diferencia de los países de régimen anglosajón, donde presentaba una proporción mayor de ser un factor de riesgo. En dicho régimen, el trabajo a tiempo parcial demostró ser beneficioso en hombres y tener una prevalencia de riesgo menor.

Tabla 4. Asociación de la ORA, en el modelo logístico multivariado, con un intervalo de confianza del 95%, con el estado de salud percibido según diferentes modelos clasificados por regímenes de bienestar en hombres.

Factores/covariables		Escandinavo	Bismarquiano	Anglosajón	Meridional	E. del Este
Edad continua		1,02(1,00-1,04)	1,06(1,05-1,07)	2,09(1,17-3,73)	1,07(1,06-1,8)	1,07(1,06-1,08)
Tipo de contrato	Fijo	1	1	1	1	1
	Temporal			1,81(1,03-3,19)		1,48(1,09-2,02)
	Vía ETT					
	Prácticas o aprendizaje		4,00(2,41-6,63)		34,44(12,2—99)**	-
	Sin contrato			1,82(1,04-3,18)	0,51(0,30-0,86)	
Tiempo parcial (sí)				0,52(0,32-0,82)		
Inseguridad laboral (sí)					1,44(0,98-2,13)	1,48(1,02-2,16)
Ex.: Psicológicas cuantitativas (altas)		1,55(0,99-2,4)***	1,55(1,31-1,82)		1,52(1,24-1,85)	1,32(1,06-1,65)
Ex.: Psicológicas cognitivas (bajas)				0,59(0,39-0,92)		0,72(0,57-0,92)
Previsibilidad (baja)			1,61(1,37-1,90)	2,13(1,50-3,05)		
Control (alto)		0,57(0,36-0,96)		0,54(0,38-0,77)		
Apoyo social (alto)			0,77(0,64-0,92)		0,78(0,63-0,97)	
Sentimiento del trabajo (alto)		0,57(0,36-0,90)	0,69(0,580,82)			0,63(0,49-0,80)
Recompensas (bajas)		1,51(0,99-2,33)	2,23(1,92-2,60)	2,09(0,55-1,13)	1,42(1,21-1,80)	2,03(1,65-2,55)
Ex.: Atención de hijos/as (sí)					1,45(1,1-1,77)	
Ex.: Mantenimiento del hogar y cocinar (sí)				0,69(0,50-0,97)		
Ex.: Atención de mayores y/o dependientes(sí)						
1 Directores y gerentes		1	1	1	1	1
2 Profesionales						
3 Técnicos y profesionales medios						
4 Administrativos			1,91(1,21-2,88)			
5 Trabajadores de servicios						
6 Agricultores y pescadores						
7 Oficiales, operarios y artesanos			2,09(1,48-2,96)	2,79(1,55-5,00)	2,19(1,24-3,87)	
8 Operadores de instalaciones de maquinaria			3,19(2,21-4,61)	3,03(1,57-5,83)	2,15(1,19-3,89)	
9 Ocupaciones elementales			2,34(1,54-3,55)	4,84(2,62-8,9)	2,38(1,29-4,37)	

Casos incluidos, hombres= 16.099

*En blanco: no significativos. ** Hay pocas observaciones en esta categoría en la EWCS 2010. ***significación >0,055

Fuente: Elaboración propia.

Las condiciones de trabajo mostraron su comportamiento similar al de los modelos teóricos, siendo las exigencias psicológicas cuantitativas un factor de riesgo en todos los regímenes, menos en el anglosajón, donde no se apreciaron. También lo fueron reconocer unas recompensas por el trabajo bajas, para todos los grupos de países. Cabe subrayar que tener un control sobre el contenido del trabajo fue protector en los regímenes escandinavo y anglosajón, así como también lo fue tener un apoyo social alto de compañeros, compañeras y superiores en los países agrupados en los modelos bismarquiano y meridional.

Los países integrados en el régimen meridional fueron los únicos donde las exigencias doméstico-laborales del trabajo de la reproducción representaron el riesgo en hombres, particularmente el realizar tareas de atención y cuidado de los hijos e hijas.

Es relevante indicar que, en el caso del ajuste por ocupaciones, las peores situaciones se distinguieron en las ocupaciones de oficiales, operarios, artesanos, operadores de maquinaria y ocupaciones elementales entre los asalariados pertenecientes a los regímenes de bienestar meridional, anglosajón y bismarquiano. En este último también se observó en el caso de los administrativos.

Tabla 5. Asociación de la ORA, en el modelo logístico multivariado, con un intervalo de confianza del 95%, con el estado de salud percibido según diferentes modelos clasificados por regímenes de bienestar en mujeres.

Factores/covariables		Escandinavo	Bismarquiano	Anglosajón	Meridional	E. del Este
Edad continua		1,01(0,99-1,03)	1,05(1,04-1,06)	1,01(1,00-1,03)	1,06(1,05-1,07)	1,06(1,05-1,07)
Tipo de contrato	Fijo	1	1	1	1	1
	Temporal		1,60(1,26-2,03)			
	Vía ETT			2,54(0,98-6,62)		
	Prácticas o aprendizaje					
	Sin contrato		1,97(1,21-3,19)			
Tiempo parcial (sí)				0,64(0,47-0,87)	0,75(0,58-0,96)	
Inseguridad laboral (sí)				1,89(1,14-3,12)	1,64(1,26-2,04)	
Ex.: Psicológicas cuantitativas (altas)			1,71(1,45-2,01)		1,60(1,26-2,02)	1,50(1,24-1,84)
Ex.: Psicológicas cognitivas (altas)				0,63(0,44-0,90)	0,68(0,25-0,89)	
Previsibilidad (baja)			1,29(1,10-1,52)		1,54(1,24-1,96)	
Control (alto)		0,53(0,34-0,81)	0,72(0,61-0,85)			
Apoyo social (alto)				0,69(0,52-0,93)	0,65(0,50-0,85)	
Sentimiento del trabajo (alto)			0,68(0,57-0,81)			
Recompensas (bajas)		1,85(1,19-2,86)	2,57(2,17-3,05)	1,60(1,11-2,16)	1,29(1,01-1,66)	1,14(1,19-1,88)
Ex.: Atención de hijos/as (sí)			0,76(0,64-0,90)			
Ex.: Mantenimiento del hogar y cocinar (sí)			1,26(1,02-1,57)			
Ex.: Atención de mayores y/o dependientes(sí)			1,54(1,09-2,09)		1,58 (1,08-2,31)	
1 Directores y gerentes		1	1	1	1	1
2 Profesionales			2,99(1,65-5,41)	0,50(0,29-0,86)	0,34(0,17-0,68)	
3 Técnicos y profesionales medios			2,08(1,16-3,73)		0,18(0,09-0,37)	
4 Administrativos			1,99(1,11-3,58)		0,18(0,09-0,36)	
5 Trabajadores de servicios			2,86(1,59-5,15)		0,35(0,17-0,70)	
6 Agricultores y pescadores			3,17(1,29-7,75)			5,17(1,27-21,0)
7 Oficiales, operarios y artesanos			1,16(0,54-2,49)		0,43(0,19-0,98)	2,43(1,18-4,99)
8 Operadores de instalaciones de maquinaria			3,70(1,80-7,58)	2,41(1,01-5,72)	0,28(0,12-0,66)	
9 Ocupaciones elementales			3,38(1,83-6,23)		0,41(0,19-0,859)	2,48(1,26-4,89)

Casos incluidos, mujeres= 14.045

*En blanco, no significativos.

Fuente: Elaboración propia.

Las observaciones para las asalariadas, según regímenes de bienestar, mostraron algunas diferencias en comparación a los asalariados: en el régimen bismarquiano, el trabajo temporal y sin contrato fue un factor de riesgo, y también se distinguieron asociaciones significativas de forma negativa con la inseguridad laboral, entre las asalariadas de los regímenes anglosajón y meridional. En estos dos grupos el trabajo a tiempo parcial se comportó como factor de protección.

En los factores de riesgo psicosocial del trabajo, cuando fueron significativos, se advirtió una linealidad similar a los modelos teóricos. Las recompensas bajas fueron un factor de riesgo para todos los regímenes, así como lo fueron las exigencias psicológicas cuantitativas y una previsibilidad baja en el bismarquiano y el meridional. Cabe mencionar que tener apoyo de compañeros, compañeras y superiores resultó ser mejor para la salud, así como tener unas exigencias cognitivas altas, para las asalariadas de los regímenes meridional y anglosajón.

Las variables de doble presencia solo fueron explicativas en los regímenes bismarquiano y meridional. En el primero, realizar tareas de atención a hijos e hijas se reveló como un factor de menor riesgo para las asalariadas. Por otro lado, las exigencias de mantenimiento del hogar y cocinar no revelaban ser protectoras, como tampoco lo fue tener exigencias de atención a personas mayores o en situación de dependencia, para ambos sexos.

Según el ajuste por ocupaciones, en el régimen bismarquiano se observó que todas las ocupaciones tenían un mayor riesgo en comparación con las directoras y gerentes. Este efecto fue completamente distinto en el régimen meridional, donde todas las ocupaciones presentaban una proporción de protección, en comparación a esa clasificación de ocupaciones¹⁶. En el resto de regímenes donde la ORA era demostrativa, se concentraba en las ocupaciones de oficiala, operadora y operaria elemental.

7. Discusión de resultados

¹⁶ El modelo se ajustó por ocupaciones siguiendo las orientaciones de algunos autores como Moncada *et al.* (2014) y Bambra *et al.* (2014). No se entra a detalle en la descripción de los resultados de éstas ni en la discusión del porqué de las diferencias notables en mujeres de Regímenes Meridionales.

Los modelos analizados ofrecieron diferentes elementos de discusión a los debates actuales en sociología de la salud y epidemiología social, en relación a las condiciones de empleo y a las desigualdades en salud según regímenes de bienestar. Se centrará la atención básicamente en los que tienen que ver con las preguntas de investigación de este artículo.

Como ponen de relieve numerosas investigaciones, el estado de salud percibido es un buen indicador de morbilidad, porque aporta una dimensión psicológica, social y biológica. En este artículo se utilizó una variable dicotómica que distinguía entre estado de salud bueno y no bueno, siguiendo el criterio utilizado en la gran mayoría de estudios epidemiológicos que utilizan esta variable como fenómeno a explicar (Bambra y Eikemo, 2009; Bambra *et al.*, 2014; Campos-Serna, Ronda-Pérez, Moen, Artazcoz y Benavides, 2013; Eikemo *et al.*, 2008; Huijts, Perkins y Subramanian, 2010; Moncada *et al.*, 2014; Siegrist, 2011), y aporta numerosas asociaciones estadísticamente significativas en los diferentes modelos, donde se incorporaron diferentes factores y agregados por regímenes de bienestar.

7.1. Factores asociados con el mal estado de salud, y asociación con las condiciones de empleo. Relacionado con la primera hipótesis

Tradicionalmente, en salud laboral las condiciones de empleo se han considerado de forma aislada y no de forma conjunta con otros ámbitos como variable explicativa. Los estudios que han observado a la vez las condiciones en las que la población es empleada y las condiciones de trabajo ponen de relieve que la inseguridad y la temporalidad laboral se asocian con un mal estado de salud y algunos trastornos de la misma (Amable, 2006; Amable y Benach, 2000; Benach y Borrell, 2014). En el modelo utilizado en este trabajo se observó, además de esta asociación, la relevancia que tienen en algunos regímenes, como el anglosajón, el meridional y el de Europa del Este, cuando son considerados con otros factores individuales y contextuales.

A raíz de estas apreciaciones, diferentes autores apuntan que las condiciones de empleo también pueden ser consideradas como determinantes de la salud (Guamán y Noguera, 2013; La parra y Álvarez-Dardet, 2014; Utzet y Moncada, 2013), e incluso tan preeminentes como las condiciones de trabajo. Matizan

que en un contexto de crisis donde, además de la alteración de las condiciones de trabajo — como viene indicando EUROFOUND desde la década de los 90 (Burchell, Cartron yCsizmadia, 2009; EUROFOUND, 2012)—, las condiciones de empleo han empeorado en algunos países de forma drástica (Laparra, Miguel; Pérez Eransus, 2012), y también se han desarrollado marcos normativos menos proteccionistas y las relaciones laborales han iniciado un proceso de debilitación (Benach *et al.*, 2014).

La precariedad laboral se ha ido generalizando en Europa —aunque de forma desigual— como una forma de trabajo característica de las sociedades capitalistas avanzadas (Amable, 2006). Estas formas de empleo van ligadas a nociones de temporalidad, ausencia de seguridad y dificultad de acceso a recursos, derechos y oportunidades (Marsi, 2011). Esas inestabilidades en la población asalariada también generan incertidumbres sobre el futuro laboral, provocan obstáculos para realizar proyectos de vida, transforman las identidades colectivas, pueden generar prácticas y relaciones laborales abusivas... y por tanto es posible que acaben afectando a la salud. Los estudios sobre precariedad laboral apuntan que se ha observado que a mayor precariedad peores condiciones de trabajo y una mayor exposición a tener mala salud. Las conclusiones de estos trabajos remarcan la necesidad de una necesaria visión multidimensional de un fenómeno que incluso puede ser independiente de los factores de riesgo psicosocial (Amable, 2006; Cano, 2007).

Otra dimensión analizada de malas condiciones de empleo fue el trabajo informal, que se caracteriza por la ausencia de relación laboral mediante un contrato de trabajo. En los modelos donde se asoció con el mal estado de salud puso en evidencia su relación como factor de riesgo, pero este no fue el caso de los países meridionales, para los hombres. En estos países la presencia de trabajo informal siempre ha sido más elevada que en el resto de países de la UE. Por ejemplo, para el año 2010 la media de población sin contrato era en Grecia de un 30,10 % y superior a 13 puntos en Portugal y en España. Se desconoce, a partir de la EWCS, si la población de estos países que indicó que trabajaba sin contrato tenía alguna cobertura por desempleo o si alternaba con etapas de contratación. Otras fuentes señalan que en estos países tradicionalmente el trabajo informal masculino se concentra en los sectores de la construcción y derivados, servicios y agricultura, y básicamente

en pequeñas empresas. La no contratación en algunos sectores y en algunas regiones parecía ser pactado entre empleador y trabajador, en algunos casos o períodos concretos. Todo lo contrario es el caso de las mujeres, en que el trabajo informal básicamente se concentraba en el sector servicios y la pequeña industria manufacturera, y en que estar sin contrato no era voluntario, siendo más bien una norma extendida (Benach y Muntaner, 2010b; Benach *et al.*, 2010; Carrasquer, 2009).

Trabajar de forma informal, por tanto, sumaba un elemento de mayor vulnerabilidad y total desprotección, en general (Carrasquer, 2009; Torns, Borràs, Recio y Moreno, 2011). Recientemente, a raíz de los cambios en las condiciones de contratación y la extensión de la inseguridad laboral, la frontera entre trabajar sin contrato y trabajar con contrato precario se ha adelgazado, ya que el no acceso a protección social, a cotización, a derechos selectivos ni a la defensa sindical, clásica del trabajo informal, también ha ido atrapando a los trabajadores más vulnerables (Amable, 2006; Amable y Benach, 2000; Standing, 2014).

Se incluyeron en el modelo variables de doble presencia para subrayar la relación entre el trabajo productivo y el reproductivo, así como las considerables desigualdades de género existentes (Borrell y Artazcoz, 2007; Campos-Serna, Ronda-Pérez, Artazcoz, *et al.*, 2013; Sánchez Cruz *et al.*, 2002). Los resultados evidenciaron desigualdades notables entre sexos y regímenes, sobre todo en el meridional a tenor que son considerados regímenes de tipo familista donde hay unas políticas con niveles de protección y desarrollo por debajo de la media de la UE y donde recaen en las familias y en particular en las mujeres, las exigencias del trabajo del mantenimiento y reproducción de la unidad familiar.

7.2. Las variables contextuales. Relacionado con la segunda hipótesis

Entre las variables contextuales, probablemente podrían haberse incorporado numerosas otras variables para visualizar las diferencias entre los regímenes de bienestar en la UE, como diferentes autores utilizan en estudios comparativos (Adelantado y Gomà, 2000; Navarro, 2002; 2009; Navarro *et al.*, 2007). Además, existe un debate sobre si los regímenes de bienestar se han alterado o han iniciado un camino de transformación en los últimos años

a raíz de recortes, reajustes o cambios trascendentales (De Paz, 2013; Moreno, 1998, 2013), y sería conveniente incorporar variables que recogieran dichas tendencias o cambios.

En el modelo propuesto, se apostó por tres indicadores de paro sobre población asalariada, una variable de gasto social y otra que medía la población asalariada situada bajo el umbral de pobreza. Se escogieron éstos siguiendo el principio de parsimonia y según la disponibilidad de los datos de forma sexuada para el año de referencia y siguiendo algunas recomendaciones de rendimientos económicos y rendimientos del trabajo de autores como Sapir (2005), y también considerando la importancia sobre el mercado de trabajo de la crisis iniciada en el 2008 (Merino, 2016).

A pesar que estas dimensiones ofrecieron información estadísticamente significativa, mayor consistencia en el modelo, o que en el proceso secuencial la varianza no aumentaba de forma drástica con su incorporación como variables contextuales, hay que actuar con cierta prudencia predictiva, porque pueden estar correlacionadas con multitud de fenómenos, ya que a nivel macro inciden numerosos factores (Catalán-Reyes y Galindo-Villardón, 2003; Heck, Thomas y Tabata, 2012).

Los efectos en el caso del paro, ofrecieron una información interesante sobre la población asalariada en un contexto de crisis, ya que tradicionalmente el estudio de la salud de la población en situación de desempleo y de la población asalariada se ha realizado de forma independiente o comparada, pero no en un mismo modelo (Bambra y Eikemo, 2009), ni por regímenes.

Hay que tener en cuenta, en esas asociaciones, que la protección por desempleo era diferente según los regímenes, y que en la mayoría básicamente dependía del tiempo cotizado. Estar en situación de desempleo, en todos los casos, no significaba no tener protección social ni mantener el mismo nivel de ingresos. En países como España, Grecia o Portugal el paro, además de incrementarse, atrapó a diferentes colectivos, y en muchos casos significó un aumento de las privaciones y de la pobreza de las unidades familiares, al alargarse los meses que estuvieron en esta situación (Laparra, 2010). En este sentido, se observó en los resultados del estudio que una variación elevada de la tasa de paro y una existencia mayor de paro de larga duración para asalariados y asalariadas era una función preservadora del mal

estado de salud. Detrás de este efecto podría haber diferentes causas, que seguramente estarían correlacionadas también con la inseguridad que provocaría tener un empleo temporal o precario¹⁷.

A pesar de que la senda de la incertidumbre era un camino iniciado antes de la última etapa de crisis socioeconómica, la inseguridad en el empleo se incrementó en el período 2005-2010, así como un empeoramiento en las condiciones de empleo, afectando a un número creciente de población europea, con importantes diferencias entre países (Merino, 2016). Fue en los países del Este y del Sur de Europa donde la precariedad en el empleo y las desigualdades en el mercado de trabajo más se acentuaron, y donde las medidas por parte de los gobiernos nacionales ante el alza del desempleo fue reformar los mercados de trabajo y reestructurar la protección, atenuándose la representación sindical y la negociación colectiva (Martín, Molina y Carrasquer, 2016).

El contexto de destrucción de ocupación, incremento de la precariedad y aplicación de determinadas reformas podría ayudar a entender alguna justificación del que se hayan observado que las altas variaciones de la tasa de paro y paro de larga duración presenten una función favorecedora para los asalariados y asalariadas en estos países¹⁸.

Para analizar el gasto social se incorporó al modelo uno de los indicadores más utilizados para comparar entre países y mostrar los esfuerzos de cada nación. Pero este indicador no ofrece información como el nivel de endeudamiento, qué partidas o ámbitos tienen mayor peso (sanidad, educación, protección social, protección por desempleo, vivienda, políticas familiares...), qué tipo de solidaridad normativa existe o qué aportaciones se hacían

¹⁷ En el caso de España, en la jerga popular se instauró en esos años un “por lo menos tengo trabajo”, lo que manifestaba el deterioro de las condiciones de empleo, un incremento del trabajo informal no voluntario y una vulnerabilidad de familias en que alguno de sus miembros perdía el trabajo y agotaba la prestación por desempleo. En esos años, diferentes entidades sociales denunciaban un empobrecimiento de unidades familiares y los cambios que esto provocaba en las mismas (Manzanera, Ortiz y Hernández, 2016).

¹⁸ Hay que destacar que a pesar de la destrucción de ocupación centrada en los primeros años de la crisis socioeconómica, la aplicación de las reformas de transformación de los mercados de trabajo y de los sistemas de protección social no se acentuaron de manera drástica hasta los años 2010-2012 en los países denominados periféricos de la UE (VV.AA., 2014, p. 24), posterior al período de recogida de información de la EWCS.

desde los ámbitos comunitario, privado y de las ONG. Aunque el objetivo no era hacer un análisis del gasto social, el modelo indicó la asociación contextual que este tiene, cuando se mide con otros ámbitos, con la población asalariada.

7.3. Las desigualdades según regímenes de bienestar. Relacionada con la tercera hipótesis y central

La clasificación de países por regímenes de bienestar fue propuesta por Bambra *et al.* (2011b; 2014) a partir de modelos y autores anteriores (Esping-Andersen, 1996; Esping-Andersen, 1990; Ferrera, 1996). Esta agrupación aportaba a nivel teórico una tipología de las variedades del capitalismo avanzado europeo organizado como una interacción entre el mercado, el rol del Estado y las instituciones de relaciones laborales, la familia y el ámbito comunitario.

Los mismos autores que proponen esta categorización subscriben que, a pesar de la consistencia teórica de los modelos, se puede caer en algunos errores. Los más destacados son el caso de la disposición de los países de Europa del Este, ya que presentan una disparidad importante (Fenger, 2007), o el caso de los países meridionales, ya que algunos han iniciado algunas estrategias de modernización específica con algunas breves transiciones, sobre todo antes de la etapa de la última crisis (Flaquer, 2004). Además, en otras disciplinas algunos autores reclaman una revisión teórica de los modelos clásicos de bienestar en Europa, a tenor de algunos cambios recientes en algunos países, así como elaborar otra clasificación a partir de objetivos y rendimientos de los Estados de bienestar (Alaminos, 2016; De Paz, 2013; Moreno, 1998).

A pesar de estas apreciaciones considerables, los resultados revelaron algunas diferencias importantes en consonancia con las características de la clasificación teórica de los regímenes, y en la misma línea de las suscritas por autores que han estudiado algunos países o analizado algún régimen concreto, o que han comparado uno con otro (Bambra y Eikemo, 2009; Dragano *et al.*, 2011; Eikemo *et al.*, 2008).

En el modelo se observó la potencialidad de considerar factores individuales y variables contextuales mediante regímenes. Un ejemplo importante lo aportó el índice ICC, que expuso

que el 11,08% de la variabilidad en hombres y el 11,80% en mujeres dependía de esas diferencias. Este porcentaje fue bastante similar al de los pocos estudios que han considerado diferentes ámbitos de forma conjunta y que apuntan que un 10% de las diferencias del estado de salud percibido entre asalariados de la UE puede deberse a las diferencias en los diferentes regímenes de provisión global del bienestar (Bambra *et al.*, 2014; Foubert, Levecque, Van Rossem y Romagnoli, 2014). Asimismo, estas diferencias entre regímenes y su relación con la salud se reforzaron en el parámetro MOR que expresó una proporción por encima de 1,8 para ambos sexos. Es decir, es una interpretación si un individuo con mal estado de salud cambiara de un régimen a otro pasando a tener buen estado de salud y dónde solo cambiaría el contexto, pero no las características individuales.

En los modelos de regresión logística, se apreciaron en las ORA algunas asociaciones apuntadas con relación a los regímenes de bienestar y salud en relación a su rol mediador, y diferentes efectos según tipología (Bambra *et al.*, 2014; Chung y Muntaner, 2007; Eikemo *et al.*, 2008; Siegrist, 2011). Aun así, en el caso del régimen escandinavo, caracterizado como el más protector y de carácter universalista, no presentó asociaciones estadísticamente significativas con relación a las condiciones de empleo, o incluso algún efecto preservador en la doble presencia. Esto ponía el acento en cómo este tipo de régimen es capaz de intervenir en la relación entre las condiciones de empleo y trabajo con la salud mitigando así el efecto que si tienen de forma más evidente en otros regímenes. Este fue el caso de las observaciones en los regímenes meridional y de Europa del Este, donde la inseguridad laboral presentó un mayor riesgo de mala salud en hombres y mujeres, y solo en hombres en el caso anglosajón.

8. Conclusiones

En el presente estudio se han recogido las recomendaciones que han aportado distintos autores para vislumbrar los efectos de las condiciones de empleo y trabajo sobre el estado de salud percibido en Europa, y se han abordado de forma conjunta a través de modelos multinivel y de regresión logística.

El modelo propuesto aporta —gracias a los datos de la EWCS— algunos resultados empí-

ricos al debate teórico existente sobre condiciones de empleo, salud y regímenes de bienestar en Europa.

Se ha observado en estos modelos que algunas variables, como la inseguridad en el empleo, los factores de riesgo psicosocial y la doble presencia, eran factores de riesgo, siendo preeminente también el efecto de las peores condiciones de empleo.

Pero fue en el análisis de regímenes de bienestar donde se observó un efecto diferente según el tipo de régimen y sexo, dándose las proporciones más negativas en los regímenes meridional y de Europa del Este, para ambos sexos, y en los hombres, para el régimen anglosajón. Fue en el régimen Escandinavo donde las peores condiciones no se asociaron con el mal estado de salud, denotando así también su efecto protector y como intermediaba en la asociación y el efecto de las condiciones de trabajo y ocupación sobre el mal estado de salud.

La clasificación teórica de regímenes de bienestar ayudó a explicar algunas de las diferencias, ya que se observó que un 11% de la variabilidad observada era explicada por las disimilitudes entre regímenes. Según las características de los modelos trabajados, se puso de relieve que el Estado de bienestar puede llegar a ser mediador del efecto de los diferentes factores sobre el estado de salud de la población asalariada europea. Así en regímenes con un acento más socialdemócrata, más intervencionistas y con mayor protección, se interviene en la asociación de las peores condiciones de trabajo y las condiciones de empleo más precarias haciendo que no se aprecien los efectos. Efectos que por otro lado son más evidentes en regímenes como el de Europa del Este o Meridional donde la política de protección e intervención en el mercado son inferiores en términos comparativos.

9. Implicaciones políticas

El modelo social considera el sistema de provisión global del bienestar, un marco normativo de condiciones y relaciones laborales en un Estado-nación. Existen diferencias importantes a nivel europeo y se han clasificado teóricamente en regímenes para apreciar sus características.

Según sea el tipo de régimen, y sus características, se incide de una manera determinada

en la reducción del riesgo ante el mercado, en el acceso a recursos, derechos, oportunidades, y en cómo se emplea a la población y en qué condiciones trabaja, y también puede incidir sobre el estado de salud de la población asalariada.

La población asalariada con unas condiciones de trabajo más saludables, con unas condiciones de empleo menos precarias y con sistemas de bienestar que inciden más en el gasto social presenta una prevalencia de mejor estado de salud.

Las políticas de austeridad, de reducción del déficit social público y de reformas laborales, que apuestan por la depreciación de las condiciones de empleo, se han centrado a partir de 2010, sobre todo, en los países denominados periféricos, desde una óptica centroeuropea. Ha sido en los países del Sur (considerados como meridionales en este estudio) donde la profundidad de la recesión económica, la destrucción de empleo, la temporalidad laboral y aquellas medidas más se han acentuado.

Apostar por mejores condiciones de empleo y sistemas más proteccionistas incide en la salud de la población asalariada de forma positiva. Por tanto, es importante aplicar medidas que pasen por la reorientación de los recursos públicos destinados a subsanar los efectos adversos del mercado y la precariedad laboral, así como evitar la erosión de la cartera de servicios de protección de los Estados de bienestar. En caso contrario, el proyecto en construcción del modelo social europeo o los objetivos de Europa 2020 no conseguirán los resultados explícitos descritos a nivel social ni laboral, y ello tendrá consecuencias importantes sobre la salud de la población asalariada.

10. Limitaciones

En el estudio realizado existen diferentes limitaciones de carácter individual que cabe remarcar. Muchos factores físicos, fisiológicos y sociales interfieren en la relación con el estado de salud.

Se podría haber hecho un análisis por grupos de edad, tipo de ocupaciones, sectores empresariales, sector público o privado... pero en este artículo se ha centrado la observación en los ámbitos más estudiados y considerados como influyentes en la población asalariada en el entorno de trabajo basándose en un principio de parsimonia.

La unidad de análisis ha sido la población asalariada de los diferentes países miembros de la UE agrupados por regímenes de bienestar no abordando los trabajadores autónomos atendiendo a su diversidad y difícil comparabilidad entre países a partir de la EWCS.

Los factores de riesgo psicosocial, las exigencias doméstico-familiares y las condiciones de empleo se midieron según las posibilidades de la EWCS, no pudiendo abordar la complejidad de la temporalidad, las dimensiones del trabajo precario, el tipo de tareas o el tiempo de dedicación al trabajo de la reproducción, como se recoge en otros trabajos realizados con encuestas con datos de ámbito nacional.

Los datos estudiados son del año 2010, momento de cambios importantes en algunos países. Por tanto, hay que actuar con cautela, al ser un momento de transformaciones considerables. Además, los datos trabajados en esta investigación son únicamente cuantitativos y transversales, y no recogen la diversidad ni la complejidad del trabajo asalariado.

También existen otras limitaciones relacionadas con los regímenes de bienestar, que también son el foco de la discusión en este artículo. Se ha utilizado la clasificación más aceptada

en el campo de la sociología de la salud y la epidemiología social. En el momento actual existe un debate sobre si los regímenes europeos han iniciado una senda de transformación a partir de la situación de recesión, si existen cambios trascendentales hacia otros modelos, o incluso si los modelos actuales son incapaces de abordar la heterogeneidad, por ejemplo, de la Europa del Este. En este sentido no se han aportado covariables contextuales sensibles a apreciar cambios en la esencia de la clasificación teórica, o analizar más concretamente los cambios en los diferentes regímenes en el período estudiado. Un análisis de correspondencias múltiples hubiera sido pertinente después de apreciar como a partir de los modelos multinivel y los modelos de regresión se observaban asociaciones con algunos factores determinantes¹⁹.

11. Agradecimientos

Al Dr. Joel Martí, profesor de Sociología de la *Universitat Autònoma de Barcelona*, por sus aportaciones metodológicas.

AEUROFOUND por facilitar las bases de datos de las encuestas europeas.

¹⁹ Este ejercicio se intentó realizar en un artículo publicado el año 2016, pero centrandolo en las variables de la variación de condiciones de empleo y algunas variables sociodemográficas y de mercado de trabajo entre el período 2005-2010 para ver las diferencias entre regímenes y cuales eran más homogéneos (Merino, 2016).

12. Referencias

- Adelantado, J. y Gomà, R. (2000): “Las políticas sociales: entre el Estado del bienestar y el capitalismo global”, en F. Morata Tierra (Ed.), *Políticas públicas en la Unión Europea*, Ariel, Barcelona (Vol. 1, pp. 189-214).
- Alaminos, A. (2016): “La opinión pública internacional y el Estado del Bienestar”, *Sociologados. Revista de Investigación Social*, 1(1), 15-47. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14198/socodos.2016.1.1.01>.
- Almond, P. y González Menéndez, M. del C. (2006): “Varieties of capitalism: the importance of political and social choices”, *Transfer: European Review of Labour and Research*, 12(3), 407—425.
- Amable, M. y Benach, J. (2000): “La precariedad laboral ¿un nuevo problema de salud pública?”, *Gaceta Sanitaria: Organo Oficial de La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 14(6), 418-421. Disponible en <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-precariedad-laboral-un-nuevo-articulo/S0213911100719066/>.
- Amable, M. (2006): *La precariedad laboral y su impacto sobre la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España*, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/7116/tma.pdf?sequence=1>.
- Artazcoz, L. (2005): *Desigualtats en salut en un marc integrat de gènere, classe social i treball*, Universitat Pompeu Fabra. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Barcelona.
- Bambra, C. (2006): “Decommodification and the worlds of welfare revisited”, *Journal of European Social Policy*, 16(1), 73-80. Disponible en <https://doi.org/10.1177/0958928706059835>.
- Bambra, C. (2007): “Going beyond The three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12), 1098-1102. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jech.2007.064295>
- Bambra, C. y 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. Disponible en <http://jech.bmj.com/content/63/2/92.full.pdf+html>.
- Bambra, C. (2011a): *Work, worklessness, and the political economy of health*, Oxford University Press, New York.
- Bambra, C. (2011b): “Work, worklessness and the political economy of health inequalities”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(9), 746-750
- Bambra, C., Lunau, T., Van der Wel, et al. (2014): “Work, health, and Welfare: The association between Working Conditions, Welfare States, and self-reported Health in Europe”, *International Journal of Health Services*, Vol. 4, 113-136.
- Bandrés, E. (2012): “La aritmética del estado de bienestar en España”, *Ekonomiaz*, 81, 38-61. Disponible en <http://www.ogasun.ejgv.euskadi.net/r51-k86aekon/es/k86aEkonomiazWar/ekonomiaz/downloadPDF?R01HNoPortal=true&idpubl=77®istro=1228>.
- Benach, J. y Borrell, C. (2014): “Els determinants socials de la salut”, Disponible en http://www.upf.edu/greds-emconet/es/actualitat/not_118.html. Fecha de consulta 18-08-2017.
- Benach, J. y Muntaner, C. (2010a): *Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global*, Icaria, Barcelona.
- Benach, J. y Muntaner, C. (2010b): “ Empleo, trabajo y desigualdades en salud una visión global”, *Revista Española de Salud Pública*, 84(6). Disponible en <https://doi.org/10.1590/S1135-57272010000600015>.
- Benach, J., Muntaner, C., Solar, et al. (2010): “Introduction to the WHO Commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network (EMCONET) study, with a glossary on employment relations”, *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 40(2), 195-207.
- Benach, J., Tarafa, G. y Recio, A. (2014): *Sin trabajo, sin derechos, sin miedo. Las reformas laborales y sus efectos sobre el trabajo y la salud*, Icaria, Barcelona.
- Borrell, C., Muntaner, C., Benach, J. et al. (2004): Social class and self-reported health status among men and women: What is the role of work organisation, household material standards and household labour?, *Social Science and Medicine*, 58(10), 1869-1887.
- Borrell, C. y Artazcoz, L. (2007): *5a monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud*, Ditifet, Barcelona. Disponible en <http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/5aMonSEEGenSalud.pdf>.

- Burchell, B., Cartron, D. y Csizmadia, P. (2009): *Working conditions in the European Union: Working time and work intensity*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxemburg.
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., et al. (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), 57. Disponible en <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-57>.
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Moen, B., et al. (2013): "Welfare state regimes and gender inequalities in the exposure to work-related psychosocial hazards", *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 19(3), 179-95. Disponible en <https://doi.org/10.1179/2049396713Y.0000000030>.
- Cano, E. (2007): "La extensión de la precariedad laboral como norma social", *Sociedad y Utopía*, (29), 117-137. Disponible en http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/17406/original/sociedad_y_utopia_29.pdf?1400489514.
- Carrasquer, P. (2009): "El empleo femenino en España y Europa: cambios y continuidades", *Documentos de Trabajo, Fundación Carolina*, 32, 15-23. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3049435.pdf>.
- Catalán-Reyes, M. y Galindo-Villardón, M. (2003): "Utilización de los modelos multinivel en investigación sanitaria", *Gaceta Sanitaria*, vol. 17, 32-55. Disponible en <https://doi.org/10.1157/13057791>.
- Cerami, A. (2008): *Central Europe in transition: emerging models of welfare and social assistance*, conference, European Social Networks, Ljubljana, Slovenia, Mayo 19-20. Disponible en http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1123551. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1123551>.
- Chung, H. y Muntaner, C. (2007): "Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealthy countries", *Health Policy*, 80(2), 328-339.
- De Paz, C. (2013): "Evolución reciente del Estado de bienestar en Europa: ¿Hacia la primacía de los modelos continental y nórdico?", *The economy journal*, Barcelona. Disponible en <http://www.theeconomyjournal.com/es/notices/2013/06/-evolucion-reciente-del-estado-de-bienestar-en-europa-hacia-la-primacia-de-los-modelos-continental-66817.php#>.
- Dragano, N., Siegrist, J. y 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. Disponible en <https://doi.org/10.1136/jech.2009.098541>.
- Draibe, S. M. y Riesgo, M. (2009): *El Estado de bienestar social en América Latina. Una nueva estrategia de desarrollo*, Fundación Carolina, Madrid. Disponible en <http://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2014/08/DT31.pdf>.
- Eikemo, T. A., Bambra, C., Judge, K. et al. (2008): "Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis", *Social Science and Medicine*, 66(11), 2281-2295.
- Espelt, A., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, et al. (2008): "Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions", *International Journal of Epidemiology*, 37(5), 1095-1105. Disponible en <https://doi.org/10.1093/ije/dyn078>.
- Espina, Á. (2002): *La sociología del Bienestar de Gösta Esping-Andersen y la reforma del Estado de Bienestar en Europa*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Documento de trabajo número 20022002. Disponible en <http://pendientedemigracion.ucm.es/centros/cont/descargas/documento6142.pdf>.
- Esping-Andersen, G. (1985): *Politics against Markets: the social democratic road to power*, Princetown University Press, Princetown. Disponible en <https://www.ssc.wisc.edu/~wright/Soc924-2011/924-2011-book-project/Esping-Andersen.pdf>.
- Esping-Andersen, G. (1990): "Three worlds of welfare state capitalism", en Pierson, C. y Castles, G. (Eds) *The Welfare State Reader*, Polity Press, Cambridge. 160-174.
- Esping-Andersen, G. (1996): "Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies Positive-Sum Solutions in a World of Trade-Offs?", en Esping-Andersen, G. (Ed.), *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global*, Sage Publications Inc., Londres. 257-268.
- Esping-Andersen, G. (2000): *Fundamentos sociales de las economías Postindustriales*, Ariel, Barcelona.
- EUROFOUND. (2012): *Cambios a la largo del tiempo. Primeras conclusiones de la quinta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublín. Disponible en <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/74/es/1/EF1074ES.pdf>.

- Fenger, H. (2007): “Welfare regimes in Central and Eastern Europe: incorporating post-communist countries in a welfare regime typology”, *Contemporary Issues and Ideas in Social Sciences*, (August), 3-30. Disponible en <http://journal.ciiss.net/index.php/ciiss/article/viewArticle/45>.
- Ferrera, M. (1996): “The “Southern Model” of Welfare in Social Europe”, *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17-37. Disponible en <https://doi.org/10.1177/095892879600600102>.
- Flaquer, L. G. (2004): “La articulación entre familia y Estado de bienestar en los países de la Europa del sur”, *Papers: Revista de Sociología*, (73), 27-58. Disponible en <http://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n73/02102862n73p27.pdf>.
- Flaquer, L. (2008): “Les polítiques familiars a Europa: tendències i reptes”, *Barcelona Societat: Revista D’informació i Estudis Socials*, (15), 25-34.
- Foubert, J., Levecque, K., Van Rossem, et al. (2014): “Do welfare regimes influence the association between disability and self-perceived health? A multilevel analysis of 57 countries”, *Social Science and Medicine*, 117, 10-17. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.023>.
- Girón, A. (2015): “Austeridad, inequidad y desigualdad”, *Problemas Del Desarrollo*, 46(181), 3-10. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.rpd.2015.03.011>.
- Goudswaard, A. (2002): *New forms of contractual relationships and the implications for occupational safety and health*, European Agency for Safety and Health at Work, Bruselas. Disponible en <http://osha.europa.eu/en/publications//206>.
- Guamán, A. y Noguera, A. (2013): *Crisis económicas, normas laborales y precariedad: el fin del constitucionalismo*. Comunicación III Congreso Red Española Política Social, 6 i 7 de junio de 2013, Alcalá. Disponible en <http://www3.uah.es/congresoreps2013/Paneles/panel1/guaman@uv.es/TCcomunicacionGUAMANNoguera.pdf>.
- Hall, P. A. y Soskice, D. (2001): *Varieties of Capitalism: The Institutional Foundations of Comparative Advantage*, Oxford University Press, Oxford.
- Heck, R. H., Thomas, S. L. y Tabata, L. N. (2012): *Multilevel modeling of categorical outcomes using IBM SPSS*, Routledge, New York .
- Huijts, T., Perkins, J. M. y Subramanian, S. V. (2010): “Political regimes, political ideology, and self-rated health in Europe: A multilevel analysis”, *PLoS ONE*, 5(7). Disponible en <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0011711>.
- Karasek, R. y Theorell, T. (1999): *Healthy work. Stress, productivity, and reconstruction of working life*, N. B. Books, New York.
- Kim, I. H., Muntaner, C., Vahid, F., et al. (2012): “Welfare states, flexible employment, and health: A critical review”, *Health Policy*, vol 104 (2), 99-127. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.11.002>.
- Köhler, H.-D. (1999): “Las relaciones laborales españolas en el marco europeo”, en F. Miguelez y C. Prieto (Eds.), *Las relaciones de empleo en España*, Siglo XXI de España, Madrid, 399-432.
- Kristensen, T. S. (2007): “El ambiente psicosocial del trabajo y la salud”, en S. Moncada i Lluís y C. Llorens Serrano (Eds.), *La población asalariada y la salud*, Institut Sindical de Treball, Ambient i Salut, Barcelona, 9-32. Disponible en http://www.ccoo.cat/pdf_documents/foro_istas.pdf.
- Laparra, M. (2010): *El primer impacto de la crisis en la cohesión social en España*, Fundación FOESSA. Cáritas Española, Madrid. Disponible en http://www.madrigueras.es/attachments/106_9425_CARITAS_pobreza_MiguelLaparra.pdf.
- Laparra, M. y Pérez, B. (coord) (2012): *Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España*, Fundación Acción Solidaria, Barcelona. Disponible en [http://beta.fundacionaccionsolidaria.es/documentos/archivos/bibliografia/crisis_y_fractura_social_en_europa_\(caixa_2012\).pdf](http://beta.fundacionaccionsolidaria.es/documentos/archivos/bibliografia/crisis_y_fractura_social_en_europa_(caixa_2012).pdf).
- Laparra, D. y Álvarez-Dardet, C. (2014): “Relación entre crisis económica y salud: ¿ Lo relevante son las políticas de austeridad?”, *Salud Colectiva*, 10(1), 92-94. Disponible en <http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista28/v10n1a07.pdf>.
- Legido-Quigley, H., Karanikolos, M., Hernandez-Plaza, et al. (2016): “Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal”, *Health Policy*, vol. 120 (7), 833-839. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.009>.
- Manzanera, S., Ortiz, P. ; y Hernández, M. (2016): “Crisis del factor trabajo como vía de integración social”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(1), 15-35. Disponible en <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/52004/48074>.

- Marsi, L. (2011): "Precariedad laboral y pobreza: los límites de la ciudadanía en la sociedad neoliberal", *Historia Actual Online*, 24, 139-152. Disponible en <http://historia-actual.org/Publicaciones/index.php/haol/article/view/536/458>.
- Martín, A. (2003): *Teoría de las relaciones laborales*, Editorial UOC, Barcelona
- Martín, A., Molina, O. y Carrasquer, P. (2016): "Incertidumbre y actitudes pro-redistributivas: mercados de trabajo y modelos de bienestar en Europa", *Política y Sociedad*, 53(1), 187-2015. Disponible en https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5209/rev_POSO.2016.v53.n1.47684.
- Merino, J. (2016): "Empeoramiento de las condiciones de empleo y trabajo en los primeros años de la crisis socioeconómica. Relevancia y efectos sobre la salud de la población asalariada europea", *Cuaderno de Relaciones Laborales*, 34(2), 405-431. Disponible en <https://doi.org/10.5209/CRLA.53435>.
- Merino, J. (2017): "La potencialidad de la Regresión Logística Multinivel. Una propuesta de aplicación en el análisis del estado de salud percibido", *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, (36), 177-211. Disponible en <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5944/empiria.36.2017.17865>.
- Moncada, S., Utzet, M., Molinero, *et al.* (2014): "The copenhagen psychosocial questionnaire II (COPSOQ II) in Spain-A tool for psychosocial risk assessment at the workplace", *American Journal of Industrial Medicine*, 57, 97-107. Disponible en <https://doi.org/10.1002/ajim.22238>.
- Moreno, G. (1998): "La reformulación del Estado del bienestar: el workfare, las políticas activas de empleo y las rentas mínimas", *Zerbitzuan: Gizarte Zerbitzuetarako Aldizkaria / Revista de Servicios Sociales*, (43), 143-154. Disponible en <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Reformulaicon del Estado del bienestar.pdf>.
- Moreno, L. (2012): *La Europa asocial. Crisis y Estado del Bienestar*, Ediciones Península, Barcelona.
- Moreno, G. (2013): "Hacia un Estado del Bienestar de todo a cien", *The economy journal*, 30/12/2015, disponible en <http://www.theeconomyjournal.com/es/notices/2013/06/-hacia-un-estado-del-bienestar-de-todo-a-cien-66797.php>.
- Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, *et al.* (2011): "Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence", *Sociology of Health & Illness*, 33(6), 946-964. Disponible en <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01339.x>.
- Navarro, V. (2009): *La situación social en España III*, Fundación Francisco Largo Caballero, Madrid.
- Navarro, V. (2002): *Bienestar insuficiente, democracia incompleta: sobre lo que no se habla en nuestro país*, Anagrama, Barcelona.
- Navarro, A., Llorens, C., Kristensen, T. S., *et al.* (2005): "ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ)", *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 8(1), 18-29. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=1123301>.
- Navarro, V., Borrell, C., Muntaner, C., *et al.* (2007): "El Impacto de la Política en la Salud", *Salud Colectiva*, 31(1), 9-32. Disponible en <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/download/117/87>.
- Ronda-Pérez, E., Benavides, F. G., Levecque, *et al.* (2012): "Differences in working conditions and employment arrangements among migrant and non-migrant workers in Europe", *Ethnicity & Health*, 17(6), 563-77. Disponible en <https://doi.org/10.1080/13557858.2012.730606>.
- Salanova, M., y Schaufeli, W. B. (2002): "¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo?", *Prevención, Trabajo Y Salud: Revista Del Instituto Nacional de Seguridad E Higiene En El Trabajo*, (20), 4-10.
- Sánchez, J. J., Merino, J., Artazcoz, L., *et al.* (2002): "Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar", en SESPAS (Eds) *Invertir para la salud: prioridades en salud pública: informe SESPAS 2002* Vol. 1, 73-90.
- Sapir, A., Aghion, P., Bertola, *et al.* (2005): *An Agenda for a Growing Europe: The Sapir Report*, University Press, Oxford.
- Siegrist, J. (2011): "Social determinants of health: contributions from European health and medical sociology", *Política Y Sociedad*, 48(2), 249-258.
- Standing, G. (2014): *A Precariat Charter: From Denizens to Citizens*, Bloomsbury Academic, Londres. Disponible en <https://doi.org/10.5040/9781472510631>.
- Stuckler, D., y Basu, S. (2013): *Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte*. Taurus Pen, Taurus, Madrid.
- Tapia, J. A. (2014): "La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad?", *Salud Colectiva*, 10(1), 81-91. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652014000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

- Torns, M. T., Borràs, V., Recio, *et al.* (2011):“El temps de treball i el benestar quotidià, “*Arxius de Sociologia*, vol 24, 35-46.
- Utzet, M., y Moncada i Lluís, S. (2013):“La crisis aumenta la exposición a riesgos psicosociales entre la población trabajadora española”, *Por Experiencia*, 65, 4-5. Disponible en <http://www.porexperiencia.com/articulo.asp?num=62&pag=04&titulo=La-crisis-aumenta-la-exposicion-a-riesgos-psicosociales-entre-la-poblacion-asalariada-en-Espaa>
- VV.AA. (2014):*VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*,Fundación FOESSA. Cáritas Española, Madrid.