

Original Article

¿Cómo afectan las distintas dimensiones de la precariedad laboral a la salud mental?

Erika Valero^{a,b,*}, Mireia Utzet^c y Unai Martín^{a,b}

^a Grupo Opik en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), Leioa, Bizkaia, España

^b Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea, Leioa, Bizkaia, España

^c Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Barcelona, España; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de julio de 2021

Aceptado el 28 de noviembre de 2021

On-line el xxx

Palabras clave:

Empleo

Salud mental

Keywords:

Employment

Mental health

R E S U M E N

Objetivo: Analizar la relación entre la precariedad laboral, medida por dimensiones y como índice multidimensional, y la salud mental de los hombres y mujeres asalariados/as en el País Vasco.

Método: Se utilizó una submuestra ($n = 3345$) de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca de 2018 para calcular la prevalencia estandarizada de mala salud mental según el grado de precariedad laboral, medida como escala compuesta y por cada una de sus dimensiones, y realizar modelos de regresión de Poisson robusto para analizar la asociación entre la precariedad laboral, también compuesta y por dimensiones, y la salud mental de la población asalariada.

Resultados: La precariedad laboral se asocia significativamente con mala salud mental en hombres (razón de prevalencia [RP]: 3,51; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 2,05-6,01) y en mujeres (RP: 3,42; IC95%: 2,35-4,97). Asimismo, algunas de sus dimensiones constitutivas, como el nivel salarial en ambos sexos (RP: 2,58, IC95%: 1,65-4,03, y RP: 2,29, IC95%: 1,58-3,32, respectivamente) o la vulnerabilidad entre las mujeres (RP: 2,55; IC95%: 1,80-3,61), también parecen relacionarse de manera significativa e independiente con un peor estado de salud mental.

Conclusiones: Es necesario el abordaje de la precariedad laboral desde una perspectiva multidimensional, así como conocer la importancia relativa de cada una de las dimensiones que la componen, tanto para la investigación de sus efectos en la salud como para las intervenciones políticas destinadas a luchar contra este fenómeno.

© 2021 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

How do the different dimensions of precarious employment affect mental health?

A B S T R A C T

Objective: To analyse the relationship between precarious employment, measured by dimensions and as a multidimensional index, on the mental health of salaried men and women in the Basque Country (Spain).

Method: A subsample ($n = 3345$) of the 2018 Basque Autonomous Community Health Survey was used to calculate the standardised prevalence of poor mental health according to the degree of precarious employment, measured as a composite scale and by each of its dimensions, and to perform robust Poisson regression models to analyse the association between precarious employment, also composite and by dimensions, and the mental health of the salaried population.

Results: Precarious employment is significantly associated with poor mental health among men (prevalence ratio [PR]: 3.51; 95% confidence interval [95%CI]: 2.05–6.01) and women (PR: 3.42; 95%CI: 2.35–4.97). Additionally, some of its constituent dimensions, such as wage level among both sexes (PR: 2.58, 95%CI: 1.65–4.03, and PR: 2.29, 95%CI: 1.58–3.32) or vulnerability among women (PR: 2.55; 95%CI: 1.80–3.61), also appear to be significantly and independently related to poorer mental health status.

Conclusions: It is necessary to approach precarious employment from a multidimensional perspective, and to know the relative importance of each of its dimensions, both for research into its effects on health and for policy interventions directed at combating this phenomenon.

© 2021 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: erika.valero@ehu.es (E. Valero).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.11.006>

0213-9111/© 2021 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Existe abundante literatura que relaciona la precariedad laboral con el deterioro de la salud física y psicológica, y del bienestar, así como con la generación de desigualdades en salud¹⁻³. Las transformaciones socioeconómicas y políticas de finales de los años 1970, de corte neoliberal, y la consiguiente ruptura de la norma social de empleo —estable, protegido y bien pagado— que se había expandido en Occidente durante las tres décadas doradas del capitalismo^{4,5}, unidas a las sucesivas crisis que han sacudido fundamentalmente a las economías «periféricas» de Europa, han tenido importantes repercusiones para los mercados de trabajo⁶. Entre otros aspectos, han supuesto la flexibilización de las condiciones de empleo, dando como resultado un deterioro importante de la calidad del empleo y una transferencia de los riesgos y la inseguridad desde los/las empleadores/as hacia los/las trabajadores/as⁷.

Por otra parte, la precariedad laboral no se distribuye homogéneamente entre la población trabajadora. Las mujeres tienden a ocupar los puestos de trabajo de peor calidad, tienen menos contratos indefinidos que los hombres, su nivel salarial es inferior y están sobrerrepresentadas en trabajos a tiempo parcial, tanto voluntario como involuntario^{8,9}. Además, las trayectorias y actividades económicas de hombres y mujeres son distintas, lo que expone a unos y otras a situaciones y riesgos diferentes, y por tanto obligan a considerar el género en el estudio de la precariedad y sus efectos sobre la salud¹⁰. De igual forma, la precariedad laboral está más concentrada entre las personas jóvenes y las de peor posición socioeconómica¹¹.

Aunque la literatura recoge varios mecanismos intermedios que vehiculan o explican la forma en que la precariedad laboral incide en la salud, como por ejemplo la privación material¹², la exposición a condiciones de trabajo adversas, la falta de control sobre el trabajo^{13,14} y el desequilibrio esfuerzo-recompensa¹⁵, que experimentan en mayor medida los/las trabajadores/as precarios/as, siguen existiendo lagunas de conocimiento en este campo¹⁶. El propio concepto de precariedad laboral manejado en los estudios es impreciso y variable, y no existe una definición ni instrumentos de medición consensuados. Por lo general, la literatura especializada se ha centrado en estudiar el impacto de alguna dimensión concreta de la precariedad en la salud, como la temporalidad o la inseguridad laboral percibida^{17,18}. Sin embargo, la reducción de la precariedad laboral a una sola de sus dimensiones constitutivas no siempre ofrece una representación adecuada de las desigualdades sociales y en salud. Se ha demostrado, por ejemplo, que las personas con un contrato laboral indefinido pueden sufrir otras condiciones de precariedad laboral, con repercusiones en la salud, incluso más importantes que los/las trabajadores/as temporales no expuestos/as a otras formas de precariedad laboral¹⁴. Por tanto, se hace cada vez más necesaria una aproximación integral al fenómeno de la precariedad laboral, capaz de abarcar todo su alcance y analizar sus efectos múltiples e interrelacionados sobre la salud. En este punto, y con el objetivo de comprender los mecanismos de la desigualdad, es importante distinguir conceptualmente entre las condiciones de trabajo, es decir, todos aquellos factores biológicos, físicos, químicos, ergonómicos y psicosociales a los que están expuestas las personas trabajadoras, y las condiciones de empleo, que son las formas de contratación laboral, de seguridad social y las relaciones de poder entre empleadores/as y empleados/as, que son las vinculadas a la precariedad laboral y las que pueden explicar la exposición a diferentes condiciones de trabajo¹⁹.

En las últimas décadas, diversos/as autores/as han propuesto conceptos^{20,21} y medidas multidimensionales para la operacionalización de la precariedad laboral. Además de la duración de la relación contractual, se ha reconocido la importancia de otras características relacionadas con la calidad del empleo, como el nivel salarial o el acceso a determinados derechos laborales^{8,9}. Asimismo, se han elaborado constructos para su medición, como el *job*

*quality*⁸, un indicador combinado de inseguridad, temporalidad y desempleo²², o la *Escala de precariedad laboral EPRES*²³. Los índices multidimensionales no solo captan la naturaleza polifacética de la precariedad laboral, sino que, si se analiza cada una de las dimensiones que lo componen de forma separada, permiten identificar aquellas que potencialmente tienen más impacto en la salud.

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre la precariedad laboral —medida como índice multidimensional y por primera vez considerando cada una de sus dimensiones por separado— y la salud mental de los hombres y las mujeres asalariados/as en el País Vasco.

Método

Muestra

El presente estudio se basa en datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV) del año 2018, realizada a una muestra representativa de la población residente en el País Vasco. El diseño muestral comprendió dos etapas: la primera, un muestreo aleatorio estratificado a viviendas de los estratos que forman las 135 zonas básicas de salud del País Vasco (cuestionario familiar), y la segunda, seleccionando a dos tercios de las personas mayores de 14 años que residían en esas viviendas (cuestionario individual).

Se ha analizado una submuestra de personas asalariadas de 16 a 65 años que hubiesen trabajado de forma remunerada al menos 1 hora la semana previa a la realización de la encuesta. La muestra analizada constaba de 3345 casos (48,9% mujeres y 51,1% hombres). Toda la información relativa al diseño y la ejecución de la encuesta pueden encontrarse en la metodología de la ESCAV²⁴.

Medidas y variables

La *escala EPRES* es un cuestionario estructurado y validado previamente para su uso en trabajadores/as asalariados/as²³. Consta de seis dimensiones: temporalidad, salarios, desempoderamiento, vulnerabilidad, derechos y capacidad para ejercer derechos (el alfa de Cronbach de las dimensiones con varios ítems osciló entre 0,63 y 0,75). Cada una de estas dimensiones se computó como una media de los ítems que la componen, de manera que el valor de cada una oscilaba entre 0 y 4 puntos, siendo 0 la situación que indicaba menor precariedad. La *EPRES* es el resultado del sumatorio de los valores finales de todas las dimensiones anteriores, dividido por 6. Así, el valor de la *EPRES* oscila también entre 0 y 4. Tal como se recoge en la metodología de la ESCAV, se ha categorizado el valor de la *EPRES*, así como cada una de sus dimensiones por separado, en: ausencia de precariedad (0-1 inclusive), precariedad moderada (1-2 inclusive) y precariedad alta (2-4 inclusive) (ver [Tabla I en el Apéndice online](#)).

La salud mental se midió utilizando la escala *Mental Health Inventory-5* (MHI-5) de la versión española del SF-36²⁵, un instrumento genérico para evaluar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. Esta variable fue dicotomizada, de manera que los/las participantes se clasificaron en «buena» o «mala» salud mental aplicando como punto de corte 17, tal como se ha hecho en estudios previos²⁶.

Por otro lado, se consideraron las siguientes variables de ajuste: edad, estado civil (casado/a o pareja de hecho, separado/a o divorciado/a, soltero/a y viudo/a), nivel de estudios categorizado según las cuatro opciones de la Clasificación Nacional de Educación de 2014) (primarios, secundarios inferiores, secundarios superiores y universitarios) y clase ocupacional según la Clasificación Nacional de Ocupaciones categorizada en cinco opciones según la propuesta del Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología²⁷.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características de la muestra y se calcularon las prevalencias de mala salud mental estandarizadas por edad por el método directo, según el grado de precariedad, medido a través de la EPRES conjunta y por cada una de sus dimensiones, utilizando el total de la submuestra como población de referencia. Posteriormente se utilizaron modelos de regresión de Poisson robusto para estimar las razones de prevalencia (RP) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%) de mala salud mental por nivel de precariedad laboral, también de forma conjunta y por dimensiones. Se estimaron cuatro modelos: el primer modelo (simple) ajustado por edad, el segundo por edad y estado civil, el tercero añadiendo el nivel de estudios y la clase social ocupacional, y el cuarto agregando el resto de las dimensiones de la EPRES.

Todos los análisis fueron estratificados por sexo. Para el tratamiento de los datos se utilizó un elevador a modo de ponderador, facilitado por el propio fichero de microdatos de la ESCAV. El cálculo de las prevalencias estandarizadas se llevó a cabo en un fichero Excel, mientras que el resto de los análisis se realizaron con SPSS.

Resultados

En la tabla 1 se presentan las principales características de la muestra, según el sexo. La edad media es prácticamente igual en ambos grupos (43,1 años). Existen diferencias significativas en relación con el nivel de estudios y la clase social ocupacional entre hombres y mujeres. Por un lado, hay una mayor proporción de mujeres con estudios universitarios (un 44,3% frente a un 28,3%), mientras que hay más hombres con estudios secundarios superiores (un 49,5% frente a un 38,2%). Por otro lado, la mayoría de los hombres (más del 60%) y la mitad de las mujeres son trabajadores/as manuales (clases IV y V). Por último, observamos que las mujeres están significativamente más expuestas a trabajos con precariedad moderada (29,4%) o elevada (6,9%) que los hombres (20,3% y 4,7%, respectivamente).

En cuanto a las prevalencias estandarizadas (figs. 1 y 2), observamos que los porcentajes de mala salud mental son muy superiores entre quienes se encuentran en situación de precariedad alta (17,1% y 36,1% en hombres y mujeres, respectivamente) o moderada (10,6% y 17,5%, respectivamente) que entre los/las trabajadores/as no precarios/as (5,9% y 8,8%, respectivamente). Por dimensiones, los hombres muy o moderadamente precarios presentan tasas más altas de mala salud mental, salvo en la dimensión «derechos», en la que este porcentaje es mayor entre los trabajadores no precarios (7,9%) que en los que se encuentran en situación de precariedad moderada o alta (en torno al 6% en ambos casos). En las mujeres, prácticamente observamos un gradiente en todas las dimensiones, de manera que, a mayor nivel de precariedad, mayor prevalencia de trabajadoras con mala salud mental, salvo en el caso de la temporalidad y los derechos, en los que el porcentaje de mala salud mental es algo mayor entre las que tienen una situación de precariedad moderada. Además, en ambos sexos, para algunas dimensiones la prevalencia estandarizada de trabajadores/as con mala salud mental es tres veces superior entre quienes están en situación de precariedad alta que entre los/las no precarios/as, como en el caso del nivel salarial (15,9% y 25,4% frente a 5,0% y 7,3% en hombres y mujeres, respectivamente) o la vulnerabilidad (16,4% y 32,8% frente a 5,9% y 8,0%, respectivamente).

Atendiendo a los modelos de regresión (tablas 2 y 3), constatamos que la precariedad alta triplica las probabilidades de sufrir mala salud mental, tanto en los hombres (RP: 3,51; IC95%: 2,05-6,01) como en las mujeres (RP: 3,42; IC95%: 2,35-4,97), incluso después de introducir todas las variables sociodemográficas en los modelos. La precariedad moderada casi duplica el riesgo entre las

Tabla 1
Características sociodemográficas, nivel de precariedad y salud mental por sexo

	Hombres (n = 1709) Media (DT)	Mujeres (n = 1636) Media (DT)	
Edad, años	43,10 (10,59)	43,11 (10,56)	
	n (%)	n (%)	p
<i>Estado civil</i>			
Soltero/a	626 (36,7)	544 (33,3)	<0,001
Casado/a	1021 (59,8)	945 (57,8)	
Separado/a	51 (3,0)	126 (7,7)	
Viudo/a	9 (0,5)	19 (1,2)	
<i>Nivel de estudios</i>			
Primaria	171 (10,0)	114 (7,0)	<0,001
Secundaria inferior	209 (12,2)	173 (10,6)	
Secundaria superior	846 (49,5)	625 (38,2)	
Universitarios	483 (28,3)	724 (44,2)	
<i>Clase social</i>			
I	208 (12,2)	236 (14,4)	<0,001
II	146 (8,5)	215 (13,1)	
III	303 (17,7)	412 (25,2)	
IV	885 (51,8)	536 (32,8)	
V	166 (9,7)	236 (14,4)	
<i>Temporalidad</i>			
No precariedad	1327 (77,7)	1149 (70,2)	<0,001
Precariedad moderada	191 (11,2)	269 (16,4)	
Precariedad alta	191 (11,2)	218 (13,3)	
<i>Salarios</i>			
No precariedad	1162 (68)	937 (57,3)	<0,001
Precariedad moderada	337 (19,7)	359 (21,9)	
Precariedad alta	209 (12,2)	340 (20,8)	
<i>Desempoderamiento</i>			
No precariedad	1353 (79,2)	1262 (77,1)	0,010
Precariedad moderada	178 (10,4)	150 (9,2)	
Precariedad alta	178 (10,4)	224 (13,7)	
<i>Vulnerabilidad</i>			
No precariedad	1184 (69,4)	1100 (67,2)	0,243
Precariedad moderada	358 (20,9)	382 (23,3)	
Precariedad alta	167 (9,7)	154 (9,4)	
<i>Derechos</i>			
No precariedad	1349 (78,9)	1135 (69,4)	<0,001
Precariedad moderada	139 (8,1)	175 (10,7)	
Precariedad alta	221 (12,9)	325 (19,9)	
<i>Ejercer derechos</i>			
No precariedad	1387 (81,2)	1302 (79,6)	0,220
Precariedad moderada	220 (12,9)	212 (13)	
Precariedad alta	102 (6,0)	122 (7,5)	
<i>Escala EPRES</i>			
No precariedad	1281 (75)	1042 (63,7)	<0,001
Precariedad moderada	347 (20,3)	481 (29,4)	
Precariedad alta	81 (4,7)	113 (6,9)	
<i>Mala salud mental</i>			
No	1586 (92,8)	1436 (87,8)	<0,001
Sí	123 (7,2)	200 (12,2)	

DT: desviación típica.

trabajadoras (RP: 1,95; IC95%: 1,45-2,61). Por otro lado, observamos que algunas dimensiones se asocian significativamente con peor estado de salud mental, no solo después de introducir las variables sociodemográficas en los modelos, sino incluso al ajustarlos por el resto de las dimensiones de la precariedad (modelo 4). En los hombres, aquellas que arrojan estimaciones más altas serían, en orden, los bajos salarios (RP: 2,58; IC95%: 1,65-4,03), el desempoderamiento (RP: 2,17; IC95%: 1,37-3,42) y la falta de capacidad para ejercer derechos (RP: 1,64; IC95%: 1,05-2,56), aunque no son diferencias significativas (los IC95% se superponen). En las mujeres, la dimensión que más parece aumentar las posibilidades de presentar un mal estado de salud mental es la vulnerabilidad (RP: 2,55; IC95%: 1,80-3,61), seguida de un nivel salarial insuficiente (RP: 2,29; IC95%: 1,58-3,32) y de la incapacidad para ejercer derechos (RP: 1,49; IC95%: 1,00-2,20), pero como en el caso anterior, las diferencias no son significativas. La temporalidad, por su parte, no se asocia a peores resultados en salud mental cuando se ajustan

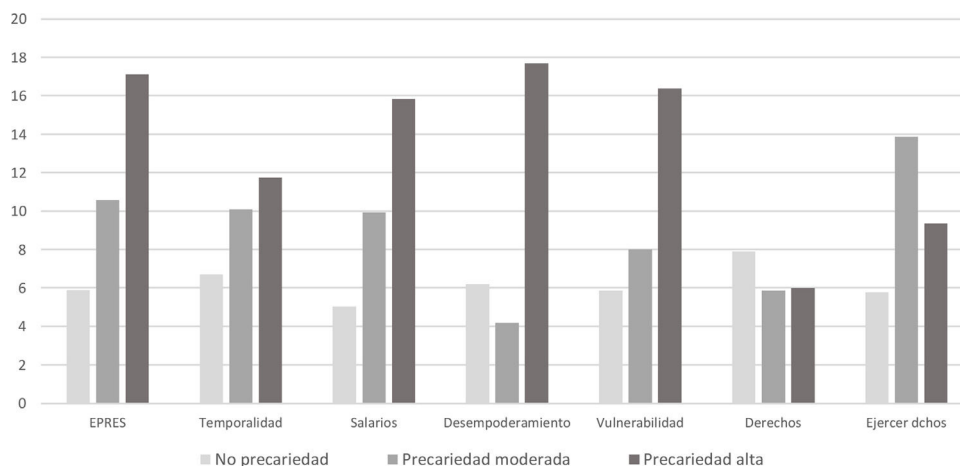


Figura 1. Prevalencias estandarizadas de mala salud mental según el grado de precariedad en hombres.

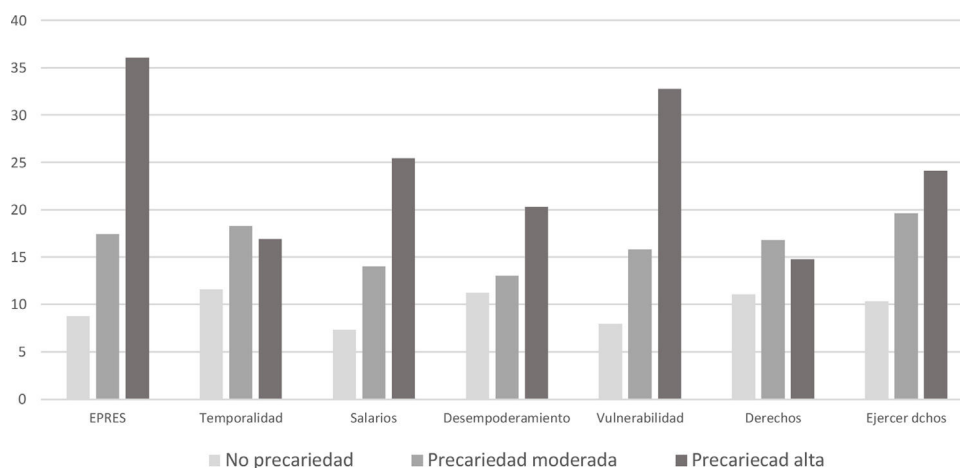


Figura 2. Prevalencias estandarizadas de mala salud mental según el grado de precariedad en mujeres.

los modelos por el conjunto de variables, tanto en hombres como en mujeres, ni tampoco el desempoderamiento y los derechos en el caso de las mujeres, y la vulnerabilidad entre los hombres. Por último, en la dimensión «derechos», un nivel alto de precariedad en los hombres se convierte en un factor protector (RP: 0,41; IC95%: 0,21-0,81) en el último modelo.

Discusión

Aunque los hallazgos de nuestro estudio no descartan la influencia de la situación económica sobre la mala salud mental, la precariedad laboral muestra un efecto independiente sobre la salud mental, como señalan también otros estudios que emplean la misma escala de precariedad EPRES^{11,28}.

Varias de las dimensiones de la EPRES se relacionan significativamente con peor salud mental, incluso al ajustar los modelos por las variables socioeconómicas y el resto de las dimensiones, lo que sugiere un efecto particular e independiente de estas. El nivel salarial es, tanto en hombres como en mujeres, una de las dimensiones con estimaciones más altas, lo que podría explicarse por el mecanismo causal de la privación material¹², que puede limitar el acceso a bienes esenciales²⁹ y constituir una fuente de estrés importante³⁰.

Otra de las dimensiones que se muestra más relacionada con la salud mental, pero solo en las mujeres, es la vulnerabilidad, analizada como el sentimiento de indefensión y el miedo a las represalias o a ser despedido/a por reclamar mejores condiciones o no cumplir ciertas órdenes. Es posible que, en el caso de las trabajadoras, la

subordinación por la relación contractual con la persona empleadora se combine con la subordinación por género, es decir, que se intensifique su posición de inferioridad en una relación de poder con respecto a sus superiores, multiplicando los efectos adversos que la vulnerabilidad laboral ejerce sobre su salud. Este tipo de vulnerabilidad ha sido descrita como un tipo de subordinación laboral que se experimenta como una sensación de amenaza constante y obliga a los/las trabajadores/as a que cumplan más horas o asuman tareas y cargas de trabajo no estipuladas en sus contratos³¹.

Curiosamente, una de las dimensiones más características del mercado de trabajo español, la temporalidad, no se asocia significativamente con peores resultados de salud mental cuando se considera la posición socioeconómica, tanto en hombres como en mujeres. Estos resultados no concuerdan con los hallados por algunos estudios realizados para el conjunto del estado español y en otros países europeos^{32,33}, aunque otras investigaciones no han encontrado peores resultados en salud entre trabajadores/as temporales frente a permanentes, al analizar otros aspectos relativos a la precariedad laboral³⁴. En cualquier caso, que el impacto desaparezca al introducir las variables socioeconómicas puede indicar que la temporalidad es un fenómeno transversal en el mercado de trabajo español, que afecta incluso a sectores y puestos de trabajo por lo demás no precarizados.

Aunque con menor consistencia, otras características laborales que inciden negativamente en la salud mental son la incapacidad para ejercer determinados derechos y el desempoderamiento. Sin embargo, para la dimensión «ejercer derechos» no se apre-

Tabla 2
Mala salud mental según el grado de precariedad por dimensiones y conjunta en hombres

	Modelo 1 RP (IC95%)	Modelo 2 RP (IC95%)	Modelo 3 RP (IC95%)	Modelo 4 RP (IC95%)
<i>Escala EPRES</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	1,56 (1,02-2,38)	1,57 (1,03-2,39)	1,50 (1,00-2,25)	—
Alta	4,29 (2,59-7,11)	4,41 (2,63-7,38)	3,51 (2,05-6,01)	—
<i>Temporalidad</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	1,12 (0,60-2,08)	1,13 (0,61-2,10)	1,08 (0,59-1,98)	0,82 (0,44-1,54)
Alta	1,85 (1,09-3,13)	1,85 (1,08-3,16)	1,64 (0,98-2,73)	0,86 (0,47-1,61)
<i>Salario</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	1,94 (1,27-2,96)	1,99 (1,30-3,05)	1,83 (1,20-2,79)	1,59 (1,04-2,45)
Alta	3,55 (2,39-5,28)	3,62 (2,44-5,37)	3,13 (2,09-4,69)	2,58 (1,65-4,03)
<i>Desempoderamiento</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	0,81 (0,41-1,58)	0,80 (0,41-1,55)	0,89 (0,46-1,71)	0,74 (0,39-1,39)
Alta	3,02 (2,06-4,42)	3,08 (2,10-4,51)	3,05 (2,04-4,55)	2,17 (1,37-3,42)
<i>Vulnerabilidad</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	1,24 (0,80-1,91)	1,20 (0,77-1,85)	1,10 (0,71-1,70)	0,91 (0,59-1,42)
Alta	2,82 (1,86-4,25)	2,86 (1,89-4,33)	2,47 (1,61-3,79)	1,43 (0,84-2,44)
<i>Derechos</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	0,74 (0,37-1,49)	0,76 (0,30-1,13)	0,83 (0,41-1,68)	0,60 (0,32-1,27)
Alta	0,57 (0,29-1,11)	0,58 (0,30-1,13)	0,59 (0,30-1,17)	0,41 (0,21-0,81)
<i>Ejercer derechos</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	2,15 (1,44-3,22)	2,17 (1,46-3,23)	1,92 (1,28-2,87)	1,64 (1,05-2,56)
Alta	1,90 (1,05-3,44)	1,94 (1,06-3,52)	1,67 (0,93-3,00)	1,47 (0,73-2,96)

IC95%: intervalo de confianza al 95%; RP: razón de prevalencia.

Modelo 1: ajustado por edad; modelo 2: + estado civil; modelo 3: + nivel de estudios y clase social; modelo 4: + resto de las dimensiones de la *escala EPRES*.

Tabla 3
Mala salud mental según el grado de precariedad por dimensiones y conjunta en mujeres

	Modelo 1 RP (IC95%)	Modelo 2 RP (IC95%)	Modelo 3 RP (IC95%)	Modelo 4 RP (IC95%)
<i>Escala EPRES</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	2,24 (1,69-2,99)	2,14 (1,60-2,85)	1,95 (1,45-2,61)	—
Alta	4,57 (3,25-6,43)	4,23 (2,99-5,98)	3,42 (2,35-4,97)	—
<i>Temporalidad</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	1,70 (1,22-2,38)	1,68 (1,19-2,37)	1,48 (1,06-2,06)	1,14 (0,81-1,61)
Alta	1,57 (1,07-2,30)	1,52 (1,02-2,24)	1,27 (0,86-1,88)	0,78 (0,51-1,21)
<i>Salario</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	2,19 (1,57-3,06)	2,13 (1,53-2,96)	1,86 (1,32-2,62)	1,52 (1,06-2,18)
Alta	3,68 (2,74-4,94)	3,54 (2,63-4,76)	2,89 (2,12-3,93)	2,29 (1,58-3,32)
<i>Desempoderamiento</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	1,01 (0,63-1,61)	0,98 (0,61-1,59)	0,86 (0,54-1,37)	0,68 (0,42-1,09)
Alta	1,73 (1,26-2,37)	1,65 (1,19-2,28)	1,36 (0,98-1,89)	0,83 (0,59-1,69)
<i>Vulnerabilidad</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	1,87 (1,39-2,53)	1,89 (1,40-2,54)	1,68 (1,24-2,28)	1,41 (1,02-1,94)
Alta	4,21 (3,14-5,63)	3,98 (2,98-5,32)	3,56 (2,61-4,84)	2,55 (1,80-3,61)
<i>Derechos</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	1,32 (0,89-1,96)	1,26 (0,86-1,87)	1,24 (0,84-1,83)	1,04 (0,70-1,54)
Alta	1,66 (1,24-2,22)	1,61 (1,21-2,14)	1,57 (1,18-2,09)	1,19 (0,90-1,57)
<i>Ejercer derechos</i>				
Ref.	1	1	1	1
Moderada	1,91 (1,40-2,61)	1,83 (1,34-2,50)	1,68 (1,23-2,31)	1,25 (0,91-1,71)
Alta	2,40 (1,67-3,46)	2,27 (1,58-3,26)	2,01 (1,37-2,96)	1,49 (1,00-2,20)

IC95%: intervalo de confianza al 95%; RP: razón de prevalencia.

Modelo 1: ajustado por edad; modelo 2: + estado civil; modelo 3: + nivel de estudios y clase social; modelo 4: + resto de las dimensiones de la *escala EPRES*.

cia un gradiente claro, mientras que el desempoderamiento solo parece afectar de manera negativa a la salud mental de los hombres. La imposibilidad de acceder a ciertos derechos, como disponer de los días de descanso estipulados o de días de permiso por

motivos personales, así como carecer de poder de decisión en relación con las condiciones de trabajo, pueden relacionarse con la falta de control sobre el trabajo¹² y generar una sensación de escasa autonomía, con efectos negativos sobre la salud mental. En el caso

del desempoderamiento, además, no contar con poder de decisión en el ámbito laboral podría favorecer la exposición a unas condiciones de trabajo adversas¹² y perjudiciales para la salud. En este sentido, algunos estudios han sugerido que, entre los hombres casados, la «obligación» de ejercer como sostén económico del hogar (*breadwinner theory*) puede hacer que acepten peores condiciones de trabajo que las mujeres¹⁷, si bien otras investigaciones han planteado la potencial relación entre algunos aspectos del empleo precario más prevalentes entre las mujeres y peores condiciones de trabajo³⁵.

Por último, los hombres en situación de precariedad alta para la dimensión «derechos» tienen significativamente menos probabilidades de sufrir ansiedad y depresión que los no precarios, si bien este resultado puede deberse al hecho de que los categorizados como trabajadores muy precarios son aquellos que desconocen si tienen derecho a cobrar una indemnización por despido, y ese desconocimiento no les convierte necesariamente en trabajadores precarios.

Limitaciones y fortalezas

Esta investigación presenta diversas limitaciones. Para empezar, la naturaleza transversal del estudio impide establecer un principio de causalidad entre la precariedad laboral y la salud mental, aunque investigaciones de carácter longitudinal apuntan hacia los efectos adversos de la precariedad sobre la salud³. Por otro lado, la investigación se ha centrado en trabajadores/as asalariados/as, quedando fuera del análisis la población trabajadora en otro régimen contractual, así como la que carece de contrato laboral, de manera que no se ha podido evidenciar todo el alcance de la precariedad laboral en el País Vasco. Por ello, es necesario impulsar nuevas investigaciones que adapten y analicen la EPRES en trabajadores/as autónomos/as, que cada vez constituyen una parte más importante de la población ocupada, así como en quienes carecen de contrato laboral.

A pesar de dichas limitaciones, esta investigación también cuenta con varias fortalezas. En primer lugar, está basada en una muestra grande y representativa de la población asalariada en Euskadi. Además, es el primer estudio que analiza las desigualdades en salud mental considerando las dimensiones de la EPRES por separado, lo que contribuye a entender mejor la importancia relativa de cada una de ellas.

Implicaciones políticas

Estos resultados demuestran el riesgo que la precariedad laboral supone para la salud mental de la población asalariada, lo que debe motivar medidas y políticas destinadas a impedir que las personas trabajadoras experimenten condiciones de empleo adversas. Además, los resultados obtenidos pueden contribuir a que las iniciativas políticas prioricen la lucha contra ciertas condiciones de empleo que parecen tener un mayor impacto sobre la salud, como los bajos salarios en ambos sexos o la vulnerabilidad en las mujeres, sin olvidar el resto de las dimensiones de la precariedad. En este sentido, la negociación colectiva puede constituir un buen instrumento para establecer salarios y condiciones de trabajo y empleo adecuados, aunque también son necesarias las inspecciones de trabajo que garanticen el cumplimiento de los marcos de protección y regulación laboral.

Disponibilidad de bases de datos y material para la réplica

El fichero de microdatos de la ESCAV utilizado para este artículo pertenece al Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Para acceder a él, contactar con el Departamento de Salud en la siguiente dirección: <https://www.euskadi.eus/web01-sedeform/>

[es/x43kToolkitWar/form/fdp?procedureId=1013901&tipoPresentacion=1&language=es](https://www.euskadi.eus/x43kToolkitWar/form/fdp?procedureId=1013901&tipoPresentacion=1&language=es)

¿Qué se sabe sobre el tema?

Algunos estudios en esta área de investigación han puesto de manifiesto el impacto de diferentes formas de precariedad laboral en la salud de la población trabajadora. La *escala EPRES* utilizada en esta investigación también ha demostrado asociarse significativamente con peor salud en Cataluña, en el conjunto de España y en Suecia.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Este estudio es, que sepamos, el primero en analizar cada una de las dimensiones de la escala de precariedad laboral EPRES por separado, de manera que permite identificar aquellas con una mayor capacidad de impacto en la salud mental.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Los resultados de este estudio pueden ayudar a identificar los aspectos de la precariedad laboral más lesivos para la salud mental, de modo que las medidas sociopolíticas se orienten a combatir fundamentalmente estos aspectos.

Editor responsable del artículo

Andreu Segura.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

E. Valero, M. Utzet y U. Martín concibieron el estudio. E. Valero realizó los cálculos estadísticos e interpretó los resultados, junto con M. Utzet y U. Martín. E. Valero redactó la primera versión del artículo, que fue revisada, trabajada y mejorada por M. Utzet y U. Martín. Todas las personas firmantes revisaron y estuvieron de acuerdo con la última versión del artículo.

Financiación

La autora Erika Valero es beneficiaria del Programa Predoctoral de Personal Investigador No Doctor del Departamento de Educación del Gobierno Vasco (España). No existe un código identificador del Programa Predoctoral del Gobierno Vasco.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2021.11.006](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.11.006).

Bibliografía

1. Benach J, Vives A, Amable M, et al. Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:229–53.
2. Tompa E, Scott-Marshall H, Dolinschi R, et al. Precarious employment experiences and their health consequences: towards a theoretical framework. *Work*. 2007;28:209–24.
3. Rönblad T, Grönholm E, Jonsson J, et al. Precarious employment and mental health: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scan J Work Env Health*. 2019;45:429–43.
4. Stiglitz J. *El malestar en la globalización*. Madrid: Taurus; 2002.
5. Cano E. La extensión de la precariedad laboral como norma social. *Soc Utopía Rev Ciencias Soc*. 2007;29:117–37.
6. Gutiérrez Barbarrusa T. El auge del empleo precario en Europa. Conceptos, indicaciones y efectos de la crisis económica mundial. *Rev Int Trab*. 2016;135:515–49.
7. Organización Internacional del Trabajo. *Del trabajo precario al trabajo decente. Documento final del simposio de los trabajadores sobre políticas y reglamentación para luchar contra el trabajo precario*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, Oficina de Actividades para los Trabajadores; 2012.
8. De Moortel D, Vandenhede H, Vanroelen C. Contemporary employment arrangements and mental well-being in men and women across Europe: a cross-sectional study. *Int J Equity Health*. 2014;13:90.
9. Puig-Barrachina V, Vanroelen C, Vives A, et al. Measuring employment precariousness in the European Working Conditions Survey: the social distribution in Europe. *Work*. 2014;49:143–61.
10. Messing K. Women's occupational health: a critical review and discussion of current issues. *Women Health*. 1997;25:39–68.
11. Benach J, Julià M, Tarafa G, et al. Multidimensional measurement of precarious employment: social distribution and its association with health in Catalonia (Spain). *Gac Sanit*. 2015;29:375–8.
12. Robert G, Martínez J, García A, et al. From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health. *Eur J Public Health*. 2014;24:404–9.
13. Van Aerden K, Puig-Barrachina V, Bosmans K, et al. How does employment quality relate to health and job satisfaction in Europe? A typological approach. *Soc Sci Med*. 2016;158:132–40.
14. Julià M, Vives A, Tarafa G, et al. Changing the way we understand precarious employment and health: precarisation affects the entire salaried population. *Saf Sci*. 2017;100:66–73.
15. Siegrist J. Effort-reward imbalance model. En: Fink G, editor. *Stress: concepts, cognition, emotion, and behavior*. New York: Academic Press; 2016. p. 81–6.
16. Benach J, Vives A, Tarafa G, et al. What should we know about precarious employment and health in 2025? Framing the agenda for the next decade of research. *Int J Epidemiol*. 2016;45:232–8.
17. Cortes-Franch I, Escriba-Aguir V, Benach J, et al. Employment stability and mental health in Spain: towards understanding the influence of gender and partner/marital status. *BMC Public Health*. 2018;18:425.
18. Utzet M, Navarro A, Llorens C, et al. Is the worsening of psychosocial exposures associated with mental health? Comparing two population-based cross-sectional studies in Spain, 2005–2010. *Am J Ind Med*. 2016;59:399–407.
19. Benach J, Muntaner C. *Employment. En: work and health inequalities: a global perspective*. Barcelona: Icaria; 2013.
20. Rodgers G, Rodgers J. Precarious jobs in labour market regulation: the growth of atypical employment in Western Europe. *International Institute for Labour Studies*; 1989.
21. Standing G. *El precariado. Una nueva clase social*. Barcelona: Pasado y Presente; 2013.
22. Canivet C, Bodin T, Emmelin M, et al. Precarious employment is a risk factor for poor mental health in young individuals in Sweden: a cohort study with multiple follow-ups. *BMC Public Health*. 2016;16:687.
23. Vives A, Amable M, Ferrer M, et al. The Employment Precariousness Scale (EPRES): psychometric properties of a new tool for epidemiological studies among waged and salaried workers. *Occup Environ Med*. 2010;67:548–55.
24. Metodología Encuesta de Salud del País Vasco 2018 (ESCAV 18). Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco; 2018. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/encuesta-salud-2018-metodologia/web01-a3osag17/es/>.
25. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19:135–50.
26. Lara M, Navarro C, Mondragón L, et al. Validity and reliability of the MH15 evaluating women at primary health care level. *Salud Ment*. 2002;25:13–20.
27. Domingo-Salvany A, Regidor E, Alonso J, et al. Proposal for a social class measure. Working Group of the Spanish Society of Epidemiology and the Spanish Society of Family and Community Medicine. *Aten Primaria*. 2000;25:350–63.
28. Vives A, Vanroelen C, Amable M, et al. Employment precariousness in Spain: prevalence, social distribution, and population-attributable risk percent of poor mental health. *Int J Health Serv*. 2011;41:625–46.
29. Pevalin D, Reeves A, Baker E, et al. The impact of persistent poor housing conditions on mental health: a longitudinal population-based study. *Prev Med*. 2017;105:304–10.
30. Saunders P. Poverty and health: exploring the links between financial stress and emotional stress in Australia. *Aust N Z J Public Health*. 1998;22:11–6.
31. Salazar P. Relaciones laborales neoliberales: la "subordinación ultra-contractual". *Sociol Trab*. 2019;95:89–103.
32. Arias-de la Torre J, Artazcoz L, Molina AJ, et al. Inequalities in mental health in the working population of Spain: a National Health Survey-based study. *Gac Sanit*. 2016;30:339–44.
33. Sidorchuk A, Engstrom K, Johnson CM, et al. Employment status and psychological distress in a population-based cross-sectional study in Sweden: the impact of migration. *BMJ Open*. 2017;7:e014698.
34. Virtanen P, Janlert U, Hammarström A. Exposure to temporary employment and job insecurity: a longitudinal study of the health effects. *Occup Environ Med*. 2011;68:570–4.
35. De Moortel D, Thévenon O, De Witte H, et al. Working hours mismatch, macro-economic changes, and mental well-being in Europe. *J Health Soc Behav*. 2017;58:217–31.