

**Universitat Pompeu Fabra**

**Departament de Ciències Experimentals i de la Salut**

**Desigualtats en salut en un  
marc integrat de gènere, classe social i treball**

Memòria que presenta la llicenciada Lucía Artazcoz per accedir al grau de Doctora

**Dirigida per:**

Dra. Carme Borrell

Dr. Joan Benach

Barcelona 2004

Dipòsit legal: B.49650-2004  
ISBN: 84-689-xxxx-x

## Resum

**Objectiu:** Analitzar l'impacte de les desigualtats de gènere i de classe relacionades amb el treball en l'estat de salut de les dones i els homes de 25 a 64 anys.

**Mètodes:** Tres dels cinc estudis inclosos en aquesta tesi han estat basats en l'Enquesta de Salut de Catalunya de 1994 i constitueixen una trilogia que analitza les desigualtats des de tres mirades: la que analitza les diferències en l'estat de salut entre les dones ocupades i les mestresses de casa; la que analitza l'efecte de la doble jornada en l'estat de salut sobre la salut de les dones i els homes i, finalment, la que compara les diferències de gènere en l'impacte de l'atur sobre l'estat de salut mental i examina el paper dels rols familiars. A més, hi ha dos estudis addicionals, un basat en l'Enquesta de Salut de Terrassa de 1998 i l'altre en la Encuesta Navarra de Condiciones de Trabajo de 1997 sobre les diferències de gènere en l'impacte de la doble jornada. L'anàlisi estadística s'ha basat fonamentalment en l'ajust de models de regressió logística multivariats separats pel sexe i, en el cas dels estudis basats en l'Enquesta de Salut de Catalunya, també per la classe.

**Resultats:** Es demostra que globalment la incorporació de les dones al mercat de treball sembla tenir un efecte positiu sobre el seu estat de salut però l'efecte invers en estils de vida relacionats amb el fet de disposar de temps lleure. Aquesta manca de temps lleure estaria associada a les dificultats per compaginar vida laboral i familiar, sobretot entre les dones de classes més desfavorides en les que l'impacte de la doble jornada sobre la salut – que en absolut afecta els homes – és superior que entre les dones més privilegiades. De fet, per a les dones que han de compaginar vida laboral i familiar, es demostra que disposar d'una persona contractada per a les feines de la llar té un efecte protector en la seva salut percebuda. Finalment, es demostra que perdre el treball remunerat té més impacte sobre la salut mental dels homes, però no per la menor implicació de les dones en el treball remunerat sinó per la seva major responsabilitat en la unitat familiar que actuaria com element protector.

**Conclusions:** L'anàlisi de les desigualtats en salut requereix la integració dels marcs de gènere i de classe i, en el cas de la població de 25 a 64 anys, del paper del treball remunerat i del domèstic. Els determinants socials de l'estat de salut de les dones i els homes són diferents i en gran mesura estan determinats per la interaccions amb la classe social i els treballs.

**Paraules clau:** Gènere, classe social, salut laboral, característiques familiars, responsabilitats domèstiques.

## Summary

**Objective:** To analyse the impact of gender and class inequalities related to work in the health status of women and men aged 25-64.

**Methods:** Three of the five studies are based on the 1994 Catalonian Health Survey and constitute a trilogy that analyse health inequalities from three points of view: the health differences between female workers and full-time homemakers; the comparison of the effect of combining job and family responsibilities between women and men and, finally, the analysis of gender differences in the impact of unemployment on mental health and additionally examines the role of family responsibilities. Moreover, two additional studies based on the 1998 Terrassa Health Survey and on the 1997 Navarra Working Conditions Survey further analyse the gender differences in the impact of combining job and family demands on health. Statistical analysis has been based on the adjustment of multivariate logistic regression models separated for sex, and in the studies based on the Catalonian Health Survey, also by social class.

**Results:** Women entrance into the labour market has had an overall positive impact on their health but a reverse effect on lifestyles related to leisure time. The lack of leisure time is related to the difficulties for combining job and family responsibilities, primarily among less favoured women. In this group the impact of the double burden – that does not affect men's health - is higher than among more privileged women. In fact, among women who have to combined job and family demands, hiring a domestic worker is protective for their self-perceived health status. Finally, we have demonstrated that losing a job have a higher impact on male's mental health, but it seems that this is not related to the lower attachment of women to the labour markers, but to their higher involvement on family responsibilities that buffers the impact of unemployment.

**Conclusions:** The analysis of gender inequalities in health requires the integration of the gender and social class frameworks and, among people aged 25-64, also of that of work. Social determinants of health status of women and men are different and, to a great extent, they are determined by the interactions with social class and work.

**Keywords:** Gender, social class, occupational health, family characteristics, domestic responsibilities.

## Agraïments

Agraeixo a la Carme Borrell, co-directora de la meva tesi i companya durant molts anys a l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), per les oportunitats que m'ha donat per desenvolupar-me professionalment i, en concret, per la de poder treballar en una línia de recerca que em va fer recuperar la il·lusió per la salut pública. Vull agrair també al meu co-director, Joan Benach, pel seu ànim, suport i esperit positiu que ha compartit amb mi durant l'elaboració d'aquesta tesi. Vull agrair, en fi, als meus dos directors, tot el que m'han ensenyat, i la feina i el temps que m'han dedicat.

Les publicacions que aquí es presenten no haurien estat possibles sense el lligam amb el programa Dona, Salut i Qualitat de Vida del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS), la riquesa de la discussió sobre les desigualtats de gènere en salut en un grup de professionals i amigues, ni sense l'alè i la força de la Carme Valls i la resta de companyes del programa.

No hauria pogut fer aquesta tesi de no treballar a l'Agència de Salut Pública de Barcelona, institució a la què vaig venir des de Navarra atreta pel seu prestigi i en la què ja porto treballant quasi catorze anys. Malgrat les dificultats que he viscut en ocasions, o el ritme de treball sovint molt exigent, m'ha donat l'oportunitat de conèixer i aprendre de professionals extraordinaris en un ambient que recolza les iniciatives. M'ha permès accedir al món de les enquestes de salut des de dintre, cosa que hauria estat molt difícil de no treballar aquí. Però l'ASPB són les persones. A quasi totes haig d'agrair el suport que m'han prestat i a moltes la seva profunda amistat. La meva colla, amb l'Emma, la Teresa, el Manel, el Pere i el Joaquín ha estat el coixí que necessitava en moments d'angoixa; la que m'ha fet riure en tantes ocasions, també en les més dures. Les persones del meu servei, la Imma, la Montse, la Marisa, l'Emilia, l'Anna i la Maria, amb el seu suport m'han donat la tranquil·litat necessària, si en alguna ocasió he tingut tranquil·litat, per elaborar les idees que es presenten en aquesta tesi.

Agraeixo al Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya haver-me permès utilitzar les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya que han estat la base de tres dels estudis aquí presentats; a l'Instituto Navarro de Salud Laboral les oportunitats de compartir treballs en comú i, en concret, un en dels articles d'aquesta tesi basat en dades de la Encuesta Navarra de Condiciones del Trabajo. També agraeixo als responsables de l'Enquesta de Salut de Terrassa per haver-me permès analitzar la seva enquesta en un altre article de la tesi. El meu agraïment també per al Dave MacFarlane per la correcció de l'anglès, sempre tan precisa.

Finalment, vull agrair la meva família més propera, els meus pares, el meu germà i la meva cunyada el seu suport incondicional. I a la meva parella, Txusma, per compartir amb mi la seva experiència com a treballador que ha viscut situacions molt dures que m'han permès entendre millor els resultats freds dels números. I per ensenyar-me a veure el món amb altres ulls.

Aquesta tesi es basa en les següents publicacions:

- I. Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfis I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position (en premsa). Soc Sci Med.
- II. Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. J Epidemiol Community Health 2001; 55: 639-647.
- III. Artazcoz L, Artieda L, Borrell, C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? Eur J Public Health 2004; 14: 43-48.
- IV. Artazcoz L, Borrell C, Rohlfis I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. Gac Sanit 2001; 15: 150-153.
- V. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions between gender, family roles, and social class. Am J Public Health 2004; 94: 82-88.





# Índex

<b>Introducció</b> .....	<b>1</b>
<b>La divisió sexual del treball</b> .....	<b>3</b>
La incorporació de les dones al mercat de treball .....	3
La segregació horitzontal i vertical .....	4
L'atur .....	4
El treball domèstic .....	5
<b>La divisió sexual del treball a Espanya</b> .....	<b>6</b>
La incorporació de les dones al mercat de treball .....	6
La segregació horitzontal i vertical .....	9
L'atur .....	10
El treball domèstic .....	11
<b>Les polítiques laborals en la divisió sexual del treball</b> .....	<b>13</b>
<b>Divisió sexual del treball, classe social i salut</b> .....	<b>15</b>
Diferències de gènere en l'estat de salut .....	15
Diferències de gènere en l'anàlisi dels determinants socials de la salut.....	16
L'anàlisi d'un nou ordre que qüestiona la divisió sexual del treball .....	17
Dones ocupades i mestresses de casa .....	18
La combinació de la vida laboral i familiar.....	20
L'atur.....	21
<b>Integració de dos paradigmes de recerca de les desigualtats en salut: gènere i classe social</b> .....	<b>21</b>
<b>Justificació</b> .....	<b>25</b>
<b>Objectius i hipòtesis</b> .....	<b>27</b>
<b>Mètodes</b> .....	<b>31</b>
<b>Fonts de dades</b> .....	<b>33</b>
<b>Disseny</b> .....	<b>33</b>
<b>Poblacions d'estudi</b> .....	<b>33</b>
<b>Variables</b> .....	<b>34</b>
<b>Anàlisi estadística</b> .....	<b>36</b>
<b>Resultats</b> .....	<b>37</b>
<b>Mestresses de casa i dones ocupades</b> .....	<b>38</b>
<b>Combinació de la vida laboral i familiar</b> .....	<b>51</b>
<b>Atur i salut mental</b> .....	<b>73</b>
<b>Discussió</b> .....	<b>83</b>
<b>Mestresses de casa i dones ocupades</b> .....	<b>85</b>
<b>Combinació de la vida laboral i familiar</b> .....	<b>87</b>
<b>Atur i salut mental</b> .....	<b>92</b>
<b>Fortaleses i limitacions</b> .....	<b>93</b>
<b>Recomanacions</b> .....	<b>95</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>99</b>



# Introducció

Els cinc estudis que formen part d'aquesta tesi doctoral tenen com a objectiu entendre les desigualtats en salut en un marc que combina l'abordatge de gènere i de classe social. En la població de 25 a 64 anys, en la què se centra la tesi, això implica la consideració de la divisió sexual del treball com determinant de la salut en un context en el què la lògica de la divisió sexual de les esferes domèstica i laboral comença a deixar de tenir sentit per la incorporació decidida de les dones en el mercat de treball. Gènere, classe social i treball estan estretament relacionats i no es poden entendre per separat sinó en un complex marc d'interaccions.

És aquest un període de transició en el què els homes encara no assumeixen de forma paral·lela el treball domèstic i les dones continuen encarregant-se de les responsabilitats familiars, sovint en situacions de tensió que les obliguen a fer-se càrrec d'una sobrecàrrega de treball, quan han de compaginar vida laboral i responsabilitats familiars, o a renunciar a una de les dues esferes socials tradicionals, la laboral o la familiar. Tant la sobrecàrrega com les renúncies depenen en gran mesura de la classe social. Les dones més privilegiades disposen de més recursos per assumir l'anomenada doble jornada – la laboral i la domèstica - i mostren un lligam més fort amb el mercat de treball.

Tres estudis basats en dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya de 1994 (ESCA) configuren una trilogia que examina els efectes de la divisió sexual del treball sobre la salut i la interacció amb la classe social des de tres mirades: la que analitza les diferències en l'estat de salut entre les dones ocupades i les mestresses de casa; la que compara l'efecte de la doble jornada en la salut de les dones i els homes i, finalment, la que analitza les diferències de gènere en l'impacte de l'atur sobre l'estat de salut mental i examina el paper dels rols familiars. A més, hi ha dos estudis addicionals, un basat en una mostra de la població ocupada de Terrassa i l'altre en una de la població assalariada de Navarra, sobre les diferències de gènere en l'impacte de la doble jornada.

Aquesta introducció inclou 1) una descripció de la divisió sexual del treball als països desenvolupats, centrada sobretot en la Unió Europea (UE-15) seguida per 2) una descripció més detallada de la situació a Espanya i 3) una revisió de l'estat del coneixement de les diferències de gènere en l'impacte dels treballs sobre la salut i el paper de la classe social.

## **La divisió sexual del treball**

### *La incorporació de les dones al mercat de treball*

A Europa la taxa d'activitat de les dones és més baixa que la dels homes però hi ha importants diferències entre països. Per exemple, mentre els països mediterranis, amb una forta versió del model de l'home com a principal proveïdor econòmic de la llar, tenen les taxes d'activitat econòmica femenines més baixes de la UE-15, al voltant del 40%, als països nòrdics, amb actituds més progressistes en relació amb el gènere, on l'estat proporciona molts recursos per a la cura de les criatures, la taxa d'activitat femenina se situa en torn al 60%.<sup>9</sup>

La incorporació de les dones al mercat de treball i la seva permanència està molt lligada a les responsabilitats familiars. Si a tots els països de la UE-15 la maternitat redueix significativament l'ocupació entre les dones, passa el contrari entre els homes. La reducció en la participació al mercat de treball associada a la maternitat és però molt superior als països amb actituds de gènere tradicionals. Així, en 1998, entre la població de 25 a 44 anys les diferències de gènere en la participació al mercat de treball entre les persones amb criatures de 0 a 5 anys era a França i Holanda de 35 punts percentuals, mentre a Grècia, Itàlia i Espanya se situava al voltant de 50 punts.<sup>1</sup>

Una de les diferències de gènere més característiques del mercat laboral és el treball a temps parcial com instrument per compaginar la vida laboral i la familiar. L'any 2002, el 33% de les dones ocupades de la UE-15 treballaven amb jornada parcial; el percentatge corresponent entre els homes era 7%. Fins i tot a Holanda la proporció de dones amb treball a temps parcial arribava al 73%.<sup>9</sup>

No sembla, però, que el treball a temps parcial sigui la millor solució per assolir la igualtat de gènere en el treball. S'han descrit pitjors condicions de treball en les ocupacions a temps parcial.<sup>2</sup> Així, segons la III Enquesta Europea de Condicions del Treball<sup>3</sup> el treball a jornada parcial es concentra en un petit nombre d'ocupacions que habitualment suposen tasques més monòtones, amb menys oportunitats per aprendre i desenvolupar les habilitats i pitjor pagat, no només en termes del salari mensual, sinó en preu per hora. A més, el treball a temps parcial té altres efectes secundaris com ara la reducció de les pensions de jubilació, la limitació de les perspectives de promoció i la disminució de la presència de les dones en la vida pública i, per tant, en els àmbits de presa de decisions, el que es tradueix en que les seves necessitats i punts de vista romanen absents en els àmbits de decisió polítics i econòmics.

A més de les diferències de gènere en la participació al mercat laboral, el nivell d'estudis, un indicador de classe social, és un important determinant de la incorporació de les dones al treball remunerat: les més qualificades estan més lligades al mercat de treball. El nivell d'estudis juga un paper fins i tot més important quan les dones tenen criatures i altres responsabilitats familiars.<sup>4</sup>

### *La segregació horitzontal i vertical*

Les dones es concentren en certs sectors d'activitat i en certes posicions. Hi ha una segregació horitzontal, de forma que elles ocupen amb molta freqüència treballs que reproduïen el seu rol tradicional a la família. Són precisament els sectors més feminitzats aquells en els què les remuneracions són més baixes. La segregació vertical del mercat de treball, és a dir, la concentració de les dones en les categories professionals de menor rang jeràrquic, incrementa l'efecte de la segregació horitzontal i és també responsable dels menors salaris de les dones.

Actualment a la UE-15 els homes guanyen un 15% més que les dones per hora de treball. La situació és pitjor al sector privat on la diferència entre homes i dones és del 19% front al 10% al públic. A més, les diferències salarials són superiors entre les persones amb un major nivell d'estudis. L'any 2000 les treballadores amb estudis universitaris guanyaven un 32% menys que els seus col·legues masculins d'estudis similars; el percentatge corresponent entre les persones sense qualificació era del 22%. Les dades d'Eurostat revelen un escàs avanç cap a la igualtat entre els anys 1994 i 1998. En aquest període només Bèlgica, Portugal i Regne Unit van experimentar progressos en la reducció de la distància dels salaris.<sup>5</sup>

### *L'atur*

Tot i que les taxes d'atur varien àmpliament entre països, a tots els països de la UE-15 són més altes en les dones.<sup>9</sup> Com succeeix amb la participació al mercat laboral, a més d'associar-se amb el gènere, l'atur també s'associa amb la posició socio-econòmica, de forma que és significativament més alt entre les persones menys qualificades.

En coherència amb les dades sobre la participació de les dones al mercat de treball, les majors taxes d'atur entre les dones i les diferències de gènere més altes corresponen als països amb actituds de gènere més conservadores, com Espanya, Grècia i Itàlia.<sup>9</sup> En aquests països és més freqüent que l'absència de certes categories de dones del mercat de treball, per exemple, les esposes i les mares amb criatures, siguin considerades com "normals". Aquestes dones poder no ser considerades i, fins i tot, poden no

considerar-se elles mateixes, de la mateixa forma que ho farien els homes en la mateixa situació. A més, a molts països les prestacions d'atur es donen únicament a persones amb un patró de treball continuat i/o a aquelles que han estat treballant per un mínim d'hores per setmana. Per tant, les dones que han interromput en alguna ocasió la seva carrera o que han estat treballant prèviament a temps parcial poden no complir les condicions necessàries per rebre les prestacions d'atur.<sup>4</sup>

En alguns països, les prestacions d'atur, especialment els subsidis, depenen dels recursos de la unitat familiar. En aquest cas, les dones es beneficiarien menys que els homes perquè, ateses les diferències salarials, és probable que la seva parella masculina tingui un salari suficientment alt perquè la seva dona no rebi el subsidi. Quan un home queda a l'atur, les seves prestacions dependran també dels recursos de la unitat familiar. En aquest cas però, el salari aportat per les dona pot no ser suficient, especialment si treballa a temps parcial, per cobrir les necessitats de la llar. En alguns casos, les esposes dels homes aturats poden veure's forçades a abandonar la seva feina remunerada, el que podria permetre a les seves parelles masculines rebre les corresponents prestacions d'atur.<sup>4</sup>

### *El treball domèstic*

L'estudi de les desigualtats de gènere en la distribució del treball domèstic és fonamental en l'anàlisi de les diferències de gènere en l'impacte del treball sobre la salut. La menor participació de les dones al mercat laboral i la segregació de gènere s'expliquen en bona mesura per l'exclusiva atribució de l'esfera domèstica a les dones. Moltes dones de la UE-15 continuen treballant a temps complet com a mestresses de casa però hi ha importants diferències entre països. L'any 2000, mentre a països amb actituds de gènere conservadores, com Espanya i Itàlia, en més de la meitat de les parelles casades només un dels membres, presumiblement l'home, tenia un treball pagat, en altres com Bèlgica o el Regne Unit, la proporció se situava en torn al 30%.<sup>6</sup>

Fins i tot quan les dones tenen una feina remunerada continuen portant la gestió domèstica independentment de la classe social. Això passa també entre les dones de classes més privilegiades però la diferència respecte a les menys afavorides és que guanyen suficient per delegar algunes de les tasques domèstiques a persones contractades, generalment dones de la neteja i persones que es dediquen a la cura de les criatures. S'ha documentat que, malgrat el sou de les dones és inferior al dels homes, elles utilitzen amb més freqüència el seu salari per pagar persones contractades per realitzar les tasques domèstiques o tenir cura de les seves criatures. Aquesta distribució

desigual del cost relacionat amb la gestió de la llar revela fins a quin punt les dones són considerades, i sovint es consideren elles mateixes, com les úniques responsables de les tasques domèstiques. Fins i tot el treball remunerat pot ser viscut com una barrera per a la correcta realització del seu treball "natural", el domèstic.<sup>4</sup> Les dones busquen limitar les conseqüències negatives del treball remunerat sobre la família, bé pagant per algú que faci les tasques de la llar o finançant-les amb el seu escàs temps lliure.<sup>7</sup>

### **La divisió sexual del treball a Espanya**

Durant les quatre dècades de dictadura franquista Espanya va viure sota una forta influència de la cultura catòlica que fa caure la cura de la família en les dones. L'estat de benestar es va mantenir molt feble, sense serveis de suport per a les famílies i amb taxes d'activitat femenina molt baixes. Malgrat amb la democràcia l'estat de benestar ha experimentat un notable desenvolupament, Espanya encara conserva característiques heretades d'aquell període, com una marcada divisió sexual del treball que assigna a les dones un paper central a la llar i als homes al treball remunerat.<sup>8</sup>

#### *La incorporació de les dones al mercat de treball*

En els últims anys la taxa d'activitat de les dones a Espanya ha crescut de forma significativa. Si l'any 1980 la taxa d'activitat femenina era del 27%, l'any 2002 arribava al 41%. Al contrari, en aquest mateix període entre els homes s'observa un retrocés en la taxa d'activitat que passava del 72% al 64%.<sup>9</sup> La taxa d'activitat femenina a Espanya, però, és significativament més baixa que a la resta de països de la UE-15. Mentre l'any 2002, la taxa d'activitat femenina en la UE-15 era del 48%, el percentatge a Espanya (41%) només era comparable a altres països de la Europa mediterrània com Grècia (38%) o Itàlia (37%) i molt més baix que els de Dinamarca (60%) o Suècia (59%), per exemple.<sup>9</sup>

En els últims anys l'ocupació de les dones ha crescut més que la dels homes, cosa que en bona mesura s'explica per l'accentuada segregació de gènere del treball remunerat. L'ocupació femenina va aguantar amb menys pèrdues la crisi econòmica dels primers anys noranta i s'ha beneficiat relativament més de les etapes de recuperació i expansió econòmica que van seguir a aquesta crisi. La raó fonamental és el predomini del sector serveis en el treball de les dones, que ha generat més ocupació femenina que masculina. Segons l'Encuesta de Población Activa (EPA), l'augment de l'ocupació a Espanya va estar, entre 1992 i 2003, al voltant de 3.700.000 llocs de treball, dels quals prop d'un 85% corresponien al sector serveis i més de 65% dels nous llocs van ser per a dones.<sup>10</sup>



No tota aquesta incorporació a l'activitat laboral s'ha traduït, però, en ocupació ja que des dels primers anys vuitanta, l'atur afecta més a les dones. En tot cas, l'augment de l'ocupació femenina ha estat considerablement alt i, el que és més notable, la seva evolució al llarg de l'últim decenni sembla haver estat menys subjecta a les dificultats dels cicles econòmics que la masculina. En els moments econòmics més difícils del cicle econòmic, la taxa d'ocupació de les dones quasi no va retrocedir (0,5 punts percentuals entre 1990 i 1994), mentre que la dels homes es va reduir de forma significativa (7 punts en aquell mateix període). D'altra banda, entre 2001 i 2003, període de bonança econòmica, aquesta taxa va créixer 3,4 punts entre les dones, front a 0,6 punts en els homes.<sup>10</sup>

El cas de les dones espanyoles no és, tret del calendari, molt diferent del d'altres països de la UE-15 quant al procés d'incorporació a l'activitat laboral. Segons el Consejo Económico y Social (CES),<sup>10</sup> la incorporació de les dones espanyoles al mercat de treball és un moviment irreversible que va començar més tard que en altres països de la UE-15 però que manté un ritme més accelerat. Així, entre 1992 i 2002, la taxa d'activitat femenina de la UE-15 va créixer 4 punts percentuals mentre que l'espanyola va augmentar prop de 8 punts.

Com ja s'ha comentat, la formació s'associa positivament amb la participació de les dones al mercat de treball. També a Espanya, les taxes d'activitat dels homes i de les dones s'incrementen segons augmenta el nivell d'estudis, però a més la distància entre els dos sexes és molt més curta en el nivell universitari que en nivells menors de qualificació. La major participació femenina al mercat de treball és, en el cas de les universitàries, molt major, quasi tan alta, com la dels homes. A més, mentre que les diferències en les taxes d'activitat masculina per nivell educatiu estan bastant correlacionades amb l'edat, en el cas de les dones, les diferències segons nivell d'estudis són relativament àmplies en tots els grups d'edat. Així, el tercer trimestre de 2003 mentre la taxa d'activitat de les dones amb educació primària era del 19%, entre les universitàries pujava al 79%. Al mateix període, entre les dones de 55 a 59 anys, per exemple, la taxa d'activitat entre les que tenien estudis primaris era del 26% i entre les que tenien estudis universitaris era del 73%.<sup>11</sup> Per tant, la incorporació de les dones al mercat de treball, més que un efecte directe de l'edat, ho és de la progressiva millora del seu nivell educatiu. Fins i tot entre les joves la menor formació es tradueix en una clara menor participació laboral.<sup>10</sup>

La taxa d'activitat de les dones està també lligada a les responsabilitats familiars, de forma que és més baixa entre les casades. Així, al segon trimestre de 2003, entre el grup de dones de 40 a 44 anys, la taxa d'activitat econòmica era del 83% entre les no casades i del 62% entre les casades. Les diferències en les taxes d'activitat però eren menors entre les dones universitàries on les taxes corresponents eren 94% i 85% respectivament. Les taxes d'activitat de les dones casades, encara que segueixen sent a qualsevol edat més baixes que les de les solteres, no només han crescut significativament en l'últim decenni en tots els grups d'edat inferiors a 60 anys, sinó que expliquen quasi per complet el nou increment en la taxa general d'activitat femenina. Aquest fet il·lustra la voluntat de continuïtat de les dones al mercat de treball. Al 1992 les taxes d'activitat de les dones casades només superaven el 50% en els 3 grups quinquennals d'edats compreses entre 20 i 34 anys. L'any 2003, en canvi, tots els grups de 20 i 44 anys se situaven per sobre del 60% i un d'ells, el de les dones de 25 i 29 anys d'edat, presentava una taxa d'activitat quasi del 70%. En aquest període la taxa d'activitat de les dones casades d'entre 40 i 44 anys ha crescut prop de 20 punts, i la del grup de 45 a 49 anys, 22 punts.<sup>10</sup>

Tot i les semblances amb la resta de la UE-15, la situació de la dona espanyola al mercat laboral presenta algunes característiques diferencials com ara l'escassa freqüència de treball a temps parcial, la major temporalitat i la major taxa d'atur resistent a la baixa.

Una de les diferències més notables del treball de les dones a Espanya és la baixa importància del treball a temps parcial en comparació amb altres països de la UE-15. Segons l'EPA, l'any 2002 treballava amb aquest tipus de jornada el 8% de la població ocupada front al 18% a la UE-15. Encara que, també a Espanya, entre les dones el treball a temps parcial s'associa amb la necessitat de compaginar la vida laboral i familiar, sembla que la jornada parcial no és una alternativa triada, sinó més bé obligada, fins i tot entre les dones, fonamentalment per limitacions imposades pel mercat de treball, més que per raons familiars. L'any 2002 només el 13% de les dones espanyoles i el 0,3% dels homes afirmaven fer aquest tipus de jornada per obligacions familiars i el 4% d'ells i el 9% d'elles perquè no volia un treball a temps complet. Les raons més freqüents per treballar a temps parcial eren el fet de que l'activitat realitzada ja implica aquesta jornada (37% de la població ocupada, sense diferències de gènere) o no haver pogut trobar un treball a temps complet (21% dels homes i 19% de les dones).<sup>9</sup>

També a Espanya les condicions de treball són pitjors en els treballs a temps parcial. Per exemple, en ambdós sexes la temporalitat és molt més alta<sup>12</sup> i, a més, hi ha un predomini

de treballs menys qualificats (a la mostra entrevistada a la IV Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo [ENCT] la proporció de treballadores manuals entre les dones que treballaven a temps complet era de 40% front al 63% entre las que ho feien a temps parcial).<sup>12</sup>

El treball a temps parcial a Espanya es concentra en algunes branques d'activitat econòmica. L'any 2003, Comerç, activitats immobiliàries i de lloguer, serveis empresarials, Educació i llars que ocupen personal domèstic concentraven el 60% de l'ocupació femenina a temps parcial i, a més, agrupaven el 45% de l'ocupació femenina total, el que dóna una idea de la important concentració d'aquest tipus de jornada en aquestes activitats.<sup>10</sup>

Segons el CES, la baixa demanda d'aquest tipus de jornada podria explicar-se perquè sembla preferible el treball temporal front al treball a temps parcial com fórmula per flexibilitzar els requeriments del mercat de treball a les necessitats de la producció. No obstant, s'ha de tenir en compte l'altíssima freqüència en què ambdues situacions es donen de manera conjunta (l'any 2001, últim amb dades disponibles de l'EPA, un 53% de les assalariades que treballava a temps parcial tenia un contracte temporal). De totes formes poden existir altres raons com certa inseguretats jurídica associada a les successives reformes en poc temps sobre la regulació del contracte a temps parcial, la reducció del salari, la limitació de la carrera professional o la reducció de la quantia de les pensions de jubilació.<sup>10</sup>

### *La segregació horitzontal i vertical*

Com a d'altres països desenvolupats, existeix una segregació horitzontal del mercat de treball: homes i dones treballen a sectors d'activitat econòmica diferents, elles sovint reproduint el rol tradicional de responsable del manteniment de la família i de la llar. Així, l'any 2003 a la branca d'educació hi havia quasi el doble de dones que d'homes, i en la d'activitats sanitàries i veterinàries i serveis socials, quasi el triple. Al servei domèstic el nombre de dones era encara superior: quasi vuit vegades més que el d'homes.<sup>10</sup>

També a Espanya les dones accedeixen a una menor varietat de llocs de treball. A la mostra entrevistada a la IV ENCT, si el 50% dels homes assalariats es distribuïen en els 12 llocs de treball més freqüents (Classificació Nacional d'Ocupacions de 1994, a dos díxits), la meitat de les dones ho feia en només sis. Les dues primeres ocupacions dels homes, mecànics i ajustadors de maquinària i paletes, ocupaven al 12% d'ells; només la

primera ocupació de les dones, auxiliars administratives amb atenció al públic, ocupava al 16% d'elles.<sup>12</sup>

La situació del treball de les dones a Espanya s'ha qualificat com dual, en el sentit de que, tot i que les ocupacions més qualificades estan cada vegada més feminitzades, també estan més feminitzades les que no requereixen cap qualificació i suposen poc control sobre el propi treball. Podria atribuir-se aquesta dualitat a l'edat, en la mesura que aquesta es troba molt relacionada, negativament, amb el nivell de formació. No obstant hi ha un bon nombre de dones joves en ocupacions sense qualificació, precisament perquè els majors nivells de formació de les dones no acaben de plasmar-se en ocupacions més acordes amb ells.<sup>10</sup>

A més de la segregació horitzontal, existeix una clara segregació vertical per la què els llocs de treball de categoria superior estan ocupats per membres de grups privilegiats, en aquest cas els homes. Entre els treballadors no manuals entrevistats en l'ENCT el 51% dels homes i el 31% de les dones tenien subordinats al seu càrrec; els percentatges corresponents en treballadores manuals van ser 34% i 20% respectivament.<sup>12</sup>

A Espanya el salari mig entre les dones, que suposava l'any 1994 el 90% del dels homes, en quatre anys va passar al 86%<sup>5</sup>. La tendència a l'augment de la desigualtat salarial entre dones i homes sembla haver continuat. Segons dades de l'Enquesta de Salaris en la Indústria i els Serveis, l'any 2000 el sou mig per hora de les dones era el 75% del dels homes.<sup>13</sup>

### *L'atur*

Espanya continuava sent l'any 2002 el país de la UE-15 amb major taxa d'atur, l'11%, front al 8% de la UE-15. És preocupant també que les diferències de gènere eren també a Espanya les més altes del seu entorn, 9 punts de diferència entre homes (7,7%) i dones (16,3%), xifra només comparable a la situació de Grècia i llunyana de les d'altres països del sud d'Europa com Itàlia i, sobretot, Portugal.<sup>9</sup>

Al 2003, a tots els grups d'edat inferiors a 40 anys aquesta distància en les taxes d'atur estava en torn a 10 punts a favor dels homes; entre els compresos entre 40 i 54 anys en torn als 7 punts i en els següents, fins a 64 anys, en torn a 5 punts. De fet, l'alta taxa d'atur a Espanya és un problema femení: al 1982 les dones representaven un 34,3% de l'atur; al 1992 un 50,6% i al 2003 el 57,4%. D'altra banda, destaca el gran pes de les dones en l'atur

de llarga durada. Al 2003 el volum d'atur femení de dos o més anys de durada duplicava el masculí: 298000 dones front a 148000 homes.<sup>10</sup>

L'atur no es distribueix per igual en totes les classes socials sinó que afecta en major mesura a les més desfavorides. Així, el tercer trimestre de 2003 al grup de 30 a 44 anys, entre els homes amb estudis primaris la taxa d'atur era de l'11% mentre entre els que tenien estudis universitaris era del 5%. Entre les dones les diferències eren encara més grans: els percentatges corresponents van ser 39% i 9% respectivament.<sup>11</sup> Es mantienien les diferències de gènere en tots els nivells i eren més accentuades entre les persones amb formació tècnica, fossin estudis secundaris o post-secundaris, on l'atur de les dones era quasi tres vegades superior al dels homes. Aquest fet podria estar relacionat amb la dificultat de les dones per entrar en sectors, com els tècnics, tradicionalment masculins.<sup>12</sup> Segons el CES<sup>10</sup> és difícil sostenir que el principal problema de l'atur femení radica en el menor nivell formatiu de les dones, associat a edats més altes. Així, l'any 2003 al voltant de la meitat de les dones en atur tenia estudis secundaris i una quarta part estudis superiors. És possible que el problema no estigui tant en el nivell de formació com en el tipus de formació.

En analitzar l'atur femení és important tenir en compte la posició a la llar. En un país com Espanya amb un forta versió del model de l'home com a principal proveïdor econòmic de la unitat familiar, l'atur pot tenir un major impacte en la salut en el sexe masculí. L'any 2003, entre els homes aturats, la majoria eren fills (51,6%) i persones de referència (38,4%) i només en un 4,1% eren conjugues. Entre les dones un 45,2% de les aturades eren cònjuges de la persona de referència de la llar i un 37,4% eren filles, mentre que només un 13,4% es declaraven elles mateixes com les persones de referència.

En consonància amb l'alta taxa d'atur, també a Espanya la contractació temporal és la més alta dels països de la UE-15. Mentre l'any 2002 la taxa de contractació temporal entre els assalariats de la UE-15 era del 13,4%, a Espanya la xifra quasi es triplicava (31,6%). Paga la pena ressaltar que a Portugal, el segon país de la UE-15 en contractació temporal, la xifra era significativament més baixa que l'espanyola (20,3%). Però a més, també en aquest indicador, les diferències de gènere, temporalitat més alta entre les dones, eren superiors al nostre país (2,1 punts en la UE-15 i 4,1% en Espanya).<sup>9</sup>

### *El treball domèstic*

La proporció de mestresses de casa és a Espanya, com en altres països de la Europa mediterrània, significativament més alta que al conjunt de la UE-15. A més, les dones

ocupades segueixen sent les principals responsables del treball de la llar. I és que a Espanya està estesa la creença en la conveniència de que en els primers anys de vida de les criatures sigui la mare l' encarregada de atendre-les, cosa que s' associa amb la idea de que les mares amb criatures no haurien de treballar fora de casa.<sup>14</sup> En un estudi realitzat en una mostra de 2494 adults, quasi la meitat opinava que les dones havien d'abandonar el mercat laboral quan tenien criatures menors de 3 anys, sense diferències de gènere. A més, el 27% dels homes i el 19% de les dones pensaven que havien d'abandonar-lo, fins i tot quan els seus fills superaven aquesta edat.<sup>15</sup>

A Espanya, els homes dediquen molt menys temps que les dones, encara que aquestes estiguin empleades, al treball domèstic. Entre les persones ocupades casades o que viuen en parella, el temps de treball a la llar és molt superior en les dones i augmenta linealment amb el nombre de persones a la llar. A més, malgrat la contribució dels homes joves al treball de casa és superior a la dels més grans, continua sent molt inferior a la de les dones del mateix grup d'edat.<sup>12</sup> No és estrany que Moss<sup>16</sup> es refereixi a l'àmbit privat com el reducte més amagat i no regulat on s'exerceix el poder, l' autoritat i el control sobre l'extracció de la força de treball.

Sembla però, que les actituds en relació amb els rols de gènere han experimentat un avenç des del punt de vista de la igualtat. L'any 2002, el model de família en el què tant l'home com la dona treballen fora de casa i reparteixen les tasques de la llar i la cura de les criatures era el preferit per a la majoria de la població espanyola (71% front al 45% al 1990), mentre havien perdut pes, sense deixar d'estar vigents, altres esquemes com que la dona treballi a temps parcial fora de casa i s'ocupi de la majoria de les tasques de la llar (13,6% front al 23% al 1990) o, el més clàssic, en que només l'home treballi fora de casa i sigui la dona la que s'ocupi de la llar i de les criatures (12,5% front al 27% al 1990).<sup>17</sup>

18

Quan les dones espanyoles s'han de fer càrrec de les responsabilitats familiars no només compten amb una escassa contribució de les seves parelles en les tasques domèstiques, sinó que, a més, viuen en un context en el què els recursos públics per a la cura de les persones dependents són molt escassos.<sup>14</sup> El problema de la conciliació de la vida laboral i familiar sorgeix en intentar compaginar les dues esferes tradicionalment separades al model clàssic, la família i el treball remunerat, sense que s'hagi completat la transició cap a un model nou sustentat en un repartiment més equilibrat dels papers dels homes i de les dones a l'àmbit familiar i un estat proveïdor de recursos suficients per a la cura de les persones dependents.

L'abandonament del mercat de treball pot ser considerat com a una estratègia temporal de conciliació, expressió d'una opció per la dedicació successiva i no simultània a l'esfera laboral i la familiar. Entre 1994 i 2001, a Espanya s'ha incrementat el nombre i proporció de dones que han abandonat l'ocupació per "raons personals o responsabilitats familiars" especialment a partir de 1997. Si al 1992 una mitjana de 60000 dones va deixar la feina per aquesta causa, al 2002 el nombre s'havia elevat a 117500. Durant aquest període les "raons personals o responsabilitats familiars" han duplicat el seu pes entre el total de causes de deixar el treball remunerat entre les dones, passant del 3,3% al 6,3%. És important tenir en compte la concentració dels abandonaments en determinades ocupacions, entre les que predominen clarament les que no requereixen qualificació (el 35% del total de les que van deixar de treballar l'any 2002) i les treballadores de "serveis de restauració, personals, protecció i venedores de comerç" (més del 25%).

Malgrat podria pensar-se que l'augment de l'abandonament del mercat de treball per raons personals o familiars podria estar associat al major ús de les excedències pels canvis introduïts a partir de 1995 per la Ley 4/1995 de 23 de març per la què es regula el permís parental i per maternitat, això no hauria suposat més del 10% del total de casos de 2002. Altres causes que podrien explicar els abandonaments del treball en aquestes ocupacions podrien ser aquelles que actuen en contra de la conciliació com ara els horaris allargats, irregulars o en caps de setmana que, combinats amb un salari baix, faciliten la decisió de l'abandonament del mercat de treball quan hi ha altra font d'ingressos. Unit a això està el component educatiu ja que el lligam de les dones de poc nivell de formació al mercat de treball és menor que entre les de més qualificació.<sup>10</sup>

### **Les polítiques laborals en la divisió sexual del treball**

En l'anàlisi de les desigualtats de gènere en el treball, és important prestar atenció no només al treball remunerat i al domèstic per separat, sinó també a la relació dialèctica entre el que succeeix als homes i a les dones en l'esfera laboral i el comportament en la família. Battagliola<sup>19</sup> afirma que les diferències de gènere en el treball remunerat i en la carrera professional es basen en les posicions diferents de les dones i els homes en l'esfera domèstica de la reproducció, però no són un resultat directe. Les polítiques de gestió de personal, junt amb un bon nombre de regles informals i estratègies individuals, també juguen un paper important per produir i reproduir la divisió sexual del treball en relació amb el treball pagat i el domèstic. A més, els sistemes de benestar poden afavorir o, al contrari, dificultar l'entrada de les dones al mercat laboral, així com el manteniment el seu treball remunerat quan són responsables de criatures o adults dependents.

S'ha subratllat, per exemple, que la relació dialèctica entre el treball productiu i el reproductiu juga un paper important en el treball a jornada parcial. En l'anàlisi del treball a temps parcial a França, Kergoat<sup>20</sup> assenyala que, en moltes ocasions, dones responsables d'unitats familiars amb una posició econòmica raonablement bona, amb uns esforços per promocionar que no han tingut èxit, trien accentuar el seu paper en l'àmbit domèstic, estenent les baixes maternals o treballant a temps parcial per distanciar-se de treballs poc gratificadors en els quals no són suficientment reconegudes. Podria succeir, doncs, que en molts casos la situació familiar de les dones no fos la causa de les seves posicions subordinades, sinó que serviria per allunyar-les de les limitacions en les seves perspectives de promoció. De la mateixa forma, les expectatives relacionades amb el paper de principal proveïdor dels recursos econòmics de la llar podria servir als homes per justificar les seves oportunitats de promoció.

Les pràctiques en la gestió de recursos humans tendeixen a reflectir el sistema de gènere de la societat en general. Si el sistema està basat en la idea de que les prioritats per a les dones romanen en l'esfera domèstica, els empresaris privilegiaran els membres del grup que semblen respondre de forma més adequada als seus interessos empresarials. D'altra banda, les dones que han estat socialitzades sota aquestes normes i que viuen aquesta discriminació al mercat de treball poden tendir a transferir les seves aspiracions personals al domini que més satisfacció els proporciona, la família. D'aquesta manera poden utilitzar estratègies que les ajuden a fer-se càrrec del treball domèstic, com per exemple les excedències, l'allargament de les baixes maternals o el treball a temps parcial. Així, aviat es converteixen en persones que depenen de l'èxit en la carrera de la seva parella, el que pot derivar en que, amb la finalitat d'incrementar les perspectives de promoció de les seves parelles, les dones augmenten la seva contribució en les tasques reproductives, incrementant les desigualtats de gènere que ja existien abans en el repartiment de les responsabilitats familiars.<sup>4</sup>

S'ha assenyalat que és important tenir en compte l'entorn socio-cultural i els factors específics de cada país associats amb la història, polítiques, drets legals, institucions i actituds sobre el gènere que determinen diferències en la participació de les dones en el mercat laboral, així com, probablement, diferents experiències i reaccions dels homes i les dones a les mateixes posicions estructurals.<sup>16</sup> A més de les polítiques empresarials s'han de tenir en compte també les polítiques de benestar que poden incrementar o reduir la divisió sexual del treball. Als països amb pocs recursos públics per a la cura de les criatures o de les persones adultes dependents, les dones substitueixen aquestes limitacions dels serveis proporcionats per l'estat. Així, l'estat del benestar depèn d'una



infraestructura informal de serveis que són proveïts fonamentalment per dones. Qualsevol treball necessari per al manteniment de la vida del què l'estat no se'n fa càrrec i que no es paga tampoc mitjançant la privatització és realitzat per dones de forma gratuïta, reduint per tant la seva possibilitat de participar al mercat de treball.

### **Divisió sexual del treball, classe social i salut**

#### *Diferències de gènere en l'estat de salut*

Les dones i els homes tenen diferents patrons de morbiditat i mortalitat. Elles pateixen més trastorns crònics com migranyes, al·lèrgies, reumatisme o artritis. A més, presenten més trastorns de salut mental de naturalesa ansiós-depressiva. L'esperança de vida dels homes és, però, més curta. Una de les raons que s'ha suggerit per explicar aquesta paradoxa ("women live longer but sicker") és que les dones són més sensibles als seus problemes de salut i es queixen abans. Alguns estudis, però, no troben diferències de gènere en la verbalització dels problemes de salut.<sup>21</sup> Altra possible raó són les diferències en els rols socials d'homes i de dones. Així, mentre les responsabilitats familiars de les dones podrien estar relacionades amb els seus símptomes, propis de trastorns que no maten però que no deixen viure,<sup>22</sup> els hàbits de vida més insans dels homes podrien ser responsables de la seva mortalitat prematura. Per exemple, l'any 1998 a Espanya entre la població de 35 a 64 anys, dues causes estretament associades a les diferències de gènere en l'adopció de conductes relacionades amb la salut estaven entre les primeres causes de mortalitat entre els homes: el càncer de pulmó i la cirrosi hepàtica. Ambdues s'associen al consum de tabac i alcohol respectivament, lligats als conceptes clàssics de feminitat i masculinitat que consideren correcte el consum de tabac i alcohol per a l'home però no per a la dona. Amb la progressiva desaparició d'aquests estereotips en els patrons de socialització augmenta el tabaquisme i el consum d'alcohol entre les dones, cosa que comença a fer-se notar en els patrons de mortalitat: en 1998 entre les dones de 35 a 44 anys el càncer de pulmó ja ocupava el cinquè lloc.<sup>23</sup>

Durant dècades s'ha acceptat el paradigma de que les dones viuen més però més malaltes però en la mesura en què els rols de gènere canvien, aquesta ortodòxia comença a ser rebutada i es fa necessari que la recerca sobre les diferències de gènere en salut superi l'etapa en la què el sexe es tracta com a una explicació més que com un punt de partida.<sup>24</sup> Encara que es demostrin diferències en l'estat de salut i en l'ús de serveis sanitaris entre els homes i les dones, quina importància té això? Saber que les dones usen més serveis sanitaris o que declaren pitjor estat de salut només és important si es poden conèixer les raons d'aquests patrons.<sup>25</sup> Això significa considerar les variables socials associades al sexe i identificar els diferents patrons de gènere en els riscos per a la

salut. I és que dones i homes tenen diferents experiències vitals i psicològiques i diferents recursos per afrontar les amenaces per a la salut.<sup>26</sup>

### *Diferències de gènere en l'anàlisi dels determinants socials de la salut*

Nombrosos estudis han analitzat la salut dels homes i de les dones des de perspectives diferents. La recerca dels determinants socials de la salut dels primers ha adoptat un marc estructural centrat en la classe social, mesurada habitualment a través de l'ocupació. En canvi, la salut de les dones ha estat estudiada des d'un marc de rols que, considerant tres rols bàsics, la situació laboral, l'estat civil o de convivència i la maternitat, emfatitza el paper de les dones com mestresses de casa i mares i considera el treball remunerat com un rol addicional.<sup>27</sup> Aquest abordatge en l'anàlisi de la salut de les dones contrasta amb l'escassa atenció prestada a la influència dels rols familiars en la salut dels homes, així com a les desigualtats de gènere en la salut derivades de la desigual distribució de les responsabilitats familiars entre els homes i les dones.<sup>28 29</sup> D'altra banda, els estudis sobre els determinants socials de la salut de les dones han deixat de banda el paper de la classe social, variable que, com el gènere, és una categoria social que determina diferents valors i actituds, recursos i oportunitats per a les persones. Així, molts estudis sobre les desigualtats en salut segons la classe social han analitzat només homes. Com subratllen Lahelma et al.<sup>30</sup> el Black Report del Regne Unit, per exemple, va incloure de forma quasi exclusiva estudis sobre la mortalitat dels homes i, quan s'afegien les dones, aquestes observacions es presentaven com resultats addicionals.

Aquests diferents abordatges en l'anàlisi de la salut dels homes i de les dones són consistents amb la divisió sexual del treball tradicional. Des del naixement les dones i els homes són socialitzats de forma diferent, experimenten diferents processos biològics i distintes interaccions amb la família, les amistats i les institucions socials. Així es determinen, d'una banda diferents valors i actituds i, d'altra, diferents recursos i oportunitats segons el gènere en la vida familiar i la laboral. S'espera que els homes en edat de treballar es dediquin fonamentalment a la seva vida professional mentre que de les dones, especialment de les casades i/o mares, la norma social dicta que prioritzin les seves responsabilitats familiars no pagades. La posició de les dones al mercat de treball sovint és considerada en referència implícita o explícita al seu treball en l'esfera privada, com si es donés per descomptat la seva responsabilitat en la família.<sup>31</sup> Aquesta divisió sexual del treball impregna tots els nivells de la societat, fins i tot les perspectives de recerca.

La posició socio-econòmica interactua amb el gènere modificant la localització tradicional de les dones i en menor mesura dels homes, en el treball pagat i en el domèstic. Tant a Espanya, com a diferents països de la UE-15, la formació presenta una clara relació directa amb la participació de les dones al mercat de treball apreciable en l'augment de les taxes d'activitat segons s'eleva el nivell educatiu.<sup>10</sup> Com a conseqüència, treballar a temps complet com a mestressa de casa podria tenir un significat i un impacte diferent sobre la salut de les dones depenent del seu nivell d'estudis. De la mateixa manera, entre les dones perdre un treball molt qualificat podria tenir un impacte més negatiu que perdre un de menys qualificat.

D'altra banda, combinar la vida laboral i familiar, amb la sobrecàrrega de treball i conflictes entre aquestes dues esferes que això suposa, no només pot tenir més impacte entre les dones que entre els homes, sinó que també podrien existir diferències segons la posició socio-econòmica, amb les dones de classes més desfavorides, amb menys recursos, trobant més dificultats per a la compaginació de les dues esferes socials i, probablement, amb un major efecte negatiu sobre el seu estat de salut.

#### *L'anàlisi d'un nou ordre que qüestiona la divisió sexual del treball*

La decidida entrada de les dones al mercat de treball posa en qüestió la lògica de la divisió sexual del treball tradicional que articulava el repartiment de les tasques socialment assignades a cada sexe i planteja la necessitat de reorientar l'anàlisi dels determinants socials de la salut en un marc integrador de les perspectives de gènere – utilitzada en l'anàlisi dels determinants socials de la salut de les dones - i de classe – dominant en l'examen dels determinants socials de la salut dels homes.<sup>26 32</sup> És aquest un període de transició en el què les dones traspassen la seva esfera tradicional d'actuació en el treball reproductiu però els homes encara continuen prioritzant, com tradicionalment, la seva vida professional; en el què els valors i actituds tradicionals entren en tensió, igual que ho fan les posicions tradicionals dels homes i de les dones en la societat. En aquest context, en el què el treball remunerat té cada vegada més valor en la vida de les dones, persisteixen situacions tradicionals amb dones que treballen a temps complet com a mestresses de casa, sobretot entre les de menor nivell d'estudis, i altres en les què, mantenint les responsabilitats familiars s'incorporen al mercat de treball, amb la sobrecàrrega de treball i les dificultats per compaginar la vida laboral i familiar que això suposa, superior entre les de classes més desfavorides. Tot això, en un mercat laboral que manté clares resistències cap a la incorporació de les dones, en situació d'igualtat amb els homes, cosa que es tradueix en posicions més desfavorides per elles i

taxes d'atur més altes, amb polítiques de benestar que, depenent del país, afavoreixen en diferent mesura l'entrada de les dones al mercat de treball.

En aquest nou context és necessari redefinir els conceptes tradicionals de treball i els mètodes de recerca que sovint no han estat sensibles a les diferències de gènere. Si el treball remunerat és un punt clau en aquest nou abordatge, és necessària també una reconceptualització del concepte de paternitat o maternitat i explorar la relació entre el treball pagat i el domèstic tant en els homes com en les dones.

En aquesta tesi es proposa un marc d'anàlisi dels determinants socials de la salut aplicat a la població de 25 a 64 anys, en plena edat productiva i reproductiva, en el què el gènere i la classe social interactuen determinant la posició i les vivències de les dones i dels homes en l'esfera privada i en l'àmbit laboral. És aquest un complex marc d'interaccions entre el gènere, la classe i el treball, que explica en bona mesura l'estat de salut. La seva anàlisi s'aborda amb una estratègia de "puzzle" a través de diferents configuracions de rols, examinant la realitat per peces per entendre un context en el què, almenys, hi ha la interacció de cinc variables: sexe i classe social i tres relacionades amb els treballs: situació laboral, estat civil o de convivència i maternitat o paternitat. Seguint aquesta estratègia en aquesta tesi s'analitzen les següents peces del "puzzle":

- Les diferències en l'estat de salut i en l'impacte de les càrregues familiars sobre la salut entre les dones ocupades i les mestresses de casa casades o que viuen en parella;
- Les diferències en l'estat de salut i en l'impacte de la doble jornada sobre la salut de les dones i els homes ocupats casats o que viuen en parella i
- Les diferències de gènere en l'impacte de l'atur sobre la salut mental i el paper dels rols familiars.

A més, s'examina el paper de la classe social com potencial variable modificadora de l'efecte. A continuació es revisa breument l'estat del coneixement sobre l'impacte en la salut de diferents configuracions de rols.

#### *Dones ocupades i mestresses de casa*

Front al temor inicial de que la incorporació de les dones al mercat de treball les exposés a riscos laborals que poguessin tenir un efecte negatiu sobre el seu estat de salut, nombrosos estudis de la literatura de rols documenten que les dones empleades tenen

millor estat de salut que les que treballen a temps complet com a mestresses de casa. Alguns dels beneficis que proporcionaria el treball remunerat són les oportunitats per desenvolupar l'auto-estima i la confiança en la pròpia capacitat de decidir, el suport social per a persones que d'altra forma estarien aïllades, la independència econòmica i les experiències que augmenten la satisfacció amb la vida.<sup>27</sup>

En moltes dones, però, està molt arrelada la creença de que el seu principal àmbit de desenvolupament i actuació és la llar i el treball "invisible" que en ella es realitza és la seva responsabilitat. Aquest treball és invisible perquè fins fa poc no es comença a qualificar com treball. De fet, moltes mestresses de casa diuen *"jo no treballo, només sóc mestressa de casa"*. A més aquesta feina no comporta un sou directe, protecció legal, seguretat social ni l'estatus social que proporciona el treball pagat. El treball domèstic és considerat com improductiu però suposa, a més de les hores d'activitat física, un esforç emocional de llarga durada que s'il·lustra amb frases com *"mai no pots deixar de ser una mare"*. La cura de la llar i de la família implica un treball repetitiu que no s'acaba mai: cada dia les mateixes tasques i obligacions.

Fa quasi 20 anys un estudi de Passanante i Nathanson<sup>33</sup> sobre l'increment de dones al mercat de treball i el seu impacte en la mortalitat indicava que el diferencial de mortalitat favorable a les dones no decreixia amb la seva entrada al mercat laboral. El mateix era documentat per Kotler i Wingard<sup>34</sup> que mostraven que entre les dones ocupades ni la situació laboral, ni el tipus de treball, ni el nombre de criatures a casa s'associava amb una elevada mortalitat. Verbrugge<sup>22</sup> conclouia que entre les dones estar empleades, casades o ser mares s'associa amb bon estat de salut, menor morbiditat, menor restricció de l'activitat i menor ús de medicació i de serveis sanitaris. El treball remunerat mostrava l'associació més forta, mentre que la maternitat tenia la més baixa. Trobava també que no existia evidència de que la combinació de diferents rols tingués un efecte negatiu sobre la salut de les dones. Aquests resultats es confirmaven en un estudi posterior en el què les investigadores ordenaven diferents configuracions de rols i trobaven que estar empleada i casada (independentment de que tinguessin o no criatures) era, per a les dones, la situació més favorable.

Molts estudis que aborden la salut de les dones des del marc de rols no consideren la classe social però fins i tot aquells que la tenen en compte, en general, la introdueixen com variable de confusió<sup>35</sup> quan probablement actua com modificadora de l'efecte. De fet, sembla raonable pensar que el treball remunerat podria no tenir un efecte beneficiós entre les dones de classe social baixa, amb unes condicions de treball

potencialment adverses i pocs recursos per a la compaginació de la vida laboral i familiar.

En definitiva, hi ha una àmplia literatura que dóna suport a la hipòtesi de potenciació de rol ("role enhancement"), és a dir, de que les dones amb més rols (esposa, mare i treballadora) estan més sanes que les que tenen menys.<sup>27 22 36 37</sup> A més, s'ha comprovat que aquest fet no es degut simplement a un "efecte de la treballadora sana".<sup>38 39 40</sup>

### *La combinació de la vida laboral i familiar*

Com subratlla Hall,<sup>41</sup> sembla que el treball és la panacea per a les dones però probablement per millorar la salut de les dones s'ha de fer alguna cosa més que donar-les-hi més treball per fer. Així, alguns estudis donen suport a les hipòtesis de sobrecàrrega i conflicte de rol. S'ha documentat que el treball remunerat té efectes beneficiosos sobre la salut de les dones solteres però no sobre la de les casades<sup>39</sup> o que entre les mares aquests beneficis es limiten a les que treballen a temps parcial.<sup>42 43 44</sup> Sembla que quan el volum de treball total és alt, combinar la vida laboral i la familiar pot danyar la salut.

Nombrosos estudis mostren que les dones ocupades dediquen un temps significatiu al treball de casa, cosa que no fan els homes. Això suposa dues coses: no es tracta únicament de que hi hagi diferències de gènere en el treball domèstic sinó també n'hi ha en el temps de lleure. Hochschild<sup>45</sup> documentava que les dones ocupades dormen menys i tenen menys temps lliure.

En un estudi realitzat entre dones de Dinamarca, Noruega, Finlàndia i Suècia, es documentaven diferents patrons de gènere entre països. Mentre a tots ells les dones ocupades havien tingut menys hospitalitzacions, el risc d'ansietat s'incrementava. Això últim però, no era així a Suècia, cosa que els autors atribuien a les polítiques socials adreçades a les dones ocupades per facilitar la conciliació de la vida laboral i familiar.<sup>46</sup> Això remarca la importància de l'anàlisi de possibles patrons diferents segons el context cultural i geogràfic analitzat.

Alguns estudis han documentat la interacció entre la classe social i les exigències familiars en l'efecte sobre la salut. Lennon et al.<sup>47</sup> documentaven que el nivell de control sobre el treball (més alt entre les treballadores de classes més privilegiades) moderava els efectes de les exigències familiars en la salut de les dones. A més, les dones més qualificades tenen més recursos per afrontar el treball domèstic. Cleary et al.<sup>48</sup> trobaven una relació positiva entre el nombre de criatures a la llar i la depressió en dones

ocupades però aquesta associació perdia significació després de tenir en compte els ingressos familiars. Els alts ingressos permetrien contractar ajut per a les tasques domèstiques i de cura de les criatures, alliberant les dones de part de la seva càrrega de treball.

### *L'atur*

S'ha documentat àmpliament l'associació entre l'atur i el mal estat de salut, sobretot mental.<sup>49 50 51</sup> Però tot i que l'atur és més freqüent entre les dones, que la prevalença del trastorn de salut mental és més alta en el sexe femení, les diferents posicions socials dels homes i de les dones al mercat de treball i les diferències de gènere en els determinants socials de la salut mental,<sup>52 53 54</sup> pràcticament no hi ha estudis sobre les potencials diferències de gènere en les reaccions front a l'atur. De fet, molts estudis sobre l'impacte de l'atur en la salut mental han analitzat únicament homes.<sup>55 56</sup> La recerca sobre l'impacte de la situació laboral en la salut de les dones amb freqüència únicament ha examinat si el treball remunerat és positiu o negatiu, sense diferenciar entre les dones que no tenen una feina pagada perquè són mestresses de casa i aquelles que estan aturades. A més, s'ha oblidat el paper de la classe social.<sup>31</sup>

Alguns autors han documentat un major impacte de l'atur sobre la salut de les dones, cosa que han atribuït a la menor centralitat del treball pagat en les seves vides.<sup>57 58</sup> Els estudis sobre l'atur han deixat de banda, però, les característiques de l'entorn familiar que podrien modificar l'efecte i, atesa la divisió sexual del treball, fer-ho de forma diferent segons el gènere. A més, amb el progressiu increment del protagonisme del treball remunerat en la vida de les dones, és possible que l'efecte negatiu de l'atur sobre la salut mental en el sexe femení creixi.

### **Integració de dos paradigmes de recerca de les desigualtats en salut: gènere i classe social**

En definitiva, queden encara molts aspectes a estudiar en l'anàlisi de l'efecte del treball remunerat en les dones, sobre la influència dels rols familiars en els homes o si l'impacte dels rols en l'esfera familiar i laboral difereix segons la classe social. Algunes limitacions dels estudis previs que s'han de superar són les següents:

- la insuficient caracterització dels rols,
- la manca de consideració de la possible interacció entre els diferents rols

- la manca d'anàlisi de la possible modificació de l'efecte que podria tenir la classe social
- la restricció de l'estudi a un únic indicador de salut quan els determinants podrien ser diferents segons l'indicador analitzat.

#### *La insuficient caracterització de cada rol*

En molts estudis la caracterització dels rols ha estat insuficient. A vegades, únicament s'ha mesurat el nombre de rols; altres s'han centrat en la combinació de la feina remunerada i les responsabilitats familiars, és a dir, s'ha posat l'accent en el tipus de rol.<sup>27</sup> La relació entre els rols ocupats i l'estat de salut, però, no depèn únicament del nombre o del tipus de rols ocupats, sinó també de la naturalesa de cada rol particular. Per exemple, les exposicions relacionades amb el treball remunerat són diferents segons la qualificació del treball o les associades amb l'estat civil o de convivència i amb la maternitat o paternitat depenen en gran mesura de les responsabilitats familiars associades amb aquests rols. És a dir, és segur que no és el mateix ser pare o mare d'una criatura que de tres.

Sovint s'han considerat diferents variables relacionades amb el treball domèstic de forma inadequada. Arber,<sup>32</sup> per exemple, en un dels escassos estudis en què es planteja de forma empírica la interacció entre el gènere, la classe social i la situació laboral i familiar, introduïa quatre variables per "capturar" el treball relacionat amb el manteniment de la família: Tenir fills o no; tenir o no criatures per sota de 5 anys; tenir o no fills o filles de 5 a 16 anys i tenir fills o filles majors de 16 anys, però aquestes variables no mesuren ni s'aproximen al *total* de la càrrega del treball de casa, que depèn en gran mesura del nombre de persones a la unitat familiar que exigeix, no només treball de cura, sinó també altres tasques domèstiques menys gratificants com ara planxar, netejar, cuinar... Bartley et al.,<sup>42</sup> intentant precisament mesurar aquesta càrrega global utilitzaven un índex amb diferents variables, entre les que incloïen la convivència amb majors de 75 anys que, com es mostra en dos articles d'aquesta tesi,<sup>7 59</sup> podria ser protectora de l'estat de salut de les dones ocupades.

En ocasions s'han analitzat les diferències entre diferents configuracions de rols, la qual cosa tampoc permet una adequada caracterització de la càrrega associada a cada rol – per exemple, "treballador, casat amb fills" – i, a més, la comparació entre una àmplia varietat de configuracions de rols, no té clares implicacions en la pràctica. Per exemple, en un estudi realitzat al Regne Unit, Arber<sup>32</sup> assenyalava que les mestresses de



casa amb criatures menors de cinc anys tenen menys risc de limitació crònica de l'activitat que les dones empleades sense criatures. Quin sentit té això? Quines són les seves implicacions? S'ha d'actuar sobre la situació laboral o sobre la familiar? o fins i tot, fins a quin punt hi ha un problema de causalitat inversa?

### *Les interaccions*

La influència de cada rol no és independent sinó que els rols interactuen, de forma que el significat de cadascun depèn dels altres. Per exemple, ser mare de tres criatures petites és diferent i pot tenir distintes implicacions per a la salut d'una mestressa de casa o per a una dona ocupada. De la mateixa manera, tenir criatures pot tenir un significat diferent per a una persona aturada que per a una que està ocupada i, fins i tot, pot ser distinta segons sigui dona o home. O el nombre de persones a la llar pot significar càrrega de treball per a una persona amb responsabilitat sobre la unitat familiar però no per a una que és el fill o filla en aquesta unitat. Habitualment, quan s'han analitzat diferents rols, tots han estat introduïts en models, generalment separats per sexe, sense cap terme d'interacció, assumint per tant que els rols són independents entre sí. D'altra banda s'ha oblidat el paper de la classe social com potencial variable d'interacció.

### *El paper de la classe social*

La classe social podria modificar l'efecte que sobre la salut tenen diferents configuracions de rols. Per exemple, les dones de classes més privilegiades poden finançar el treball domèstic amb la contractació d'altres dones que les alliberen de part de la seva càrrega de treball. O, atès el superior lligam de les dones més qualificades al treball remunerat, l'atur o treballar a temps complet com a mestressa de casa podria ser més danyí per a la seva salut que per a les dones de menys nivell d'estudis.

### *L'anàlisi de diferents indicadors de salut*

Macintyre i col.<sup>24</sup> qüestionaven fa uns anys l'aparent universalitat de la major morbiditat de les dones. En un estudi realitzat al Regne Unit observaven que les diferències de gènere depenien del grup d'edat i de l'indicador de salut analitzat. Únicament s'observava un excés consistent en les dones en els trastorns de naturalesa psicològica. I és que els determinants socials de la salut poden ser diferents segons el trastorn de salut per la qual cosa és necessari examinar trastorns de diferent naturalesa.

Tal com han fet notar Emslie et al.<sup>60</sup> molts estudis previs sobre les desigualtats de gènere i salut han estat basats en poblacions generals però, atesa la profunda divisió sexual de tots els ordres socials de la vida, les diferències en salut atribuïdes a la variable sexe podrien ser degudes a l'efecte confusor d'altres eixos de diferenciació social, estretament associats amb el sexe, com ara la situació laboral i els rols domèstics. Abordar la interacció entre el gènere, la classe social i els diferents rols socials implica considerar, com a mínim, les variables d'interacció que es mostren a la taula 1.

**Taula 1. Determinants socials de la salut en un marc combinat de gènere i classe social.**

	<b>Variables</b>	<b>Categories</b>
	<b>Sexe</b>	Homes Dones
	<b>Classe social</b>	Manual No manual
	<b>Situació laboral*</b>	Empleat En atur Mestressa de casa
<b>Rols socials</b>	<b>Estat civil o de convivència</b>	Casat/da Viu en parella Solter/a Separat-da/divorciat-da Vidu/a
	<b>Paternitat/maternitat</b>	Sí No

\* Són les categories més rellevants en el col·lectiu de persones de 25 a 64 anys.

S'han de considerar doncs 5 variables d'interacció, alguna d'elles amb més de dues categories. Aquesta complexitat exigeix seleccionar les poblacions d'estudi en funció de les hipòtesis a comprovar, mantenint constants algunes variables per analitzar les interaccions entre la resta, és a dir, analitzar petites peces de realitat per acabar de completar un puzzle complex.

## Justificació

La integració dels paradigmes de gènere i classe en l'anàlisi dels determinants socials de la salut en la població de 25 a 64 anys exigeix considerar la divisió sexual del treball – els rols socials de l'abordatge de gènere – , examinar les diferències de gènere en la influència de l'esfera familiar i laboral sobre la salut i, addicionalment, si els patrons varien en funció de la classe social. Atès que el gènere i la classe social determinen diferents valors, creences i actituds així com diferències en els recursos i oportunitats en la vida social, aquest nou abordatge ha de combinar una perspectiva estructural centrada en les posicions i condicions de vida i treball objectives, i una perspectiva psicològica que emfasitza les vivències i les reaccions dels homes i de les dones en aquests diferents dominis.

En l'actualitat, en un context de transició des de la rígida divisió sexual del treball a posicions més iguals entre els homes i les dones en la societat, el treball remunerat té cada vegada més importància en la vida de les dones mentre s'espera que els rols familiars en tinguin en la dels homes. Com assenyalen Popay i col.<sup>61</sup> es necessita una reconceptualització del treball per tenir en compte el treball no pagat de les dones, les possibles interaccions entre el treball formal i el domèstic, i dels aspectes materials i psicosocials del treball.

L'entorn socio-polític i factors específics de cada país poden marcar diferències estructurals en la posició dels homes i de les dones en l'àmbit professional i privat i, fins i tot, determinar actituds i creences que expliquen reaccions i experiències diferents a posicions i condicions de vida similars.<sup>16</sup> A diferència dels països del nord d'Europa, Gran Bretanya o Amèrica del Nord on la recerca sobre el paper dels treballs com determinants socials de l'estat de salut, tot i les seves limitacions, té una llarga tradició, a Espanya hi ha pocs estudis d'aquesta naturalesa. S'han realitzat bastants estudis sobre la influència de les desigualtats de classe en la salut <sup>62 63 64</sup> però només recentment s'ha començat a analitzar el paper dels rols familiars.<sup>35 65 66</sup> La situació a Espanya, país amb una acusada influència de la cultura catòlica i actituds de gènere conservadores, podria ser molt diferent a la d'altres països de l'entorn. Els estudis que formen part d'aquesta tesi constitueixen un primer pas en el coneixement de la situació de les desigualtats en la salut lligades al gènere, la classe social i el treball a Espanya.

## Objectius i hipòtesis



### Objectiu general

L'objectiu d'aquesta tesi és analitzar els determinants socials de la salut des d'una perspectiva combinada de gènere, classe social i treball.

### Objectius específics

- Comparar l'estat de salut de les dones ocupades i les mestresses de casa i analitzar les diferències en l'impacte de les exigències familiars sobre l'estat de salut segons la situació laboral (estudi I);
- Comparar l'estat de salut dels homes i les dones ocupats amb responsabilitat principal en la unitat familiar i determinar les diferències de gènere en l'impacte de la combinació de la vida laboral i familiar sobre l'estat de salut (estudis II, III i IV);
- Analitzar les diferències de gènere en l'impacte de l'atur sobre la salut mental així com la influència dels rols familiars en aquest impacte (estudi V).

En tots tres casos, s'examina el paper de la classe social.

### Hipòtesis

*Estudi I: Mestresses de dones i dones ocupades de 25 a 64 anys*

- A un país tradicional com Espanya, entre les dones de 25 a 64 anys casades o que viuen en parella el treball remunerat no té efectes beneficiosos sobre la salut;
- Els comportaments relacionats amb la salut relacionats amb el fet de tenir temps per a un mateix són més desfavorables per a les dones ocupades.
- Les exigències familiars tenen un impacte negatiu sobre la salut de les dones ocupades però no sobre la de les mestresses de casa.
- L'impacte negatiu de les exigències familiars és superior entre les dones ocupades de classes més desfavorides.

Per a totes les hipòtesis s'examina si el patró difereix segons classe social.

*Estudis II, III i IV: Homes i dones ocupats de 25 a 64 anys*

- L'estat de salut és pitjor entre les dones.
- Els comportaments relacionats amb la salut relacionats amb el fet de tenir temps per a un mateix són més desfavorables per a les dones.
- Les exigències familiars tenen un impacte negatiu sobre la salut de les dones però no sobre la dels homes.
- L'impacte negatiu de les exigències familiars és superior entre les dones ocupades de classes més desfavorides.

Per a totes les hipòtesis s'examina si el patró difereix segons classe social.

*Estudi V: Atur en la població activa de 25 a 64 anys.*

- L'atur té més impacte sobre la salut mental dels homes que sobre la de les dones.
- Entre els homes l'impacte de l'atur és superior entre els que tenen responsabilitats familiars; entre les dones viure en parella podria tenir un efecte protector.
- L'impacte de l'atur depèn de la classe social i ho podria fer de forma diferent segons el gènere.

Per a totes les hipòtesis s'examina si el patró difereix segons classe social.



## Mètodes



## Fonts de dades

S'han utilitzat tres fonts de dades: l'Enquesta de Salut de Catalunya de 1994 (ESCA),<sup>7 59 67</sup> la de Terrassa de 1998<sup>65</sup> i la Encuesta Navarra de Condiciones de Trabajo de 1997.<sup>68</sup>

## Disseny

En els cinc estudis el disseny ha estat transversal.

## Poblacions d'estudi

*Estudi I: Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlf's I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position (en premsa). Soc Sci Med.*

Es van seleccionar les dones ocupades i mestresses de casa de 25 a 64 anys casades o que vivien en parella entrevistades a l'ESCA. En aquest estrat d'edat el 76% dels homes i el 41% de les dones estaven empleats i el 80% estaven casats o convivia amb la seva parella. La mostra analitzada va estar constituïda per 1191 dones empleades i 1675 mestresses de casa.

*Estudi II: Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. J Epidemiol Community Health 2001; 55: 639-647.*

Es van seleccionar les persones ocupades de 25 a 64 anys casades o que vivien en parella entrevistades a l'ESCA. La mostra analitzada va estar constituïda per 2148 homes i 1185 dones.\*

*Estudi III: Artazcoz L, Artieda L, Borrell, C, Cortès I, Benach J, Garcia V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? Eur J Public Health 2004; 14: 43-48.*

Es van seleccionar les persones ocupades de 25 a 64 anys casades o que vivien en parella entrevistades a la Encuesta Navarra de Condiciones del Trabajo (881 homes i 400 dones).

*Estudi IV: Artazcoz L, Borrell C, Rohlf's I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. Gac Sanit 2001; 15: 150-153.*

---

\* La diferencia en el nombre de dones ocupades en relació amb l'estudi I és deguda a sis dones en les que no consta l'ocupació en el cas de l'estudi II.

Es van seleccionar els 215 homes i les 106 dones menors de 65 anys que treballaven i estaven casats o vivien en parella entrevistats a l'Enquesta de Salut de Terrassa.

*Estudi V: Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions between gender, family roles, and social class. Am J Public Health 2004; 94: 82-88.*

Es van seleccionar les persones de 25 a 64 anys que estaven ocupades o aturades (i havien treballat prèviament) que no tenien limitació crònica de l'activitat. La mostra va estar formada per 3881 persones empleades i 638 aturades.

### **Variables**

*Estudi I: Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfis I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position (en premsa). Soc Sci Med 2003.*

Les variables dependents van ser quatre indicadors d'estat de salut (estat de salut percebut, limitació crònica de l'activitat, trastorns crònics de salut i salut mental mesurada amb el qüestionari GHQ-12) i dos de comportaments relacionats amb la salut associats al fet de tenir temps per a un mateix (pràctica d'exercici en el temps de lleure i mitjana d'hores de son diari). Totes elles van ser dicotomitzaades.

Les exigències familiars es van mesurar amb tres variables: nombre de persones a la llar (2, 3, 4 i més de 4), convivència amb menors de 15 anys i convivència amb majors de 65. La classe social es va mesurar amb el nivell d'estudis amb dues categories: fins a l'educació obligatòria i superior a aquest nivell.

*Estudi II: Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. J Epidemiol Community Health 2001; 55: 639-647.*

Les variables dependents i les exigències familiars es van mesurar d'igual forma que a l'estudi I. La posició socio-econòmica es va mesurar amb la classe social ocupacional, obtinguda mitjançant l'adaptació espanyola de la classificació del British Registrar General i assignada segons l'ocupada actual de la persona enquestada.<sup>69</sup> Aquesta variable, originalment amb sis categories va ser dicotomitzada: treballadors no manuals (I, II i III) i manuals (IV-A, IV-B i V).

*Estudi III: Artazcoz L, Artieda L, Borrell, C, Cortès I, Benach J, Garcia V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? Eur J Public Health 2004; 14: 43-48.*

Les variables depenents van ser l'estat de salut percebut, els trastorns psicossomàtics i l'ús de serveis sanitaris, totes elles dicotomitzades. La posició socio-econòmica es va mesurar amb la classe social ocupacional, amb tres categories: I-II, III i IV-V. Les exigències familiars es van mesurar amb el nombre de persones a la llar (2, 3 i més de 3) i la convivència amb menors de 3 anys. A més, es va analitzar la implicació en les tasques domèstiques (cuinar, rentar plats, netejar la casa, fer la compra, rentar la roba i planxar) mitjançant una escala amb un rang d'1 a 30, i la distribució de gènere en la responsabilitat principal de la cura dels infants menors de 15 anys. Finalment, també es va tenir en compte el nombre d'hores de treball remunerat a la setmana (<30, 30-40 i més de 40).

*Estudi IV: Artazcoz L, Borrell C, Rohlf s I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. Gac Sanit 2001; 15: 150-153.*

La variable depenent va ser l'estat de salut percebut, amb dues categories. Les variables independents van ser el nombre de persones a la llar (igual o menys de 4 i més de 4), la convivència amb menors de 12 anys, amb majors de 65 anys i l'existència o no d'una persona contractada per a les tasques domèstiques. La posició socio-econòmica es va mesurar amb la classe social ocupacional, amb tres categories: I-II, III i IV-V.

*Estudi V: Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions between gender, family roles, and social class. Am J Public Health 2004; 94: 82-88.*

La variable depenent va ser l'estat de salut mental mesurat amb el qüestionari GHQ-12, un dels més utilitzats en salut laboral. Els rols familiars es van mesurar mitjançant l'estat civil o de convivència, amb dues categories: solter/a o casat/da (o convivint en parella) i la paternitat o maternitat, mesurada a través de la variable convivència amb criatures menors de 15 anys, diferent segons l'estudi. La situació laboral es va dividir en tres categories: ocupats, aturats amb prestacions econòmiques d'atur i aturats sense prestacions d'atur. La posició socio-econòmica es va mesurar amb la classe social ocupacional, amb dues categories: treballadors manuals i no manuals.

### **Anàlisi estadística**

L'anàlisi s'ha basat en models de regressió logística per al càlcul d'odds ratios (OR) ajustades i els seus corresponents intervals de confiança del 95%.<sup>70</sup> En tots els casos s'ha controlat per l'edat. Les interaccions s'han analitzat mitjançant l'estratificació per les variables d'interès.

## Resultats

## **Mestresses de casa i dones ocupades**

### **Estudi I.**

Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position (en premsa). Soc Sci Med.

#### *Resultats principals*

A Catalunya, entre les dones de 25 a 64 anys l'estat de salut és globalment millor entre les ocupades que en les mestresses de casa però els resultats són més consistents per a les dones de baix nivell d'estudis. Tot i això, comportaments relacionats amb la salut associats a disposar de temps per a un mateix – pràctica d'exercici físic en el temps de lleure i nombre diari d'hores de són – són més favorables per a les mestresses de casa. L'impacte negatiu de les exigències familiars sobre l'estat de salut es restringeix a les dones ocupades de classes menys afavorides.



## Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position

Lucía Artazcoz<sup>a,b,\*</sup>, Carme Borrell<sup>a</sup>, Joan Benach<sup>b</sup>, Imma Cortès<sup>a</sup>, Izabella Rohlf<sup>c</sup>

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

<sup>b</sup> *Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Spain*

<sup>c</sup> *Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, Barcelona, Spain*

### Abstract

Although it is generally assumed that women engaged in paid work have better health than full-time homemakers, little is known about the situation in Southern European countries like Spain or about differences in the impact of family demands by employment status or the potential interaction with educational level. The objectives of this study are to analyse whether inequalities in health exist among housewives and employed women, and to assess whether the relationship between family demands and health differs by employment status. Additionally, for both objectives we examine the potential different patterns by educational level. The data have been taken from the 1994 Catalanian Health Survey (Spain). The sample was drawn from all women aged 25–64 years who were employed or full-time homemakers and married or cohabiting. Four health indicators (self-perceived health status, limiting long-standing illness, chronic conditions and mental health) and two health related behaviours (hours of sleeping and leisure-time physical activity) were analysed. Family demands were measured through household size, living with children under 15 and living with elderly. Overall, female workers had a better health status than housewives, although this pattern was more consistent for women of low educational level. Conversely, the health related behaviours analysed were less favourable for workers, mainly for those of low educational level. Among workers of low educational level, family demands showed a negative effect in most health indicators and health related behaviours, but had little or no negative association at all in workers of high educational level or in full-time homemakers. Moreover, among women of low educational level, both workers and housewives, living with elderly had showed a negative association with poor health status and health related behaviours. These results emphasise the need of considering the interaction between family demands, employment status and educational level in analysing the impact of family demands on women's health as well as in designing family policies and programmes of women's health promotion.

© 2003 Elsevier Ltd. All rights reserved.

*Keywords:* Women's health; Family characteristics; Inequalities; Work; Spain

### Introduction

It is generally assumed that women engaged in paid work have better health than full-time homemakers (Nathanson, 1975; Nathanson, 1980; Verbrugge, 1983; Waldron & Jacobs, 1988; Annandale & Hunt, 2000). Moreover, some studies have generally confirmed that the better health of employed women does not simply

reflect a “healthy worker effect” (Passannante & Nathanson, 1985; Waldron & Jacobs, 1988; Arber, 1997). The job environment can offer opportunities to build self-esteem and confidence in one's decision-making, social-support for otherwise isolated individuals and experiences that enhance life satisfaction (Sorensen & Verbrugge, 1987). Additionally, income provides women with economic independence and increase their power in the household unit. These findings support the role enhancement hypothesis.

However, other studies support the role overload or role conflict hypotheses. It has been reported that

\*Corresponding author. Pl. Lesseps 1, Barcelona 08023, Spain. Tel.: +1-34-93-238-45-65; fax: +1-34-93-217-31-97.  
E-mail address: lartazco@imsb.bcn.es (L. Artazcoz).

employment has beneficial effects on health for unmarried women but little or no effect for married women (Waldron, Weiss, & Hughes, 1998) or that the benefits of job for mothers' health are restricted to those working part-time (Bartley, Popay, & Plewis, 1992; Walters, Denton, French, Eyles, & Newbold, 1996; Bartley, Sacker, Firth, & Fitzpatrick, 1999). Therefore, it seems that when the total workload is high, combining job and family demands can be health-damaging.

It has been argued that the meaning of social roles depends on the socio-economic context within which roles are enacted. Significant interactions between employment status and structural disadvantage, measured through marital status and housing tenure, have been reported in the analysis of social determinants of women's health status (Arber, 1991). Furthermore, the examination of potential differences in the role of employment status and family demands in shaping women's health between regions deserves further attention (Moss, 2002). Most studies about the relationship between job and family characteristics and health have been carried out in northern Europe, Great Britain and the United States, but little is known about the situation in Southern European countries, like Spain, where women have entered the labour market later and being a housewife is still very common (Rohlf, De Andres, Artazcoz, Ribalta, & Borrell, 1997). The socio-political environment and country-specific factors associated with history, policies, legal rights, institutions and gender attitudes impact women's health, thus leading to an expectation that the nature of social and economic variations in women's health will differ between societies.

#### *Women's employment and family roles in Spain and Southern European countries*

Spain had a conservative dictatorship for 40 years, until 1975. During that period, the country was influenced by Catholic teachings that relied on women for the care of family members. The welfare state was underdeveloped, without supportive services for families, being women's participation in the labour force very low. Although the welfare state expanded during the democratic period, Spain still cannot be compared with other European countries (Navarro & Shi, 2001).

Spanish females labour force participation, and mainly of those married, has significantly increased in the last two decades (Meil, 1999a). However, comparing with other countries of the European Union (EU), Spain has still lower female labour force participation. Whereas in 2001 the female labour force participation in the EU was 47%, in Spain it was 39%, only comparable with other Mediterranean countries such as Greece (38%) and Italy (36%), and much lower than Denmark (60%) or Sweden (57%), for example (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001). Besides the

low female participation in the labour force, the very low proportion of women working part-time is another characteristic of Southern European countries labour market. Whereas in 2001, in the EU, 34% of female workers were employed part-time, the percentage in Spain was 17%, similar to Italy and much higher than Greece (7%) (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001).

There are many characteristics that allow to qualify Southern European countries as "traditional societies": the feeble incidence of cohabitation, the low proportion of births outside the wedlock, the low divorce rate, more extended families, less lone parent families and the low participation of women in the labour market already mentioned (Fernández-Cordon & Sgritta, 2000). Traditional attitudes towards females' employment still persist. In a study carried out in a sample of 2494 Spanish adults, almost half of the people thought that women should leave the labour market when they have children under 3 years, with no gender differences. Additionally, 27% of men and 19% of women thought that women should not have a paid work when living with children older than 3 (Meil, 1999b). Therefore, among Spanish women with family responsibilities the conflict with prevailing traditional attitudes towards gender roles could neutralize the beneficial effects of paid work. In this context, employment for women could mean they are not adequately meeting normative behavioural expectations as wives and mothers—roles to which females have historically been highly committed (Simon, 1995). Moreover, collaboration of men in domestic work is still very low. In a survey carried out in 1996 (Domínguez-Alcón, 2001), among workers, during working days Spanish females devoted 3 times more time to domestic tasks than males (226 min versus 77). Therefore, besides the meaning and self-perceptions about family roles, among employed females, work overload can be another factor that neutralize the potential positive influence of job on women's health.

#### *Women's health and the interaction between family demands, employment status and socio-economic position*

Most studies comparing health status between female workers and full-time homemakers, focus on the potential benefits or health-damaging effects of employment, assuming a traditional gender vision that considers the roles of spouse and mother as central and that of employment as an additional one. Nowadays however, that employment is becoming the norm for most women in developed countries, it is important to reverse the question and analyse the impact of family demands on women's health. Moreover, its importance increases in the context of the priority of European policy makers on improving individuals' work-life balance (Commission of the European Communities, 2000). In this

analysis it is important to consider the role of employment status and socio-economic status in shaping the influence of family demands on women's health.

The effect of family demands on health may differ by employment status. The provision of support and care may be emotionally satisfying and may also provide some social status for the woman's own needs. However, for women in paid work, caretaking and the associated domestic work can be very draining and impair their health. The analysis of differences in the impact of family demands depending on employment status is of great interest in a traditional country like Spain, where still many women choose to be a full-time homemaker.

Moreover, for the same employment status the impact of family demands on women's health may vary with socio-economic circumstances (Artazcoz, Borrell, & Benach, 2001). Women of higher social classes have more economic resources for child care services or for paying domestic workers that can carry out part of the domestic and caring work. In a study carried out in Barcelona (Spain) (Artazcoz et al., 2001), among married female workers, having a person hired for doing domestic tasks was negatively associated with poor self-perceived health status, after adjusting for age and social class. No association was found among married male workers. Therefore, we can reasonably expect that combining job and family life be more health damaging for less privileged women.

### *Hypotheses and objectives*

In summary, we hypothesize that in a traditional country like Spain, among women married or cohabiting, job does not have beneficial effects for health; that health-related behaviours related to having time for oneself are more unfavourable among workers than among housewives; that family demands have a negative impact in female workers but not in full-time homemakers; and that the negative health impact of family demands is greater for less privileged female workers. The objectives of this study are: *first* to analyse inequalities in health and health-related behaviours between housewives and employed women who are married or cohabiting, and *second* to assess whether the relationship between family demands and health differs by employment status. Additionally, for both objectives we examine whether these patterns are the same for women of low and high socio-economic position.

## **Methods**

### *Data*

The data have been taken from the 1994 Catalan Health Survey (CHS), a cross-sectional survey based on

a representative sample of the non-institutionalised population of Catalonia, a region in the North-east of Spain which has about 6 million inhabitants. The survey included self-reported information on morbidity, health status, health-related behaviours and use of health care services as well as socio-demographic data. Fifteen thousand subjects were randomly selected using a multiple stage random sampling strategy. For each of the eight health regions of Catalonia, the first sampling stage consisted of selecting municipalities (or municipal districts in the case of the Barcelona city health region) according to their population size (eight strata). In each of these strata, cluster random sampling was employed to select individuals by using proportional probabilities according to the weight of the municipality (or district). Trained interviewers administered the questionnaires at home in a face-to-face interview from January to December 1994 to avoid a potential seasonal bias. Only 5.4% of subjects were substituted due to refusal or absence of those initially selected. Half of the total sample was aged 25–64 years. In this age stratum, 76% of men and 41% of women were employed and 80% were married or cohabiting. The population analysed in this study were the 1191 female workers and 1675 housewives who were married or cohabiting, aged 25–64 years. Full details of the survey are reported elsewhere (Servei Català de la Salut, 1996).

### *Measurement of ill-health*

Four health indicators were included in the analysis:

- Self-perceived health status, that was elicited by asking the respondents to describe their general health as “excellent”, “very good”, “good”, “fair” or “poor”. The variable was dichotomised by combining the categories “fair” and “poor” to indicate perceived health as below good (Manor, Matthews, & Power, 2000). Self-perceived health is a broad indicator of health related well being (Segovia, Bartlett, & Edwards, 1989) and has also proved to be a good predictor of mortality, even better than a medical diagnosis (Idler & Benyamini, 1997).
- Limiting long-standing illness (LLI) was asked with the question “During the last 12 months have you had any trouble or difficulty for gainful employment, housework, schooling, studying, because of a chronic health problem (that has lasted or it is expected to last 3 or more months)?”. LLI is a functional measure of ill health, directing attention to the consequences of illness, i.e. whether reported illness restricts daily activities or not. It represents the consequences of health status for what the individual perceives as his or her normal activities, providing a self-assessment of the effect of any chronic ill health on daily life.

- Chronic conditions: Suffering from none versus suffering from at least one chronic condition of the 23 listed chronic conditions.
- Mental health was measured with the 12-item version of the *General Health Questionnaire* (12-GHQ). This is a screening instrument widely used to detect current, diagnosable psychiatric disorders (Goldberg, 1972). Here we used a two-point scoring method, rating a problem as absent (0) or present (1). Responses were summed and a score higher than 2 was used to indicate the presence of psychiatric morbidity.

Additionally, two health-related behaviours, leisure-time physical activity and hours of sleeping, closely related to constraints of time (among other reasons) were analysed. These concepts were operationalised as follows:

- Leisure-time physical activity: Physical activity in the last 15 days was asked with three questions about the number of occasions on which the subject had performed various listed sports, for at least 20 min, of slight intensity, moderate intensity and of high intensity. A dichotomous variable was created, comparing no physical activity versus slight, moderate or high intensity of sport activities.
- Daily number of hours slept: Lowest quartile versus the rest. The cutpoint, 6 h, was the same for workers and full-time homemakers.

#### *Measurement of family demands*

Family demands were measured with three variables:

- Household size, had three categories: “Two”, “Three” and “More than three persons”.
- Living with children under 15 years was categorized as “Yes” or “No”.
- Living with people older than 65 years was categorized as “Yes” or “No”.

#### *Measurement of socio-economic position*

Educational qualifications have been used as a measure of socio-economic position because they can be applied to all adults and are more stable throughout the life course than other alternative measures of social stratification (Arber & Cooper, 2000; Arber & Khlal, 2002). Women with an educational level of compulsory schooling or lower (in Spain until recently, compulsory schooling finished at age 14) were considered as having a low educational level and the rest were classified as high educational level.

#### *Data analysis*

The analysis was performed in three steps. *First* bivariate differences between housewives and employed females for all the dependent and independent variables were tested by using the chi-square test for categorical variables and the *t*-test for age. This analysis was stratified by educational level. *Second* multiple logistic regression models adjusted for age and then for age and family demands separated by educational level were fitted for each dependent variable in order to test whether health and health related behaviours differed by employment status and whether the pattern varied by educational level. *Finally*, in order to test the interaction between family demands, employment status and education level, fully adjusted logistic regression models separated by employment status and educational level were fitted for each dependent variable. The results of the models are presented as adjusted odds ratios (OR) with their 95% Wald confidence intervals (CI). All analysis included the weights derived from the complex sample design (Guillen, Junca, Rue, & Aragay, 2000).

#### **Results**

##### *Comparison between workers and full-time homemakers*

The proportion of housewives was much higher among women of low educational level (70% versus 27%) (Table 1). Independently of educational level, full-time homemakers were older than workers. Moreover, females of low educational level were older than those of higher educational level. Consistently with this age pattern, women of low educational level and housewives were more likely to live with people older than 65 and less likely to live with children under 15.

After adjusting for age (Table 2), where among women of low educational level, full-time homemakers had a higher risk of reporting poor self-perceived health status (age adjusted OR = 1.22; 95%CI = 0.99–1.51), LLI (age adjusted OR = 1.34; 95%CI = 1.02–1.76), and at least one chronic condition (age adjusted OR = 1.25; 95%CI = 1.01–1.55), a different pattern was observed in women of high educational level. In this group, the risk of poor self-perceived health status was also higher for housewives (age adjusted OR = 1.72; 95%CI = 1.08–2.73) but no differences were found for LLI and workers were more likely to report at least one chronic condition (age adjusted OR = 0.69; 95%CI = 0.50–0.97). Health-related behaviours were more unfavourable for workers. In both low and high educational level women, they were more likely to sleep 6 h or less. Additionally, among those of lower educational level, workers were more likely to report no leisure time physical activity

Table 1  
General characteristics of the study sample by employment status and educational level (in percentages) (Catalonia Health Survey, 1994)

	Low educational level			High educational level		
	Workers (n = 622)	Housewives (n = 1468)	p	Workers (n = 569)	Housewives (n = 207)	p
<i>Health outcomes</i>						
Self-perceived health status						
Excellent	3.9	2.6	<0.0001	7.7	4.4	<0.0001
Very good	9.4	7.8		17.4	6.8	
Good	57.7	50.3		65.0	69.9	
Fair	25.8	32.3		9.3	17.5	
Poor	3.2	7.0		0.5	1.5	
Limiting long-standing illness	12.9	18.4	0.002	9.8	15.5	0.04
At least one chronic condition	68.0	77.0	<0.0001	56.8	52.7	0.33
GHQ score > 2	21.1	24.0	0.16	17.3	21.7	0.17
<i>Health-related behaviours</i>						
No leisure time physical activity	38.3	29.8	<0.0001	22.1	23.2	0.77
Daily number of hours slept ≤6	32.9	28.3	0.04	25.6	17.2	0.02
<i>Family demands</i>						
Household size						
Two	9.8	15.4	0.003	17.4	6.3	<0.0001
Three	29.7	24.8		31.8	29.5	
Four	36.1	36.4		36.7	37.2	
> Four	24.4	23.4		14.2	27.1	
Living with children under 15	50.2	36.9	<0.0001	65.9	62.3	0.40
Living with persons older than 65	14.0	18.7	0.009	5.6	13.0	0.001
Age (mean and standard deviation)	43.8 (9.3)	48.5 (10.0)	<0.0001	37.6 (7.8)	41.1 (10.1)	<0.0001

(age adjusted OR = 0.66; 95%CI = 0.54–0.80). No differences by employment status were found for mental health. Results were practically unchanged after additionally adjusting for family demands.

#### *Relation between family demands and health outcomes*

Factors associated with ill health differed by employment status and educational level (Table 3). Whereas in workers of high educational level, family demands were not related to any health indicator, among those of low educational level, household size was positively associated with all health outcomes except with mental health. In this group, the adjusted ORs associated with living in household units of more than four persons as compared to the referent category were 2.54 (95%CI = 1.24–5.20) for self-perceived health status, 2.35 (95%CI = 0.90–6.18) for LLI, and 4.87 (95%CI = 2.34–10.13) for having at least one chronic condition. Among housewives, none of these health indicators was associated with household size (Table 4).

Living with persons older than 65 had a protective effect for several health indicators among both workers

and homemakers (Tables 3 and 4). Among women of low educational level it was negatively associated with poor self-perceived health status (aOR = 0.49; 95%CI = 0.28–0.86 for workers and aOR = 0.75; 95%CI = 0.56–0.99 for housewives), and LLI (aOR = 0.49; 95%CI = 0.22–1.08 for workers and aOR = 0.69; 95%CI = 0.48–0.98 for housewives). In workers of low educational level living with persons older than 65 also showed a protective effect for chronic conditions (aOR = 0.51; 95%CI = 0.29–0.88). Additionally, in homemakers living with persons older than 65 was negatively associated with poor mental health (adjusted OR = 0.78; 95%CI = 0.56–1.08 for women of low educational level and adjusted OR = 0.08; 95%CI = 0.01–0.86 for women of high educational level) (Tables 3 and 4).

Whereas no indicator of family demands was related to poor mental health status among workers, in housewives of low educational level, household size was positively associated with poor mental health status and additionally living with children had a protective effect in housewives of high educational level (Table 4).

Table 2

Odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) comparing health outcomes and health-related behaviours of housewives to workers by educational level

	Low educational level		High educational level	
	Workers (referent category)	aOR (95%CI)	Workers (referent category)	aOR 95%CI
<i>Poor self-perceived health status</i>				
Adjusted for age	1	1.22 (0.99–1.51)	1	1.72 (1.08–2.73)*
Adjusted for age and family demands	1	1.22 (0.99–1.51)	1	1.69 (1.05–2.71)*
<i>Limiting long-standing illness</i>				
Adjusted for age	1	1.34 (1.02–1.76)*	1	1.47 (0.91–2.38)
Adjusted for age and family demands	1	1.34 (1.01–1.76)*	1	1.54 (0.94–2.51)
<i>At least one chronic condition</i>				
Adjusted for age	1	1.25 (1.01–1.55)*	1	0.69 (0.50–0.97)*
Adjusted for age and family demands	1	1.24 (1.00–1.54)*	1	0.75 (0.53–1.05)
<i>12-GHQ&gt;2</i>				
Adjusted for age	1	1.11 (0.88–1.40)	1	1.32 (0.88–1.97)
Adjusted for age and family demands	1	1.09 (0.86–1.37)	1	1.27 (0.84–1.91)
<i>No leisure time physical activity</i>				
Adjusted for age	1	0.66 (0.54–0.80)***	1	1.09 (0.74–1.60)
Adjusted for age and family demands	1	0.66 (0.54–0.80)***	1	1.03 (0.69–1.51)
<i>Sleeping ≤ 6 hours a day</i>				
Adjusted for age	1	0.71 (0.58–0.87)**	1	0.57 (0.37–0.86)**
Adjusted for age and family demands	1	0.71 (0.57–0.87)**	1	0.56 (0.37–0.85)**

\* $p < 0.05$ .

\*\* $p < 0.01$ .

\*\*\* $p < 0.0001$ .

#### *Relation of family demands with leisure-time physical activity and time spent in sleeping*

Family demands had a higher impact on workers of low educational level. In this group no leisure time physical activity was more frequent among those living with children under 15 years (adjusted OR = 1.89; 95%CI = 1.22–2.94) and sleeping 6 h or less a day was positively related to household size (the adjusted OR for living in household units of more than 4 persons was 2.31; 95%CI = 1.11–4.81) and to living with children under 15 years (adjusted OR = 1.73; 95%CI = 1.10–2.74) and negatively associated with living with persons older than 65 (adjusted OR = 0.60; 95% CI = 0.35–1.02). Household size was also positively associated with performing no leisure-time physical activity among female workers of high educational level (Table 5).

Among housewives, performing no leisure-time physical activity was related to family demands only in women of high educational level. In this group, household size was negatively associated with no leisure time physical activity although no consistent gradient was observed. Additionally, homemakers of low educational

level who lived with children under 15 years were less likely to sleep 6 h or less (Table 6).

#### **Discussion**

We have observed three main findings. (1) Among married women, differences in health status and selected health-related behaviours between employed and full-time homemakers depend on the educational level and on the health indicator analysed. (2) Female workers have an overall better health status than full-time homemakers but more unfavourable health-related behaviours. (3) The health-damaging effect of family demands is restricted to less privileged female workers.

#### *Comparisons of health status between female workers and full-time homemakers*

Contrary to expected, even in a traditional society like Catalonia (Spain), having a paid job seems to positively influence married women's health. However, although as in many studies (Waldron & Jacobs, 1988; Nathan-

Table 3

Multivariate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) for the associations between health outcomes and the independent variables in workers by educational level (Catalonia Health Survey, 1994)

	Poor self-perceived health status		Limiting long-standing illness		At least one chronic condition		12-GHQ > 2	
	Low educational level	High educational level	Low educational level	High educational level	Low educational level	High educational level	Low educational level	High educational level
Household size								
Two	1	1	1	1	1	1	1	1
Three	1.16 (0.57–2.35)	1.27 (0.46–3.51)	1.04 (0.39–2.78)	0.61 (0.20–1.90)	1.67 (0.87–3.20)	0.48 (0.23–.99)	0.78 (0.38–1.60)	1.84 (0.73–4.64)
Four	1.83 (0.91–3.67)	0.99 (0.36–2.75)	1.75 (0.68–4.48)	0.78 (0.25–2.36)	2.96 (1.52–5.74)**	0.52 (0.25–1.09)	0.95 (0.47–1.94)	1.43 (0.56–3.69)
> Four	2.54 (1.24–5.20)*	1.36 (0.42–4.39)	2.35 (0.90–6.18)	1.38 (0.40–4.79)	4.87 (2.34–10.13)***	0.38 (0.16–0.90)	1.04 (0.50–2.18)	2.70 (0.94–7.81)
Living with children below 15								
No	1	1	1	1	1	1	1	1
Yes	0.94 (0.59–1.49)	0.72 (0.33–1.58)	0.77 (0.42–1.40)	1.18 (0.49–2.82)	0.73 (0.45–1.19)	1.53 (0.88–2.65)	0.95 (0.57–1.57)	0.87 (0.44–1.71)
Living with persons older than 65								
No	1	1	1	1	1	1	1	1
Yes	0.49 (0.28–0.86)*	1.08 (0.36–3.22)	0.49 (0.22–1.08)	0.39 (0.08–1.88)	0.51 (0.29–0.88)*	1.22 (0.54–2.76)	0.98 (0.55–1.75)	1.14 (0.45–2.89)

Note: Odds ratios are also adjusted for age.

\*  $p < 0.05$ .

\*\*  $p < 0.01$ .

\*\*\*  $p < 0.001$ .

Table 4

Multivariate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) for the associations between health outcomes and the independent variables in housewives by educational level (Catalonia Health Survey, 1994)

	Poor self-perceived health status		Limiting long-standing illness		At least one chronic condition		12-GHQ > 2	
	Low educational level	High educational level	Low educational level	High educational level	Low educational level	High educational level	Low educational level	High educational level
Household size								
Two	1	1	1	1	1	1	1	1
Three	1.22 (0.85–1.74)	0.53 (0.13–2.15)	0.90 (0.59–1.37)	0.63 (0.15–2.66)	1.01 (0.63–1.61)	0.47 (0.09–2.36)	0.92 (0.60–1.41)	2.11 (0.43–10.32)
Four	0.86 (0.60–1.22)	0.73 (0.18–2.94)	0.82 (0.53–1.25)	0.69 (0.16–3.00)	1.03 (0.66–1.62)	0.54 (0.11–2.81)	1.44 (0.96–2.17)	1.88 (0.37–9.66)
> Four	1.15 (0.79–1.69)	0.59 (0.14–2.48)	1.15 (0.73–1.80)	0.67 (0.15–3.02)	1.17 (0.72–1.91)	0.36 (0.07–1.96)	1.99 (1.29–3.06)**	0.72 (0.12–4.44)
Living with children below 15								
No	1	1	1	1	1	1	1	1
Yes	1.08 (0.78–1.49)	0.65 (0.23–1.85)	0.91 (0.61–1.35)	0.51 (0.16–1.64)	0.81 (0.57–1.16)	0.78 (0.32–1.90)	1.07 (0.76–1.52)	0.25 (0.09–0.71)*
Living with persons older than 65								
No	1	1	1	1	1	1	1	1
Yes	0.75 (0.56–0.99)*	2.36 (0.91–6.15)	0.69 (0.48–0.98)*	0.39 (0.11–1.43)	0.83 (0.58–1.18)	1.12 (0.42–2.97)	0.78 (0.56–1.08)	0.08 (0.01–0.86)*

Note: Odds ratios are also adjusted for age.

\*  $p < 0.05$ .

\*\*  $p < 0.01$ .

Table 5

Multivariate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) for the associations between health related behaviours and the independent variables in workers by educational level (Catalonia Health Survey, 1994)

	No leisure time physical activity		Daily hours slept ≤6	
	Low educational level	High educational level	Low educational level	High educational level
Household size				
Two	1	1	1	1
Three	0.63 (0.33–1.18)	1.94 (0.84–4.49)	1.57 (0.77–3.20)	1.07 (0.48–2.36)
Four	0.63 (0.34–1.18)	1.56 (0.66–3.67)	1.39 (0.68–2.82)	1.18 (0.53–2.62)
> Four	1.11 (0.58–2.12)	2.70 (1.02–7.14)*	2.31 (1.11–4.81)*	1.50 (0.60–3.78)
Living with children below 15				
No	1	1	1	1
Yes	1.89 (1.22–2.94)**	0.89 (0.48–1.65)	1.73 (1.10–2.74)*	1.12 (0.61–2.03)
Living with persons older than 65				
No	1	1	1	1
Yes	1.05 (0.63–1.73)	0.92 (0.38–2.23)	0.60 (0.35–1.02)	1.07 (0.46–2.52)

Note: Odds ratios are also adjusted for age.

\* $p < 0.05$ .

\*\* $p < 0.01$ .

Table 6

Multivariate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) for the associations between health related behaviours and the independent variables in housewives by educational level (Catalonia Health Survey, 1994)

	No leisure time physical activity		Daily hours slept ≤6	
	Low educational level	High educational level	Low educational level	High educational level
Household size				
Two	1	1	1	1
Three	1.05 (0.73–1.52)	0.25 (0.06–1.02)	0.85 (0.58–1.22)	0.42 (0.08–2.34)
Four	0.88 (0.61–1.27)	0.11 (0.03–0.51)	0.95 (0.66–1.38)	1.80 (0.37–8.77)
> Four	0.97 (0.65–1.44)	0.26 (0.06–1.13)	1.02 (0.69–1.53)	0.94 (0.19–4.75)
Living with children below 15				
No	1	1	1	1
Yes	1.14 (0.82–1.59)	1.72 (0.57–5.14)	0.67 (0.48–0.94)*	1.45 (0.44–4.76)
Living with persons older than 65				
No	1	1	1	1
Yes	1.10 (0.81–1.47)	1.10 (0.37–3.26)	0.79 (0.58–1.07)	0.95 (0.31–2.90)

Note: Odds ratios are also adjusted for age.

\* $p < 0.05$ .

son, 1980; Rosenfield, 1980; Verbrugge, 1983; Hall & Johnson, 1988) a better overall health status was found among workers, we observed that health differences between female workers and full-time homemakers depend on the health indicator analysed and on educational level. An excess of morbidity among housewives was more consistently found for less privileged women. Whereas for both women of low and high educational level, housewives were more likely to report poor self-perceived health status, among less

educated women, housewives additionally had a higher risk of LLI and of having at least one chronic condition. No differences in the risk of LLI were observed among more educated women, and furthermore, in this group, housewives were less likely to report any chronic condition.

Contrary to other studies (Rosenfield, 1980; Hall & Johnson, 1988) no differences in mental health by employment status were found among women whether of low or high educational level. This finding is



consistent with those reported by [Khalat, Sermet and Le Pape \(2000\)](#) who found an excess of morbidity among housewives mainly in terms of physical health.

Yet, after controlling for age and family demands, a significantly higher consumption of sleeping pills or tranquillisers was found for housewives as compared to workers (aOR = 2.24; 95%CI = 1.48–3.38 in women of low educational level and aOR = 1.51; 95%CI = 0.89–2.54 in those of high educational status) (*results not shown*). The consumption of these drugs could mask an excess of mental health morbidity among housewives, and thus explain why differences by employment status were not found.

#### *Comparisons of health-related behaviours between female workers and full-time homemakers*

Whereas workers had, in general, a better health status than housewives, health-related behaviours were more favourable for housewives and the pattern was also more consistent among women of low educational level. Among both low and high educational level women, housewives were less likely to sleep 6 h or less and, additionally among less educated women, they were less likely to be sedentary in their leisure time.

For female workers combining job and family demands means not only work overload but also lack of time and of temporal autonomy, probably more serious for less privileged women. That is probably one of the main reasons why they sleep less hours and are more sedentary in their leisure time. Health promotion programmes should take into account these constraints when addressed to women.

#### *Relation between family demands and health outcomes*

Family demands showed a greater impact on health in less educated female workers and hardly had any negative impact either among housewives or among more privileged female workers. Among workers of low educational level, household size was positively related with three out of the four health indicators. Interestingly a consistent gradient was found. For employed women, the combination of a low educational level and high family demands had a consistent negative effect on different health indicators. [Lennon and Rosenfield \(1992\)](#) reported that the degree of control at work (higher among more qualified workers) moderates the effects of demands in the family setting. On the other hand, more privileged female workers have more resources for facing domestic work. Clearly [Cleary & Mechanic \(1983\)](#) found a positive relationship between the number of children in the household and depression in women with paid employment but this relationship was non-significant after controlling for family income. High-income enables paid

help with domestic tasks and childcare to relieve working women of some of the overload.

Living with children under 15 was not related with health among employed women. Research on the impact of parenthood on health overall shows that, among women, having children at home either decreases psychological well being or has no impact at all ([Ross, Mirowsky, & Goldsteen, 1990](#)). In favourable circumstances children could improve well being of women ([Ross & Mirowsky, 1988](#)). This could explain the negative association of living with children with poor mental health status among better educated housewives. Whereas for women of low educational level the economic strain and the domestic work associated with having children can be important sources of stress, for more privileged women who enjoy high household material standards, children mainly mean a source of satisfaction, self-esteem and “traction”, a reason to go on through the day and from one day to the next.

Obviously, family demands depend not only on household size or living with children, but also on other variables such as the age of children and the number of them in each age strata living at home, but these data were not collected in the CHS. Most studies using objective indicators of family demands have generally equated domestic responsibilities with age of the youngest child or living with children under a certain age that a priori can be considered as highly demanding. However, our results suggest that such variables do not adequately capture the demands associated to caring for children. Household size can be, for people with primary responsibilities at home, an adequate indicator of global domestic workload. For example, [Walters \(1993\)](#) observed that stress was more frequent among women in larger households.

Many studies about the relationship between family and occupational roles and health status, have focused on psychological factors instead of using the social structural approach of the present study. In that approach the measure of family demands includes strains actually experienced in various family roles (parent, wife) or in performing particular tasks (child-care, housework, etc.) ([Kandel, Davies, & Raveis, 1985](#); [Simon, 1992](#); [Simon, 1997](#)). Unfortunately, this information was not collected in the CHS. That approach however has several limitations. On the one hand, feelings of strain are to some extent affected by other reasons, such as personality characteristics, rather than the structural living or working conditions. On the other hand, when both dependent and independent variables are subjective and self-reported, personality may influence both of them and associations can be overestimated because of the sharing of a common variance. Moreover, whether the focus of analysis of health inequalities primarily relies on structural or on psychological factors

has different implications. Whereas the first approach mainly leads to political interventions addressed to changing structural factors generating health inequalities, the second one emphasizes the need for individual or cultural changes.

Living with persons older than 65 had a consistent protective effect mainly for women, whether workers or housewives, of low educational level. Walters (Walters, 1993) found that stress and anxiety were more frequent among women who reported caring for an elderly or sick relative. In a study of nurses, caring for a dependent adult was a risk factor for women but not for men (Walters et al., 1996). However, Matthews (Matthews & Power, 2002) did not find any association between living with persons older than 70 and psychological distress. Bartley (Bartley et al., 1992) included cohabiting with adults older than 75 years in a combined measure of domestic conditions considering them a priori as a source of workload. However she pointed out that it was impossible to establish whether co-resident older adults in the household were themselves either receiving care or, as in many cases, providing it. This may be the case in the present study.

In a study carried out in Madrid (Spain), 37% of families with children under 13, where both parents work, reported receiving frequently or very frequently, the assistance of parents' wife and 13% of parents' husband in caring for children (Meil, 1999b). According to a report of the European Commission Unit for Equal Opportunities, although there is an increase of formal services, in most countries the non-formal network continues as the main resource for caring for children among employed mothers, the only exception being the Nordic countries, where publicly financed formal services are the more used (Deven, Inglis, Moss, & Petrie, 1998).

Nowadays, people older than 65 years have few limitations in their daily activities as compared with some years ago (Ruigómez, Alonso, & Antó, 1991). It seems likely that the negative association between living with older adults may be mediated by the emotional and/or instrumental support they provide (for example they can look after the children at home). However a reverse causation effect may exist. It may be argued that women in poor health status do not invite their older relatives to live with them. Nevertheless, women who are employed, are likely to be in good health due to the "healthy worker effect", and this is even more probable among married women (healthy married), thus it would seem that, at least, in this group a causal relationship may exist. Although it is likely that the oldest people had a poor health status, and they might be more a source of work demands than of support, unfortunately additional information on age was not available. Given that the population of elderly is growing rapidly, it would be worthwhile to include more detailed information about

the age of people older than 65 living at home in future health surveys.

It has been reported that women with a full-time job who have high family demands report more ill-health and depressive symptoms than their part-time or childless counterparts (Hall & Johnson, 1988; Bartley et al., 1992; Walters et al., 1996). Unfortunately information about hours devoted to paid work was not collected in the CHS. However, in Spain the proportion of women working part-time is very low. In 1994 only 15% of female Catalonian workers were in part-time jobs (Generalitat de Catalunya, 2000). Given that women do not have yet the power to oblige men to undertake an equal share of domestic labour and childcare (Bartley, 1999) this means that most women with a full-time job when married or cohabiting probably also had to assume the majority of domestic tasks. These findings suggest that for women who work full time and maintain the overall management of the home environment, there may be a threshold where the benefits of paid employment begin to reverse and become deleterious.

#### *Relation between family demands and health-related behaviours*

As with health outcomes, family demands were mainly related to health-related behaviours among workers of low educational level. In this group, women living with children under 15 were more likely to be sedentary during leisure time and to sleep 6 h a day or less. Moreover, household size was positively associated with few hours of sleep. It has been reported that a working mother's ability to work and to sustain time spent in child care is "financed" by reductions in her personal care time (including sleep) and in passive leisure such as watching television (Hill & Stafford, 1980). A lack of time is the most commonly cited barrier for participation in physical activity (Pate et al., 1995) and caring for children means not only work overload, but also constraints to autonomy and consequent difficulties for leisure-time physical activities, higher for married women of low educational level.

#### *Limitations*

This study is limited by its cross-sectional design that prevents determination of the causal direction. Therefore, a selection bias may exist and being a housewife could be the consequence, and not the cause, of ill-health. However, in Catalonia and in Spain where being a housewife is still very common and the female labour participation rate is one of the lowest in Europe (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001), this process would operate to a lesser extent than in other countries with a higher proportion of women in the

labour market. Moreover, this potential bias is not likely to explain the differences found in the impact of family demands by employment status and educational level.

Another limitation is derived from the use of secondary data. Therefore, we did not have additional information to characterise the household unit, the domestic obligations or the working conditions. However, it is reasonable to think that both household obligations and working conditions are harder for women of low educational level, and it was in this group that having a job seemed to have a more consistent beneficial effect and that family demands showed a more consistent positive association with poor health status and health-related behaviours.

### Conclusions

Although many studies about the relationship between family demands and health have analysed women as a whole, considering employment status and socio-economic position as adjusting variables, our results show the need of considering the interaction between family demands, employment status and socio-economic position. Interventions addressed to promote women's health should take into account the overall poor health status of housewives compared with female workers and the almost null negative impact of family demands in health among workers of high educational level or full-time homemakers. Although policies that favour entrance of women into the labour market can have a positive impact on women's health, they should be accompanied by interventions addressed to reduce domestic work and to better combine job and family demands for female workers taking into account the higher needs of those of low educational level, as well as by cultural changes in order to increase men's participation in domestic tasks.

### References

- Annandale, E., & Hunt, K. (2000). Gender inequalities in health: Research at the crossroads. In E. Annandale, & K. Hunt (Eds.), *Gender inequalities in health* (pp. 1–35). Buckingham: Oxford University Press.
- Arber, S. (1991). Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Social Science & Medicine*, 32(4), 425–436.
- Arber, S. (1997). Comparing inequalities in women's and men's health in Britain in the 1990s. *Social Science & Medicine*, 44(6), 773–788.
- Arber, S., & Cooper, H. (2000). Gender and inequalities in health across the lifecourse. In E. Annandale, & K. Hunt (Eds.), *Gender inequalities in health* (pp. 123–149). Buckingham: Open University Press.
- Arber, S., & Khat, M. (2002). Introduction to “social and economic patterning of women's health in a changing world”. *Social Science & Medicine*, 54(5), 643–647.
- Artazcoz, L., Borrell, C., & Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: The relation with family demands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(9), 639–647.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Rohlf, I., Beni, C., Moncada, A., & Benach, J. (2001). Housework, gender and health in the working population (in Spanish). *Gaceta Sanitaria*, 15(2), 150–153.
- Bartley, M. (1999). Measuring women's social position: The importance of theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(10), 601–602.
- Bartley, M., Popay, J., & Plewis, I. (1992). Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociology of Health and Illness*, 14, 313–343.
- Bartley, M., Sacker, A., Firth, D., & Fitzpatrick, R. (1999). Social position, social roles and women's health in England: Changing relationships 1984–1993. *Social Science & Medicine*, 48(1), 99–115.
- Cleary, P. D., & Mechanic, D. (1983). Sex differences in psychological distress among married people. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24(2), 111–121.
- Commission of the European Communities (2000). *Communication from the commission, to the council, the European parliament, the economic and social committee and the committee of the regions. Towards a community framework strategy on Gender equality (2001–2005)*. Commission of the European Communities, Brussels.
- Deven, F., Inglis, S., Moss, P., & Petrie, P. (1998). *Revisión de las investigaciones realizadas en europa sobre conciliación de la vida laboral y familiar para hombres y mujeres y calidad de los servicios de atención. Informe final para la unidad de igualdad de oportunidades de la comisión europea*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Dominguez-Alcón, C. (2001). *Construyendo el equilibrio. Mujeres, trabajo y calidad de vida*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Fernández-Cordon, J. A., Sgritta, G. B. (2000). The Southern Countries of the European Union: A paradox? *Paper presented at the Annual seminar of The European Observatory on the Social Situation, Demography and Family “Low Fertility, families and public policies”*, 15–16 September, Seville.
- Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya [page visited: May/31/2000]. Available in: URL: <http://www.idescat.es>].
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford: Oxford University Press.
- Guillen, M., Junca, S., Rue, M., & Aragay, M. (2000). Effect of the sample design in the analysis of surveys with a complex design (in Spanish). Application to the Catalan Health Interview Survey. *Gaceta Sanitaria*, 14(5), 399–402.
- Hall, E. M., & Johnson, J. V. (1988). Depression in unemployed Swedish women. *Social Science & Medicine*, 27(12), 1349–1355.
- Hill, C. R., & Stafford, F. P. (1980). Parental care of children: Time diary estimates of quantity, predictability and variety. *Journal of Human Resources*, 15, 202–239.

- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38(1), 21–37.
- Kandel, D. B., Davies, M., & Raveis, V. H. (1985). The stressfulness of daily social roles for women: Marital, occupational and household roles. *Journal of Health and Social Behaviour*, 26, 64–78.
- Khlat, M., Sermet, C., & Le Pape, A. (2000). Women's health in relation with their family and work roles: France in the early 1990s. *Social Science & Medicine*, 50(12), 1807–1825.
- Lennon, M. C., & Rosenfield, S. (1992). Women and mental health. The interaction of job and family conditions. *Journal of Health and Social Behaviour*, 33(4), 316–327.
- Manor, O., Matthews, S., & Power, C. (2000). Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and life-time social class. *International Journal of Epidemiology*, 29(1), 149–157.
- Matthews, S., & Power, C. (2002). Socio-economic gradients in psychological distress: A focus on women, social roles and work-home characteristics. *Social Science & Medicine*, 54(5), 799–810.
- Meil, G. (1999a). *Cambio familiar y política de conciliación de vida familiar y vida laboral en España*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.
- Meil, G. (1999b). *La protección social a la familia. España 1998. Una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro Ministerio de Educación y Ciencia.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales 2001*. [page visited: 12 July 2002]. Available in URL: <http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario01>.
- Moss, N. E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: A framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine*, 54(5), 649–661.
- Nathanson, C. A. (1975). Illness and the feminine role: A theoretical review. *Social Science & Medicine*, 9(2), 57–62.
- Nathanson, C. A. (1980). Social roles and health status among women: The significance of employment. *Social Science & Medicine*, 14(6), 463–471.
- Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *Social Science & Medicine*, 52(3), 481–491.
- Passannante, M. R., & Nathanson, C. A. (1985). Female labour force participation and mortality in Wisconsin, 1974–1978. *Social Science & Medicine*, 21(6), 655–665.
- Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 273 (5), 402–407.
- Rohlfs, I., De Andres, J., Artazcoz, L., Ribalta, M., & Borrell, C. (1997). Influencia del trabajo dentro y fuera de casa sobre el estado de salud percibido de las mujeres. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 108(15), 566–571.
- Rosenfield, S. (1980). Sex differences in depression: Do women always have higher rates? *Journal of Health and Social Behaviour*, 21(1), 33–42.
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1988). Child care and emotional adjustment to wives' employment. *Journal of Health and Social Behaviour*, 29(2), 127–138.
- Ross, C. E., Mirowsky, J., & Goldstein, K. (1990). The impact of the family on health. *The decade in review. Journal of Marriage and the Family*, 52, 1059–1078.
- Ruigómez, A., Alonso, J., & Antó, J. M. (1991). Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 5(24), 117–124.
- Segovia, J., Bartlett, R. F., & Edwards, A. C. (1989). An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Social Science & Medicine*, 29(6), 761–768.
- Servei Català de la Salut (1996). *Document Tècnic Enquesta de Salut de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 1994*. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Servei Català de la Salut, Barcelona.
- Simon, R. W. (1992). Parental role strains, salience of parental identity and gender differences in psychological distress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 33, 25–35.
- Simon, R. W. (1995). Gender, multiple roles, role meaning, and mental health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 36, 182–194.
- Simon, R. W. (1997). The meanings individuals attach to role identities and their implications for mental health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, 256–274.
- Sorensen, G., & Verbrugge, L. M. (1987). Women, work, and health. *Annual Review of Public Health*, 8, 235–251.
- Verbrugge, L. M. (1983). Multiple roles and physical health of women and men. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24(1), 16–30.
- Waldron, I., & Jacobs, J. A. (1988). Effects of labour free participation on women's health: New evidence from a longitudinal study. *Journal of Occupational Medicine*, 30(12), 977–983.
- Waldron, I., Weiss, C. C., & Hughes, M. E. (1998). Interacting effects of multiple roles on women's health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 39(3), 216–236.
- Walters, V. (1993). Stress, anxiety and depression: Women's accounts of their health problems. *Social Science and Medicine*, 36(4), 393–402.
- Walters, V., Denton, R., French, S., Eyles, J., Mayr, J., & Newbold, B. (1996). Paid work, unpaid work and social support: A study of the health of male and female nurses. *Social Science & Medicine*, 43(11), 1627–1636.

---

## **Combinació de la vida laboral i familiar**

### **Estudi II**

Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 639-47.

### **Estudi III**

Artazcoz L, Artieda L, Borrell, C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? *Eur J Public Health* 2004; 14: 43-8.

### **Estudi IV**

Artazcoz L, Borrell, C, Rohfs I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gac Sanit* 2001; 15: 150-3.

### *Resultats principals*

Entre les persones ocupades casades o que viuen en parella, l'excés de morbiditat sembla dependre de la població analitzada. Mentre és clar en la població de Catalunya, les diferències no són estadísticament significatives a Terrassa ni a Navarra en l'estat de salut percebut mentre que a aquesta última comunitat autònoma les dones tenen més risc de trastorns psicossomàtics. No hi ha diferències de gènere en els comportaments relacionats amb la salut relacionats amb disposar de temps per a un mateix – pràctica d'exercici físic i nombre d'hores de son. L'impacte negatiu de les exigències familiars sobre l'estat de salut es restringeix a les dones ocupades de classes menys afavorides.

Artazcoz L, Borrell C, Benach J.

*Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands.*

**Journal of Epidemiology and Community Health.** 2001 Sep;55(9):639-47.

<http://jech.bmjournals.com/>

# Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands

L Artazcoz, C Borrell, J Benach

## Abstract

**Objectives**—To analyse whether there are gender inequalities in health among male and female workers who are married or cohabiting and to assess whether there are gender differences in the relation between family demands and health. Additionally, for both objectives it will be examined whether these gender patterns are similar for manual and non-manual workers.

**Design and setting**—The data have been taken from the 1994 Catalan Health Survey (CHS), a cross sectional survey based on a representative sample of the non-institutionalised population of Catalonia, a region in the north east of Spain that has about 6 million inhabitants. The dependent variables were four ill health indicators (self perceived health status, limiting longstanding illness, having at least one chronic condition and mental health) and two health related behaviours closely related to having time for oneself (no leisure time physical activity and sleeping six hours or less a day). Family demands were measured with three variables: household size, living with children under 15 years and living with adults older than 65 years. The analysis was separated for gender and social class (manual and non-manual workers) and additionally adjusted for age. Gender differences for all dependent and independent variables were first tested at the bivariate level using the  $\chi^2$  test for categorical variables and the *t* test for age. Secondly, multivariate logistic regression models were fitted.

**Participants**—Persons who were employed, married or cohabiting, aged 25 to 64 years (2148 men and 1185 women).

**Results**—A female excess for all the ill health indicators was found, while there were no gender differences in the health related behaviours analysed. Family demands had a greater impact on health and health related behaviours of female manual workers. In this group household size was positively related to four dependent variables. The adjusted odds ratios (ORs) to living in family units of more than four persons versus living only with the spouse were 2.74 (95%CI=1.22, 6.17) for poor self perceived health status, 3.16 (95%CI=0.98, 10.15) for limiting longstanding illness, 3.28 (95%CI=1.45, 7.44) for having at least one chronic condition, and 2.60 (95%CI=1.12, 6.00) for sleeping six hours or less a day. Among female manual workers living with children

under 15 years was positively associated with no leisure time physical activity (adjusted OR=2.37; 95% CI=1.43, 3.92) and with sleeping six hours or less a day (adjusted OR=1.91; 95% CI=1.13, 3.32). Living with adults older than 65 years had an unexpected negative relation with poor self perceived health status (adjusted OR=0.33; 95%CI=0.16, 0.66), and with chronic conditions (adjusted OR=0.45; 95%CI=0.24, 0.87) in female manual workers. Among male manual workers living with children under 15 years was positively associated with longstanding limiting illness (adjusted OR=2.44; 95%CI=1.36, 4.38).

**Conclusion**—When gender differences in health are analysed, both the paid and the non-paid work should be considered as well as the interaction between these two dimensions, gender and social class. In Catalonia, as probably in Spain and in other countries, private changes such as sharing domestic responsibilities, as well as active public policies for facilitating family care are needed in order to reduce gender health inequalities attributable to the unequal distribution of family demands.

(J Epidemiol Community Health 2001;55:639-647)

In recent years some epidemiological studies have suggested that the common assumption of women's greater morbidity than men is not as generalisable as it seemed. Some studies have not found gender health differences,<sup>1-3</sup> whereas in a study in Britain, Macintyre *et al*<sup>4</sup> observed that the direction and magnitude of gender differences in health varied according to the particular symptom or condition in question, and according to the phase of life cycle. Additionally, some comparative studies have found different magnitude of gender health inequalities across countries.<sup>5,6</sup>

Given that gender differences in health are associated with the social positions of men and women in contemporary society,<sup>7</sup> inconsistencies in the pattern of gender health inequalities across countries or age strata may be related to different gender allocations determined by cultural attitudes towards gender, social class, social policy models or labour market patterns. Furthermore, differences in gender role attitudes across cultural settings can shape the meaning of each social position, the experience and reporting of different ill health conditions and the relation between social positions and health.

Institut Municipal de Salut Pública, Pl Lesseps 1, 08023 Barcelona, Spain  
L Artazcoz  
C Borrell

Universitat Pompeu Fabra, Spain  
J Benach

Correspondence to:  
Dr Artazcoz  
(lartazco@imsb.bcn.es)

Accepted for publication  
20 March 2001

A large number of studies have examined men's and women's health from different social perspectives. Research on men's health has been dominated by a structural framework focusing on occupational class differentials in morbidity and mortality, whereas women's health has been studied primarily using a role framework, emphasising women's roles as housewives and mothers with paid employment seen as an additional role.<sup>8</sup> The dominance of the role framework in studying women's ill health contrasts with the paucity of attention to family roles and their influence in health in men, as well as to the gender health inequalities emerging from the unequal distribution of family demands.<sup>9 10</sup>

Despite the dramatic increase of women in the labour market in recent decades, there has been no significant change in the distribution of domestic work, even when both partners are working.<sup>7 11</sup> The sexual division of labour dictates that even when women enter employment, they will typically still have the main responsibility for childcare and housework. Women do not have yet the power to oblige men to undertake an equal share of domestic labour and childcare, no matter how high the status of their employment is.<sup>12</sup> These factors are likely to play an important part in explaining gender inequalities in health.

The influence of multiple roles as an employee, a spouse and a mother on women's health has been examined, but the results are not consistent. The contradictory findings in the role literature may be attributable to the insufficient characterisation of each role. In some studies multiple roles implies having more than one principal role (thus number of roles is the focus); in others, it means combining job and family responsibilities (thus, type of roles).<sup>8</sup> However, the relation between multiple roles and health not only depends on the number or the type of roles occupied, but also on the nature of the particular roles—that is, the exposures related to the job differ by occupational status, or those associated with marital or parental status depend to a great extent on the family demands associated to these roles. Moreover, the effect of family demands on health may be different for different employment status or even for the same employment status there may be an interaction with occupational social class.

In Spain a handful of studies on health inequalities have been carried out. Most of them have focused on the relation between health and occupational social class or the level of education,<sup>13-15</sup> but little is known about gender health inequalities,<sup>16 17</sup> particularly in relation to domestic work. There are a number of reasons why Spain occupies a theoretically interesting role in such research. On the one hand, the participation of Spanish women in the labour market is lower than in other countries of the European Union (EU) (in 1998 the women's activity rate was 37%, whereas the mean of the EU was 46% and there were countries such as Denmark where the proportion was near 60%) and part time work among women is one of the lowest in the EU

(in 1998 only 17% of female workers were in part time jobs, while the mean in the EU was 33%).<sup>18</sup> On the other hand, social services for families are underdeveloped, there are minimal publicly funded day care places and involvement of men in domestic work is very low.<sup>19</sup>

The objectives of this study are: firstly, to determine whether there are gender inequalities in health among male and female workers who are married or cohabiting; secondly, to assess whether there are gender differences in the relation between family demands and health. Additionally, for both objectives we will examine whether these gender patterns are the same for manual and non-manual workers.

## Methods

### DATA

The data have been taken from the 1994 Catalan Health Survey (CHS), a cross sectional survey based on a representative sample of the non-institutionalised population of Catalonia, a region in the north east of Spain which has about 6 million inhabitants. The survey included self reported information on morbidity, health status, health related behaviours and use of health care services as well as socio-demographic data. Fifteen thousand subjects were randomly selected using a multiple stage random sampling strategy. For each of the eight health regions of Catalonia, the first sampling stage consisted of selecting municipalities (or municipal districts in the case of the Barcelona City health region) according to their population size (eight strata). In each of these strata, cluster random sampling was used to select people by using proportional probabilities according to the weight of the municipality (or district). Trained interviewers administered the questionnaires at home in a face to face interview from January to December 1994 to avoid a potential seasonal bias. Only 5.4% of subjects were substituted because of refusal or absence of those initially selected. Half of the total sample was aged 25–64 years. In this age stratum 76% of men and 41% of women were employed and 80% were married or cohabiting. The population analysed in this study were the 2148 men and 1185 women who were employed, married or cohabiting, aged 25 to 64 years. Full details of the survey are reported elsewhere.<sup>20</sup>

### MEASUREMENT OF ILL HEALTH

Four health indicators were included in the analysis:

- Self perceived health status, which was elicited by asking the respondents to describe their general health as “excellent”, “very good”, “good”, “fair” or “poor”. The variable was dichotomised by combining the categories “fair” and “poor” to indicate perceived health as below good. Self perceived health is a broad indicator of health related well being<sup>21</sup> and has also proved to be a good predictor of mortality, even better than the medical diagnostic.<sup>22</sup>
- Limiting longstanding illness (LLI) was asked with the question “During the last 12 months have you had any trouble or



difficulty for gainful employment, housework, schooling, studying, because of a chronic health problem (that has lasted or it is expected to last three or more months)?". LLI is a functional measure of ill health, directing attention to the consequences of illness—that is, whether reported illness restricts daily activities or not. It represents the consequences of health status for what the individual perceives as his or her normal activities, providing a self assessment of the effect of any chronic ill health on daily life.

- Chronic conditions: suffering from none versus suffering from at least one chronic condition of the 23 listed chronic conditions.
- Mental health was measured with the 12 item version of the General Health Questionnaire (12-GHQ).<sup>23</sup> This is a screening instrument widely used to detect minor psychiatric morbidity. The 12 item version has been recommended for use in employment studies and has been shown to be responsive to both gender differences and differences in occupational status.<sup>24</sup> Here we used a two point scoring method, rating a problem as absent (0) or present (1). Responses were summed and a score higher than 2 was used to indicate the presence of psychiatric morbidity.

Additionally, two health related behaviours, leisure time physical activity and hours of sleeping, closely related to constraints of time (among other reasons) were analysed. These concepts were operationalised as follows:

- Leisure time physical activity: physical activity in the past 15 days was asked with three questions about the number of occasions on which the subject had performed various listed sports, for at least 20 minutes, of slight intensity, moderate intensity and of high intensity. A dichotomous variable was created, comparing no physical activity versus slight, moderate or high intensity of sport activities.
- Daily number of hours slept: lowest quartile versus the rest. The cut off point, six hours, was the same for men and women.

#### MEASUREMENT OF FAMILY DEMANDS

Family demands were measured with three variables:

- (1) Household size, with four categories, "Two persons", "Three persons", "Four persons", and "More than four persons".
- (2) Living with children under 15 years.
- (3) Living with people older than 65 years.

#### DATA ANALYSIS

The analysis was stratified for gender and occupational social class (manual and non-manual workers). Social class, assigned according to the respondent's current occupation, was measured with a widely used Spanish adaptation of the British classification.<sup>25</sup> Class I includes managerial and senior technical staff and freelance professionals; class II intermediate occupations and managers in commerce; class III, skilled non manual workers; class IV, skilled (IVa) and partly skilled (IVb) manual workers; and class V, unskilled manual workers.

To test whether gender patterns were the same for manual and non-manual workers, the six original classes were collapsed into these two categories: non-manual workers (classes I, II and III) and manual workers (classes IVA, IVB and V). The analysis was adjusted for age (in years).

The analysis was performed in three steps. Firstly, differences between men and women for all the dependent and independent variables were tested by using the  $\chi^2$  test for categorical variables and the *t* test for age. Secondly, multiple logistic regression models were fitted for each dependent variable to test whether or not there were gender differences. Gender was entered as the main independent variable and the models were additionally adjusted for age and secondly for both age and family demands. Finally multiple logistic regression models separated for gender and occupational class were fitted for each dependent variable in order to analyse the different gender patterns in the relation between family demands and health and health related behaviours, after adjusting for age. The results of the models are presented as adjusted odds ratios (OR) with their 95% Wald confidence intervals (CI). The reference categories for all the independent variables were those hypothesised a priori as of lower risk. Goodness of fit was obtained using the Hosmer Lemeshow test.<sup>26</sup> All analysis included the weights derived from the complex sample design.<sup>27</sup>

## Results

### COMPARISONS BETWEEN MEN AND WOMEN

Women were younger and showed slightly lower percentages of manual class workers than men (46% *v* 51%). The prevalence of chronic conditions and poor mental health was significantly higher among women in both social classes, whereas differences were not statistically significant for poor self perceived health status and LLI. There were no gender differences in the health related behaviours. Family demands variables were similar for both gender and classes except for living with children under 15 years, which was more frequent among non-manual female workers. Twenty one per cent of the sample lived in households with more than four members and 11% lived with persons older than 65 years (table 1).

After adjusting for age, gender differences in ill health were statistically significant for the four health indicators analysed and ORs almost did not change when logistic regression models were additionally adjusted for family demands. Among manual workers the magnitude of gender differences in mental health was much higher than among non-manual workers (adjusted OR=2.21; 95%CI=1.68, 2.90 and OR=1.39; 95%CI=1.04, 1.86 respectively). As in the crude analysis, there were no gender differences in leisure time physical activity or in time spent sleeping (table 2).

Table 1 General characteristics of the study sample (in percentages). Catalonia Health Survey, 1994

Health outcomes	Non-manual			Manual		
	Men (n=1071)	Women (n=645)	p	Men (n=1077)	Women (n=540)	p
<i>Self perceived health status</i>						
Excellent	8.9	6.7	0.12	3.7	4.5	0.06
Very good	14.0	15.3		11.6	10.9	
Good	65.5	63.7		64.1	58.0	
Fair	10.8	12.6		19.1	24.6	
Poor	0.7	1.7		1.4	2.1	
Limiting longstanding illness	6.9	8.6	0.20	9.5	11.9	0.14
At least one chronic condition	51.1	59.4	0.0008	56.6	66.5	0.0001
GHQ score >2	12.1	15.7	0.03	12.7	23.6	<0.0001
<i>Health related behaviours</i>						
No leisure time physical activity	28.3	26.8	0.51	34.2	35.3	0.66
Daily number of hours slept ≤6	29.3	28.5	0.73	26.5	30.1	0.14
<i>Family demands</i>						
Household size						
Two	13.9	14.8	0.05	10.0	11.7	0.10
Three	24.7	30.1		26.4	31.1	
Four	41.2	35.6		41.4	37.6	
> Four	20.2	19.4		22.2	19.7	
Living with children under 15	50.1	60.8	<0.0001	54.0	54.0	1.00
Living with persons older than 65	11.4	9.3	0.18	12.1	10.9	0.46
Age (mean and SD)	44.1 (9.4)	40.2 (8.9)	<0.0001	44.7 (9.8)	41.6 (9.4)	<0.0001

#### RELATION BETWEEN FAMILY DEMANDS AND HEALTH OUTCOMES

Factors associated with ill health differed by gender and social class. Among non-manual workers, for both men and women, family demands were not associated with any health indicator. Nevertheless, among manual men, living with children under 15 years (adjusted OR=2.44; 95%CI=1.36, 4.38) or with persons older than 65 years (adjusted OR=1.64; 95%CI=0.90, 2.98) was positively associated with LLI (table 3).

Household size had a greater impact in female manual workers' health (table 4). Thus, a significant adverse effect on three of the ill health indicators—self perceived health status, LLI and chronic conditions—was observed. Interestingly there was a consistent gradient. In this group the adjusted ORs associated to living in household units of more than four persons as compared with the referent category were 2.74 (95%CI=1.22, 6.17) for self perceived health status, 3.16 (95%CI=0.98, 10.15) for LLI and 3.28 (95%CI=1.45, 7.44) for having at least

one chronic condition. Neither in men nor in women was household size associated to mental health.

Among women, living with children under 15 years was not associated with any health indicator but, unexpectedly, among female manual workers living with persons older than 65 years showed a statistically significant negative association with self perceived health status (adjusted OR=0.33; 95%CI=0.16, 0.66) and having at least one chronic condition (adjusted OR=0.45; 95%CI=0.24, 0.87).

#### RELATION OF FAMILY DEMANDS WITH LEISURE TIME PHYSICAL ACTIVITY AND TIME SPENT IN SLEEPING

Among men, family demands were not associated with health related behaviours (table 5). However, for women, family demands showed a positive association (table 6). Among manual female workers, no leisure time physical activity was more frequent among those living with children under 15 years (adjusted OR=2.37; 95%CI=1.43, 3.92) and sleeping six

Table 2 Odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) comparing health outcomes and health related behaviours of women to men

	Non-manual		Manual	
	Men (referent category)	OR (95% CI)	Men (referent category)	OR (95% CI)
<i>Poor self perceived health status</i>				
Adjusted for age	1	1.54 (1.14, 2.08)	1	1.69 (1.31, 2.18)
Adjusted for age and family demands	1	1.55 (1.15, 2.10)	1	1.80 (1.39, 2.33)
<i>Limiting longstanding illness</i>				
Adjusted for age	1	1.45 (1.00, 2.11)	1	1.39 (1.00, 1.95)
Adjusted for age and family demands	1	1.45 (1.00, 2.12)	1	1.45 (1.03, 2.04)
<i>At least one chronic condition</i>				
Adjusted for age	1	1.68 (1.37, 2.07)	1	1.79 (1.43, 2.24)
Adjusted for age and family demands	1	1.70 (1.38, 2.10)	1	1.80 (1.44, 2.26)
<i>12-GHQ &gt;2</i>				
Adjusted for age	1	1.39 (1.04, 1.85)	1	2.17 (1.65, 2.84)
Adjusted for age and family demands	1	1.39 (1.04, 1.86)	1	2.21 (1.68, 2.90)
<i>No leisure time physical activity</i>				
Adjusted for age	1	0.96 (0.77, 1.20)	1	1.06 (0.85, 1.32)
Adjusted for age and family demands	1	0.94 (0.75, 1.18)	1	1.08 (0.86, 1.34)
<i>Sleeping ≤6 hours a day</i>				
Adjusted for age	1	0.96 (0.77, 1.19)	1	1.22 (0.97, 1.54)
Adjusted for age and family demands	1	0.95 (0.77, 1.19)	1	1.24 (0.98, 1.56)

Table 3 Multivariate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) for the associations between health outcomes and the independent variables in men. Catalonia Health Survey, 1994

	Poor self perceived health status		Limiting longstanding illness		At least one chronic condition		12-GHQ >2	
	Non-manual	Manual	Non-manual	Manual	Non-manual	Manual	Non-manual	Manual
Household size								
Two	1	1	1	1	1	1	1	1
Three	1.13 (0.54, 2.37)	0.91 (0.49, 1.69)	1.06 (0.40, 2.79)	0.78 (0.34, 1.81)	0.65 (0.41, 1.04)	1.23 (0.74, 2.06)	0.70 (0.35, 1.39)	1.03 (0.49, 2.17)
Four	1.47 (0.74, 2.91)	1.10 (0.60, 2.00)	1.39 (0.56, 3.45)	0.56 (0.24, 1.29)	0.84 (0.54, 1.32)	1.19 (0.72, 1.97)	0.93 (0.49, 1.76)	0.90 (0.43, 1.90)
> Four	1.63 (0.74, 3.59)	0.91 (0.46, 1.77)	1.08 (0.37, 3.11)	0.61 (0.24, 1.54)	0.86 (0.50, 1.48)	0.94 (0.53, 1.67)	0.70 (0.32, 1.55)	0.92 (0.40, 2.11)
Living with children below 15								
No	1	1	1	1	1	1	1	1
Yes	0.77 (0.46, 1.28)	1.37 (0.91, 2.07)	1.23 (0.64, 2.38)	2.44 (1.36, 4.38)	1.10 (0.78, 1.55)	1.15 (0.82, 1.62)	1.02 (0.61, 1.70)	1.47 (0.89, 2.43)
Living with persons older than 65								
No	1	1	1	1	1	1	1	1
Yes	0.88 (0.48, 1.62)	0.77 (0.47, 1.26)	1.36 (0.65, 2.85)	1.64 (0.90, 2.98)	1.41 (0.91, 2.16)	1.18 (0.78, 1.80)	0.85 (0.43, 1.68)	0.81 (0.43, 1.50)

Odds ratios are also adjusted for age.

Table 4 Multivariate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) for the associations between health outcomes and the independent variables in women. Catalonia Health Survey, 1994

	Poor self perceived health status		Limiting longstanding illness		At least one chronic condition		12-GHQ >2	
	Non-manual	Manual	Non-manual	Manual	Non-manual	Manual	Non-manual	Manual
Household size								
Two	1	1	1	1	1	1	1	1
Three	1.64 (0.71, 3.74)	0.98 (0.44, 2.15)	0.77 (0.27, 2.20)	1.71 (0.54, 5.39)	0.80 (0.43, 1.52)	1.15 (0.58, 2.29)	1.14 (0.51, 2.58)	1.13 (0.53, 2.41)
Four	1.36 (0.60, 3.08)	1.80 (0.83, 3.89)	0.81 (0.30, 2.23)	2.40 (0.78, 7.38)	1.08 (0.57, 2.05)	1.56 (0.78, 3.15)	0.94 (0.41, 2.13)	1.22 (0.57, 2.61)
> Four	2.16 (0.90, 5.21)	2.74 (1.22, 6.17)	1.69 (0.59, 4.81)	3.16 (0.98, 10.15)	0.91 (0.44, 1.90)	3.28 (1.45, 7.44)	1.64 (0.68, 3.97)	1.35 (0.59, 3.06)
Living with children below 15								
No	1	1	1	1	1	1	1	1
Yes	0.66 (0.37, 1.20)	1.05 (0.62, 1.78)	1.22 (0.58, 2.60)	0.80 (0.40, 1.58)	1.02 (0.63, 1.64)	0.83 (0.49, 1.39)	1.03 (0.57, 1.87)	0.95 (0.56, 1.62)
Living with persons older than 65								
No	1	1	1	1	1	1	1	1
Yes	1.15 (0.57, 2.32)	0.33 (0.16, 0.66)	0.58 (0.22, 1.55)	0.63 (0.26, 1.55)	1.01 (0.53, 1.91)	0.45 (0.24, 0.87)	1.08 (0.52, 2.24)	1.05 (0.54, 2.04)

Odds ratios are also adjusted for age.

Table 5 Multivariate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) for the associations between health related behaviours and the independent variables in men. Catalonia Health Survey, 1994

	No leisure time physical activity		Daily hours slept ≤6	
	Non-manual	Manual	Non-manual	Manual
Household size				
Two	1	1	1	1
Three	1.66 (0.96, 2.88)	1.14 (0.69, 1.90)	1.15 (0.69, 1.93)	1.24 (0.70, 2.20)
Four	1.39 (0.81, 2.39)	0.83 (0.50, 1.38)	1.39 (0.85, 2.28)	1.56 (0.89, 2.73)
> Four	1.78 (0.96, 3.29)	1.31 (0.74, 2.32)	1.10 (0.61, 1.99)	1.61 (0.86, 3.03)
Living with children below 15				
No	1	1	1	1
Yes	1.32 (0.90, 1.93)	0.98 (0.69, 1.39)	0.97 (0.67, 1.41)	0.78 (0.53, 1.13)
Living with persons older than 65				
No	1	1	1	1
Yes	1.53 (0.99, 2.37)	0.79 (0.52, 1.22)	0.99 (0.62, 1.57)	0.89 (0.57, 1.41)

Odds ratios are also adjusted for age.

Table 6 Multivariate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) for the associations between health related behaviours and the independent variables in women. Catalonia Health Survey, 1994

	No leisure time physical activity		Daily hours slept ≤6	
	Non-manual	Manual	Non-manual	Manual
Household size				
Two	1	1	1	1
Three	1.12 (0.57, 2.22)	0.89 (0.44, 1.78)	0.98 (0.50, 1.92)	1.82 (0.82, 4.03)
Four	1.14 (0.58, 2.24)	0.71 (0.35, 1.45)	1.27 (0.65, 2.46)	1.40 (0.63, 3.14)
> Four	2.12 (1.01, 4.46)	1.32 (0.63, 2.79)	1.71 (0.81, 3.59)	2.60 (1.12, 6.00)
Living with children below 15				
No	1	1	1	1
Yes	1.01 (0.62, 1.66)	2.37 (1.43, 3.92)	1.02 (0.62, 1.66)	1.91 (1.13, 3.22)
Living with persons older than 65				
No	1	1	1	1
Yes	0.99 (0.53, 1.85)	1.06 (0.58, 1.95)	0.82 (0.43, 1.57)	0.67 (0.35, 1.27)

Odds ratios are also adjusted for age.

hours or less a day was related to household size (the adjusted OR for living in household units of more than four persons was 2.60; 95%CI=1.12, 6.00) and to living with children under 15 years (adjusted OR=1.91; 95%CI=1.13, 3.22). Household size was also positively associated with no leisure time physical activity among female non-manual workers.

## Discussion

### COMPARISONS BETWEEN MEN AND WOMEN

As in many studies, morbidity, as measured with four health indicators, was higher among women,<sup>5-9 28-30</sup> in both manual and non-manual social classes. Moreover, gender health differences were not accounted for by differences in age or family demands. Some studies have not found gender differences in health,<sup>2 3</sup> whereas others have found a female excess only for some health indicators.<sup>4 31</sup> In the present population there were no gender differences in reported leisure time physical activity or in sleeping six hours or less. These findings are consistent with the results of Bird *et al*<sup>32</sup> who did not find differences between men and women in the time spent in active leisure time physical activity and in sleeping. However, others have found that men are more likely to be involved in sport activities than women.<sup>30 33</sup>

These differences in the gender pattern of health and health related behaviours between studies might be accounted for by differences in the cultural settings being analysed or by the specific characteristics of the samples. There is

a high heterogeneity among studies in the populations analysed. Most of them have studied general populations with no role restrictions<sup>31</sup>; others have restricted the populations by age, socioeconomic status or occupation. There is also a high heterogeneity in the health outcomes analysed and, although it has been reported that gender differences in health vary according to the symptom or health condition considered, many studies have focused on only one health indicator.<sup>3, 34</sup> This lack of a systematic approach makes comparisons between studies difficult, and emphasises the need for increasing efforts directed at the development of theoretical models that are sensitive to social structural dimensions of gender relations if we want to fully understand gender patterns of health and illness.<sup>34, 35</sup>

#### RELATION BETWEEN FAMILY DEMANDS AND HEALTH OUTCOMES IN MEN AND WOMEN

Family demands had a greater impact on health of female manual workers. Household size had a consistent positive relation with three of the four health indicators. Moreover a consistent gradient was found. Although household size has seldom been used as a measure of family demands, it seems to be a good indicator of total domestic workload for married women, more sensitive, in this study, to women's health than living with children under 15 years. For example, Walters<sup>36</sup> observed that stress was more frequent among women in larger households.

Obviously, family demands depend not only on household size, but also on other variables such as the age of children and the number of them in each age strata living at home,<sup>8</sup> but these data were not collected in the CHS. Most studies have generally equated domestic responsibilities with children. The evidence about the effect of parenthood on health overall shows that among women children at home decrease psychological well being or have no impact at all.<sup>37</sup> Children may improve well being in favourable circumstances including sufficient family income, mother's paid employment, available and affordable child care services, and support from husband or other relatives in the household.<sup>38</sup>

Among manual female workers living with adults older than 65 years showed an unexpected negative association with three out of four ill health indicators (although the association was not statistically significant for LLI). Walters<sup>36</sup> found that stress and anxiety were more frequent among women who reported caring for an elderly or sick relative. In a study of nurses, caring for a dependent adult was a risk factor for women but not for men.<sup>29</sup> Bartley *et al*<sup>11</sup> included cohabiting with adults older than 75 years in a combined measure of domestic conditions considering them a priori as a source of workload. However, they pointed out that it was impossible to establish whether co-resident older adults in the household were themselves either receiving care or, as in many cases, providing it. This may be the case in the present study. Nowadays people older than 65 years have few limitations in their daily

#### KEY POINTS

- Women showed a higher prevalence of poor self perceived health status, limiting longstanding illness, having at least one chronic condition and poor mental health both among manual and non-manual workers.
- No gender differences were found for reported leisure time physical activity and sleeping six hours or less a day.
- Among female manual workers, family demands were associated with all health outcomes except poor mental health.
- Among female manual workers, living with persons older than 65 years had a negative association with poor self perceived health status and chronic conditions.
- Among male manual workers, living with children under 15 years had a positive association with longstanding limiting illness.

activities, as compared with some years ago.<sup>39</sup> In addition, those living with female workers might have even a better health status than others of the same age, because otherwise women usually have to leave the labour market to take care of them or, if they have enough economic resources, send them to geriatric residences. Thus, it seems probable that the negative association between living with older adults and health among female manual workers may be mediated by the emotional and/or instrumental support they provide (for example they can look after the children at home). Although it is likely that the oldest people had a poor health status, and they might be more a source of work demands than of support, unfortunately additional information on age was not available. Given that the population of elderly is growing rapidly, it would be worthwhile to include more detailed information about the age of people older than 65 living at home in future health surveys.

Recent studies have pointed out the importance of working part time or full time for women's health. Bartley *et al*<sup>10</sup> observed that while health in women without children was better in full time paid workers as compared with those without paid employment, a tendency for an opposite relation was found for women with children. Full time working mothers had a significantly increased risk for poor health compared with mothers with part time or no paid employment. In another study women with full time and part time paid work were more likely to experience lower levels of physical and psychological symptoms than housewives, but part time work seemed to be more advantageous.<sup>11</sup> Although in this study this variable was not available, in 1994 only 15% of female Catalan workers were in part time jobs.<sup>41</sup> This means that most of them had a full time job and they probably had also to assume the majority of domestic tasks.

Family demands were related to men's health only among manual workers in the case

of LLI. Living with children under 15 years and with persons older than 65 years were positively associated to LLI (although  $p=0.1$  for living with elderly). More than half of the causes of LLI were musculoskeletal, mainly back pain related. Men's back pain has been associated with young children<sup>42</sup> and we may speculate that the association between men's health and living with young children or people older than 65 years could be explained by a division of domestic workload that would assign activities related to the use of physical effort for moving children or disabled old persons to men. To confirm this hypothesis will require further research.

Reporting no leisure time physical activity was positively related to living with children under 15 years among female manual workers. A lack of time is the most commonly cited barrier for participation in physical activity<sup>43</sup> and caring for children might mean, not only a lack of time, but also a constraint to autonomy and consequent difficulties for leisure time physical activities among working class married women. Household size and living with children under 15 years were also associated with sleeping six hours or less a day among female manual workers. These results suggest that working class women "finance" the double burden of job and family demands with reductions in their personal time.

One of the issues that has been neglected in the research on gender differences in health is whether they are influenced by social class.<sup>35</sup> In this study we have provided some evidence that, although there is a female excess of morbidity both among manual and non-manual workers, the relation between family demands and health does not only depend on gender but also on social class. Family demands are mainly associated with female manual workers' health. This finding can be related both to the interaction between family demands and the psychosocial job characteristics or the material conditions where domestic work is carried out. Lennon *et al*<sup>44</sup> reported that the degree of control at work (higher among non-manual workers) moderates the effects of demands in the family. On the other hand, women of non-manual social class have higher resources for facing domestic work. Cleary *et al*<sup>45</sup> found a positive relation between the number of children in the household and depression in women with paid employment but this relation was insignificant after controlling for family income. High income enables paid help with domestic tasks and childcare to relieve working women of some of the overload. Among female manual workers elderly people living at home could assume this role of support for doing domestic tasks. Another interesting aspect to be considered could be how the social class of the spouse influences gender patterns on health but unfortunately this information was not collected in the CHS.

In conclusion, as Emslie *et al*<sup>41</sup> have noted, many previous studies on gender and health have been based on general population samples

but given the strongly gendered nature of contemporary society, comparisons between men and women may be confounded with comparisons between other axes of social differentiation such as employment and domestic roles. Moreover, the effect of family demands may depend on employment and marital status making it necessary to consider multiple interaction terms that could make interpretation of results difficult. These limitations have been reduced in this study with the restriction of the population analysed to those employed and married or cohabiting.

In summary, we have found a female excess in the four ill health indicators analysed—self perceived health status, LLI, having at least one chronic condition and mental health—but no gender differences in reported leisure time physical activity and in sleeping less than six hours a day. We have also shown that among female manual workers, family demands are consistently associated with different ill health indicators and health related behaviours, but there is almost no association with female non-manual worker's or with male's health and health related behaviours. A significant finding was that, in contrast with the expected, living with people older than 65 years had a negative association with some health indicators among female manual workers.

Although we do not know the level of involvement in domestic work among the studied population, in a survey carried out in 1995 in the metropolitan area of Barcelona (Barcelona is the capital of Catalonia), even among women in the workforce, the majority of household tasks continued to be performed by them,<sup>46</sup> with more or less resources depending on social class. The work overload, the conflicting demands of paid and unpaid work and the lack of time for themselves, may be some of the factors associated to manual class women's ill health.

When gender differences in health are analysed both the paid and the non-paid work should be considered, as well as the interaction between these two dimensions, gender and social class. Moreover more effort should be devoted to the consideration of the conditions and the psychosocial context of both paid and domestic work for both men and women.<sup>10</sup> Many women in Europe choose to work part time when their domestic workload is high. However, part time work has been associated with a higher frequency of negative work characteristics than full time paid work.<sup>47</sup> That suggests that part time work does not necessarily provide women with a solution when they attempt to balance work life and home life roles. In Catalonia, as probably in Spain and in other countries, private changes such as sharing domestic responsibilities, as well as active public policies for facilitating family care, taking into account the limitation of resources among women of lower social classes, are needed in order to reduce gender health inequalities attributable to the unequal distribution of family demands.

## POLICY IMPLICATIONS

- As women find it difficult to reconcile their job with their family responsibilities, the increased women's participation in the labour market puts a heavy strain on their health, placing on them the burden of neglected welfare policies. In Spain, a higher provision of publicly funded day care services for children under 3 years, after school facilities and services of home assistance as well as more family benefits are needed.
- In Spain, national and regional governments should explicitly promote universal family policies that integrate currently fragmented interventions on women, youth, elderly, labour or housing. Its implementation should be guaranteed at the local level and supplementary resources should be provided for families of more deprived social classes.
- Both at the national and regional level, there is a need to create commissions integrated by unions, employers, and public administrations such as the Ministry of Labour that guarantee gender equal opportunities at the workplace. Those policies should facilitate the conciliation of family and job demands by promoting the flexibility of working hours and non-discriminatory actions to motherhood.
- In the short-term, increasing part time work can help women to reconcile job and family demands. However, this approach has serious potential negative side effects such as worse working conditions, less opportunities for career development and a lower participation in the public domain and consequently women's interests ignored in general policies.
- Gender sensitive education activities in schools, workplace and mass media to increase the consciousness of sharing domestic roles and responsibilities should be increased. Moreover, there is a need to promote positive cultural attitudes towards the right to get public and affordable high quality care services.

L Artazcoz  
C Borrell

Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona  
J Benach

Universitat Pompeu Fabra

C Valls-Llobet

Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS)

- 6 Arber S, Lahelma E. Inequalities in women's and men's ill health: Britain and Finland compared. *Soc Sci Med* 1993;37:1055-68.
- 7 Popay J, Bartley M, Owen C. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor morbidity. *Soc Sci Med* 1993;36:21-32.
- 8 Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Annu Rev Public Health* 1987;8:235-51.
- 9 Hall EM. Double exposure: The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish men and women. *Int J Health Serv* 1992;22:239-60.
- 10 Hunt K, Annandale E. Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific? *Sociology of Health and Illness* 1993;15:632-64.
- 11 Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociology of Health and Illness* 1992;14:313-43.
- 12 Bartley M. Measuring women's social position: the importance of theory. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:601-2.
- 13 Regidor E, Dominguez V, Navarro P, et al. The magnitude of differences in perceived general health associated with educational level in the regions of Spain. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:288-93.
- 14 Borrell C, Plasencia A, Pasarín I, et al. Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a southern European city. *J Epidemiol Community Health* 1997;51:659-67.
- 15 Navarro V, Benach J, y la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo and The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, 1996.
- 16 Rohlf's I. *Diferencias y desigualdades. La salud de hombres y mujeres en la ciudad de Barcelona*. [MD Thesis.] Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1998.
- 17 Fernandez E, Schiaffino A, Rajmil L, et al. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *J Epidemiol Community Health* 1999;53:218-22.
- 18 Subdirección General de Proceso de Datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Anuario de Estadísticas Laborales y Sociales* 1998. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999.
- 19 Ramos Torres R. *Cronos dividido. Uso del tiempo y desigualdad entre hombres y mujeres en España*. Bilbao: DIDOD, SA, 1990.
- 20 Servei Català de la Salut. *Document Tècnic Enquesta de Salut de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 1994*. Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1995.
- 21 Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Soc Sci Med* 1989;29:761-8.
- 22 Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21-37.
- 23 Goldberg D. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press, 1972.
- 24 Banks MH, Clegg CW, Jackson PR, et al. The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *J Occup Health* 1980;53:187-94.
- 25 Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989;3:320-6.
- 26 Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley, 1989.
- 27 Guillen M, Juncà S, Rue M, et al. Effect of the sample design in the analysis of surveys with a complex design. [In Spanish.] Application to the Catalan Health Interview Survey. *Gac Sanit* 2000;14:399-402.
- 28 Verbrugge LM. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav* 1989;30:282-304.
- 29 Walters V, Denton R, French S, et al. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Soc Sci Med* 1996;43:1627-36.
- 30 Ross CE, Bird CE. Sex stratifications and health lifestyle: Consequences for men's and women's perceived health. *J Health Soc Behav* 1994;35:161-78.
- 31 Emslie C, Hunt K, Macintyre S. Problematising gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Soc Sci Med* 1999;48:33-48.
- 32 Bird CE, Fremont AM. Gender, time use, and health. *J Health Soc Behav* 1991;32:114-29.
- 33 Denton M, Walters V. Gender differences in structural and behavioural determinants of health: an analysis of the social production of health. *Soc Sci Med* 1999;48:1221-35.
- 34 Arber S. Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc Sci Med* 1991;32:425-36.
- 35 Macintyre S, Hunt K. Socio-economic position, gender and health. How do they interact? *Journal of Health Psychology* 1997;2:315-34.
- 36 Walters V. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. *Soc Sci Med* 1993;36:393-402.
- 37 Ross CE, Mirowsky J, Goldstein K. The impact of the family on health. The decade in review. *Journal of Marriage and the Family* 1990;52:1059-78.
- 38 Ross CE, Mirowsky J. Child care and emotional adjustment to wives' employment. *J Health Soc Behav* 1988; 29:127-38.

- 1 Haavio-Manila E. Inequalities in health and gender. *Soc Sci Med* 1986;22:141-9.
- 2 Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991;32:579-90.
- 3 Hrabá J, Lorenz F, Lee G, et al. Gender differences in health: evidence from the Czech Republic. *Soc Sci Med* 1996;43:1443-51.
- 4 Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health. Are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996;42: 617-24.
- 5 Lahelma E, Arber S. Health inequalities among men and women in contrasting welfare states. Britain and three Nordic countries compared. *Eur J Public Health* 1994;4:213-26.

- 39 Ruigómez A, Alonso J, Antó JM. Salud percibida y capacidad funcional de la población anciana no institucionalizada de Barcelona. *Gac Sanit* 1991;24:117-24.
- 40 Bartley M, Sacker A, Firth D, *et al.* Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993. *Soc Sci Med* 1999;48:99-115.
- 41 Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya [page visited: May/31/2000]. Available in: URL: <http://www.idescat.es>
- 42 Finkelstein MM. Back pain and parenthood. *Occup Environ Med* 1995;52:51-3.
- 43 Pate RR, Pratt M, Blair SN, *et al.* physical activity and Public Health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273:402-7.
- 44 Lennon MC, Rosenfield S. Women and mental health. The interaction of job and family conditions. *J Health Soc Behav* 1992;33:316-27.
- 45 Cleary PD, Mechanic D. Sex differences in psychological distress among married people. *J Health Soc Behav* 1983;24:111-21.
- 46 Nel·lo O, Recio A, Solsona M, *et al.* La transformació de la societat metropolitana. Enquesta de la Regió Metropolitana de Barcelona. *Condicions de vida i hàbits de la població*. Barcelona: Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona, 1998.
- 47 Matthews S, Hertzman C, Ostry A, *et al.* Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Soc Sci Med* 1998;46:1417-24.



Is your paper being cited?

**CiteTrack service**

CiteTrack will alert you by email whenever new content in the *Journal of Epidemiology and Community Health* or a participating journal is published that matches criteria you want to track

**Topics:** Tell CiteTrack which words or subjects to watch for in new content

**Authors:** Be alerted whenever key authors you are following publish a new paper

**Articles:** Know whenever a paper of interest to you is referenced by another paper

[www.jech.com](http://www.jech.com)

This paper is presented herein in its pre-refereed version. Afterwards it has been published as:

Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortes I, Benach J, Garcia V.  
*Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women?*  
**European Journal of Public Health.** 2004 Mar;14(1):43-8.



## **Combining job and family demands and being healthy:**

### **What are the differences between men and women?**

*Running head: Combining job and family demands*

#### **Manuscript 2A1834**

Lucia Artazcoz, senior research fellow, MD. Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona.

Liliana Artieda, senior research fellow, MD. Instituto Navarro de Salud Laboral.

Carme Borrell, senior research fellow PhD. Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona.

Imma Cortès, senior research fellow PhD. Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona.

Joan Benach, professor of Occupational Health. Occupational Health Research Unit.

Universitat Pompeu Fabra.

Vega García, senior research fellow MD. Instituto Navarro de Salud Laboral.

#### **Correspondence should be addressed to:**

Lucía Artazcoz

Institut Municipal de la Salut

Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona (Spain)

Tel 34 93 238 45 65; Fax 34 93 217 31 97; e-mail: lartazco@imsb.bcn.es

Word count in the summary: 220

Word count: 3092

## **Summary**

**Background:** The objective of this study is to analyse gender inequalities in the combination of job and family life and their effect on health status and use of health care services.

**Methods:** The data come from the Navarra Survey of Working Conditions (Spain, 1997) carried out on a sample of 2185 workers. The analysis was restricted to 881 men and 400 women, aged 25-64 years, who were married or cohabiting. Dependent variables were self-perceived health status, psychosomatic symptoms, and medical visits, all of them dichotomized. Independent variables were family demands and number of hours of paid work a week. The analysis was adjusted for age and occupational social class. Multivariate logistic regression models, separated by sex, were fitted in order to calculate adjusted odds ratios (aOR) and 95% confidence intervals (CI).

**Results:** Family demands were not associated with men's health whereas married women who lived in family units of more than three members had a higher risk of poor self-perceived health status (aOR=4.16; CI95%=1.37-12.65) and of psychosomatic symptoms (aOR=2.05; CI95%=1.12-3.75). Among women, working more than 40 hours a week was also associated with both health indicators and, additionally, with a higher probability of medical visits.

**Conclusion:** In order to fully understand social determinants of workers' health, besides social class, gender inequalities in the distribution of family responsibilities should be considered.

*Keywords:* domestic responsibility, family characteristics, part-time work, sex factors, socioeconomic factors

## **Introduction**

Although the female labour participation rate in Spain is one of the lowest in the European Union (EU),<sup>1</sup> the increasing entry of Spanish women into the labour market has raised concern about the health consequences of the combination of job and family life. In Spain no significant changes have been observed in recent years in the gender distribution of family responsibilities, nor has any adaptation of the labour market been carried out in order to reconcile job and family life. Moreover, in Spain social services for families are underdeveloped and there are minimal publicly funded day-care places for children under three years and for the elderly.<sup>2,3</sup>

Part-time work is a key factor in understanding the health effects of the combination of job and family life.<sup>4, 5</sup> In most European countries, this is one of the main strategies for reconciling labour and family demands among females. However, Spain is one of the EU countries with fewer women working part-time. For example, whereas in 2000 the proportion of women working part-time in the Netherlands was 71%, 44% in the United Kingdom and about 35% in Sweden, Germany, Denmark or Belgium, in Spain the percentage was only 17%.<sup>6</sup>

Some recent studies carried out in Catalonia (a Spanish region) have reported an excess of morbidity among female workers, but not among males, associated with family demands.<sup>7 8 9</sup> Whereas these findings were attributed to the gender asymmetry in the distribution of domestic tasks, data about the involvement of men and women in household tasks were not available.

There is the need for a better understanding of gender differences in the distribution of family demands, the impact of part-time work and of gender inequalities in health-related to domestic work. It is, therefore, important to analyse to what extent the patterns of association between family demands and health status depend on the health indicator analysed. Although many previous studies on gender inequalities in health have focused on only one health indicator, it has been found that differences exist depending on the health indicator being analysed.<sup>7, 10 11 12</sup>

The objectives of this study are: *first* to analyse gender differences in the involvement in paid work and family tasks; and *second* to examine gender differences in the relation of the combination of job and family life with health status, psychosomatic symptoms and medical visits.

## **METHODS**

### *Data*

The data have been taken from the 1997 Navarra Working Conditions Survey (NWCS), a cross-sectional survey based on a sample of the salaried workers of Navarra, a region in the North of Spain with about half a million inhabitants. The survey included self-reported information on morbidity, health status, health-related behaviours and use of health care services, as well as socio-demographic data. Workers (2185) were randomly selected using a multiple-stage random sampling strategy. The place of work (centre) was the unit of the first sample stage. The representativeness of centres was based on the 1993 National Classification of Economic Activities (CNAE), which is an adaptation of the classification system of economic activities in the European Union (NACE). In each centre, a random sample of individuals was selected according to the size of the centre. Only 1.4% of centres refused to

participate in the survey. Trained interviewers administered the questionnaires in the workplace via a face-to-face interview. Full details of the survey are reported elsewhere.<sup>13</sup>

The sample for analysing gender differences in the involvement in paid and domestic work was all persons aged 25-64 years, married or cohabiting with a spouse who was also employed (400 men and 363 women). In order to study the relation of the combination of job and family life with health status and use of health services, all 25-64- year-old persons who were married or cohabiting were selected independently of the employment status of the spouse (881 men and 400 women).

*Variables:*

*Involvement in job and family responsibilities*

- Involvement in a paid job was measured by the number of hours worked a week, and was grouped into three categories: Less than 30 hours (part-time work), From 30 to 40 hours and More than 40 hours.
- Contribution to domestic tasks was measured with a five-category Likert-type scale with six items about the participation in different domestic tasks: cooking, washing dishes, cleaning home, shopping, washing clothes and ironing. The categories ranged from 1 (nothing or almost nothing) to 5 (all or almost all). The internal consistency of the scale was high (Cronbach's alpha coefficient was 0.92).<sup>14</sup> An overall score of involvement in domestic tasks was assigned to each individual by summing all the items.
- Person mainly responsible for looking after children under 15 years, had five categories of response: myself, my spouse, care shared with my spouse, a hired person, and other.

### *Family demands*

- Household size, had three categories: 'Two', 'Three' and 'More than three'. This indicator has proved to be a good approach to family demands in married persons.<sup>7 8 9</sup>
- Living with children under three years was categorized as yes or no.

### *Health status*

- Self-perceived health status, had three response categories, from good to poor. Self-rated health is a widely used measure of health status that has been associated with fitness,<sup>15</sup> morbidity,<sup>16</sup> general practitioner visits<sup>17</sup> and it predicts mortality.<sup>18</sup> This variable was dichotomized by combining the categories fair and poor to indicate perceived health below good.<sup>19</sup>
- Psychosomatic problems were measured by a list of seven symptoms: difficulty sleeping, always feeling tired, headaches, dizziness, difficulty concentrating, difficulties of memory and irritability. Lists of symptoms are extensively used in biomedical research and they have some advantages as a measure of morbidity. For example, the answers do not depend on the access to health care and they are not biased by factors that can make a person assess whether a symptom limits his or her activity or not.<sup>12</sup> This variable was dichotomized into having no symptoms or having at least one.
- Use of health services was measured with a question about medical visits in the last year. Visits for only diagnostic tests, medical check-ups or administrative procedures were excluded. The variable was dichotomized into at least one visit versus none.

### *Adjusting variables*

The analysis was adjusted for age and occupational social class assigned according to the respondent's current occupation and measured with a widely used Spanish adaptation of the

British classification.<sup>20</sup> Class I includes managerial and senior technical staff and freelance professionals; class II intermediate occupations and managers in commerce; class III, skilled non-manual workers; class IV, skilled (IVa) and partly-skilled (IVb) manual workers; and class V, unskilled manual workers. Because of the low number of individuals in some categories, the six original classes were collapsed into three groups: I and II, III and IV and V.

### *Statistical analysis*

Gender differences were tested with the chi square test for categorical variables and the t test for continuous variables. The relation of time devoted to paid work and domestic tasks with household size was examined through the age adjusted ANOVA test. Finally, to analyse gender differences in the influence of the combination of job and family demands on health status separated multivariate logistic regression models were fitted. For the analysis of medical visits, the analysis was additionally adjusted for both health indicators. Results are presented as adjusted odds ratios (aOR) with their 95% confidence intervals (95%CI). Goodness of fit was obtained with the Hosmer Lemeshow test.<sup>21</sup>

## **Results**

### *General characteristics of the population*

*Table 1* shows the characteristics of the studied population. Whereas no gender differences were observed in self-perceived health status and use of health services, the prevalence of psychosomatic symptoms was higher among women. Females were more likely to live only with the spouse, whereas living in household units with more than three members was more frequent among men.

### *Gender differences in the involvement in paid work and domestic tasks*

As may be observed in *table 1*, the weekly mean hours of paid employment among men (40.9 hours; SD=4.9) was higher than among women (36.5 hours; SD=7.8). Consistent with this finding, part-time work was more frequent for women (13.8% versus 2.3%). Conversely, the involvement in domestic tasks was higher among women. On a 1 to 30 point scale, the mean score for women was 22.9 (SD=5.6) whereas it was 9.8 (SD=4.1) for men.

Gender differences were also observed in caring for children. Whereas 26% of women defined themselves as the person mainly responsible for this task, the percentage of men in the same situation was only 3.4%. About half the workers shared this task, with no gender differences. The percentages were similar when the analysis was restricted to workers whose spouse was also employed (*results not shown*).

Among workers with a spouse who was also employed, the number of hours devoted to paid work did not vary depending on family demands in men, among women, a decreasing trend was observed as household size increased (*figure 1*). Conversely, among men a decrease in the involvement in domestic tasks was observed as household size increased; no variation was observed among women, whose involvement in domestic tasks was much higher and independent of family demands (*figure 2*).

### *Combination of job and family demands, health status and use of health services*

In men, health status and psychosomatic symptoms were only associated with occupational social class, although the statistical significance was slightly higher than 0.05. In women, dependent variables were not associated with social class but instead with family demands and with hours devoted to paid work (*table 2*). Those living in household units of more than



three persons had a higher risk of poor self-perceived health status (aOR=4.16; 95%CI=1.37-12.65) and of psychosomatic symptoms (aOR = 2.05; 95%CI=1.12-3.73). Moreover, women who worked more than 40 hours a week had poorer health status (aOR = 5.44; 95% CI= 1.42-20.82) and a higher risk of psychosomatic symptoms (aOR = 2.17; 95%CI= 0.93-5.04) than those who worked part-time. Living with children under three years of age was not associated with health status.

Both in men and women, medical visits were associated with psychosomatic symptoms (aOR = 1.93; 95%CI= 1.38-2.68 for men and aOR = 1.55; 95% CI= 1.00-2.41 for women). Although a positive association was also found with poor self-perceived health status, it was not statistically significant. Additionally, women working more than 40 hours a week in a paid job had a higher probability of visiting a health professional (aOR = 2.47; 95%CI=1.01-6.06).

## **DISCUSSION**

### *Gender differences in the involvement in paid work and domestic tasks*

This study confirms higher involvement of men in paid work and a greater contribution of women to domestic tasks. Men's involvement in household tasks, even when their wife was employed, was very low and decreased as household size increased. On the other hand, part-time work by women, but not men, was related to family demands. Married females living in household units of more than three persons were more likely to work part-time than women living with their husband only (age and social class adjusted OR=2.94;95%CI=1.36-6.34). These results are consistent with other studies on gender differences in time use.<sup>22 23 24</sup> A survey carried out in 1995 in the metropolitan area of Barcelona (Spain), found that even when women were employed, the majority of household tasks continued to be performed by

them. Bird *et al.* found that time devoted by women to caring for children is about twice that of men.

Contrary to many studies that report a female excess of morbidity and more use of health services,<sup>25 26 27 28 29</sup> no gender differences were found for self-perceived health status or medical visits, although women reported more psychosomatic symptoms. There are however, other studies that have not found gender health differences,<sup>9, 30 31 32</sup> and in a study in Britain, Macintyre *et al.* observed that the direction and magnitude of gender differences in health varied according to the particular symptom or condition in question, and according to the phase of life cycle. Additionally, some comparative studies have found different magnitudes of gender health inequalities across countries.<sup>25, 26</sup> Inconsistencies in the pattern of gender health inequalities across countries or age strata may be related to different gender allocations determined by cultural attitudes towards gender, social class, social policy models or labour market patterns. Furthermore, differences in gender role attitudes across cultural settings can shape the meaning of each social position, the experience and reporting of different ill-health conditions, and the relation between social positions and health. In summary, it seems that a female excess in morbidity is most consistently found across the lifespan for psychological distress but is far less apparent or reversed, for a number of physical symptoms and conditions.<sup>33</sup>

#### *Gender differences in the relation between work and health status*

Gender differences in the position in job and family responsibilities explained the different impact of both spheres in men's and women's health. Whereas among men, only social class was related to self-perceived health status and psychosomatic symptoms, among women, both health indicators were associated with job and family demands. It has already been reported

that social class differences in health are more pronounced for men.<sup>34</sup> This fact could be related to the centrality of job in men's lives, whereas for women, even when employed, family responsibilities are an important role as well. In a study on a population of workers who also were cohabiting with a spouse or partner of the opposite sex, men were more likely to cite paid work as the predominant drain on both their physical and emotional energy, whereas work in the home and children were cited much more frequently among women as the main drain on their physical energy. Another study carried out in Britain found that, among women, domestic conditions appeared to be more strongly related to malaise than either employment status or socio-economic group.

Female workers who lived in household units of more than three persons had a higher risk of poor self-perceived health status and a gradient was observed. This finding is consistent with other studies carried out in Catalonia.<sup>7 8 9</sup> In the present study a positive association between psychosomatic symptoms and household size was also found. Walters<sup>35</sup> reported that stress was more frequent among women in larger households. Similarly, in a study carried out in Scotland in a population of workers who were married or cohabiting, more hours spent in domestic work was significantly associated with higher malaise and physical symptoms scores for women but not for men. However, in a study carried out in Catalonia no association was observed between mental health and household size. Although we cannot rule out the possibility that different patterns exist depending on the cultural setting being analysed, the different tools used for measuring mental health could account for these contradictory findings. In the study by Artazcoz et al. mental health status was measured with the GHQ-12 questionnaire.<sup>36</sup> It is likely that symptoms lists are a more sensitive tool for capturing anxiety, while the GHQ-12 is more sensitive to depression-related problems. The

difficulties in facing job and family responsibilities that many female workers have are probably more related to anxiety than to depression disorders.

A consistent protective effect of part-time work was appreciated among women, although significant differences were only observed between extreme categories, those working part-time and those working more than 40 hours a week. Bartley *et al.* observed that while health in women without children was better in full-time paid workers compared with those without paid employment, a tendency for the opposite relation was found for women with children. Full-time working mothers had a significantly increased risk of poor health compared with mothers with part-time or no paid employment. In another study women with full-time and part-time paid work were more likely to experience lower levels of physical and psychological symptoms than housewives, but part-time work seemed to be more advantageous. Given the presence of gender inequalities in the distribution of family responsibilities, many women decide to work part-time in order to reduce their total workload. However, despite the extent of this type of work in the EU and of its short-term benefits, part-time work can have side-effects in the medium and long-term. It can mean the reduction of retirement compensations, limitations of the professional career and of the presence of women in the public sphere, thus threatening the possibility of having a say in the decision-making processes. Moreover, part-time work has been associated with a higher frequency of negative work characteristics than full-time paid work.<sup>37</sup>

It has been reported that family demands have a greater impact in low social class female workers than in middle and upper classes,<sup>38</sup> but we did not observe different patterns by social class when fitting separated models for manual and non-manual workers (*results not shown*). Although differences attributable to the cultural settings analysed cannot be ruled out,

it should be taken into account that we analysed a subset of the working population, those salaried, where the less favoured workers such as those with no contract or with precarious situations, are not represented. Therefore, from the social class point of view, it is a more homogeneous population than the whole working population, and this could partially explain the divergences with other studies.

#### *Gender differences in the use of health services*

Among men, medical visits were not associated with any social factor being studied, whereas among women they were positively related with working more than 40 hours a week.

Health status is an intermediate variable between living and working conditions and use of health services. In fact, in both sexes, medical visits were associated with psychosomatic symptoms and with self-perceived health status, although the association was not statistically significant for the latter indicator. As mentioned above, factors related to psychosomatic symptoms differed by gender. Whereas among men the use of health services would be associated – indirectly through psychosomatic symptoms – with social class, among women it would be with work overload, from both paid job and domestic tasks. The reasons for the direct association between hours devoted to a paid job and use of health services among women, deserve further research.

The results of this study underline the need to consider not only social class, but also work load, both in the paid job and in household tasks, in analysing social determinants of health, in addition to taking gender differences into account. Prevention programmes and health services planning should consider gender differences in values and social positions and the potentially different patterns depending on the setting analysed. Additionally, in Spain, and in

other countries, private changes such as sharing domestic responsibilities, as well as active public policies for facilitating family care are needed in order to reduce gender health inequalities due to the unequal distribution of family demands.

**Contributors:** Lucía Artazcoz planned the study, analysed the data and wrote the original and successive drafts of the paper. Joan Benach, Carme Borrell, and Imma Cortès contributed to the study design, to interpret the results and revised all drafts of the paper.

**Acknowledgement:** To Marc Saez who advised on the statistical analysis.

**Competing interests:** None.

No protocol approval was needed for this study as data come from the Catalonian Health Survey.

## References

- <sup>1</sup> Panorama sociolaboral de la mujer en España. Madrid: Consejo Económico y Social. No. 24, April, 2001.
- <sup>2</sup> Flaquer L. Les polítiques familiars en una perspectiva comparada. Barcelona: Fundació la Caixa, 2000.
- <sup>3</sup> Yeandle S, Gore T, Herrington A. Employment, family and community activities. A new balance for women and men. Office for Official Publication of the European Communities: Luxembourg, 1999.
- <sup>4</sup> Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociol Health Illness* 1992; 14: 313-43.
- <sup>5</sup> Bartley M, Sacker A, Firth D, et al. Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993. *Soc Sci Med* 1999;48: 99-115.
- <sup>6</sup> Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales 2000. [page visited: 12 April 2002]. Available in URL: <http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario00H>.
- <sup>7</sup> Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the role of family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 639-47.
- <sup>8</sup> Fernández E, Schiaffino A, Martí M. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Gac Sanit* 2000; 14: 287-90.
- <sup>9</sup> Artazcoz L, Borrell C, Rohlfs I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gac Sanit* 2001; 15: 150-3.
- <sup>10</sup> Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health. Are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996; 42: 617-24.
- <sup>11</sup> Macran S, Clarke L, Joshi H. Women's health: dimensions and differentials. *Soc Sci Med* 1996; 9: 1203-16.
- <sup>12</sup> Popay J, Bartley M, Owen C. Gender inequalities in health: social position, affective disorders, and minor physical morbidity. *Soc Sci Med* 1993; 36: 21-32.



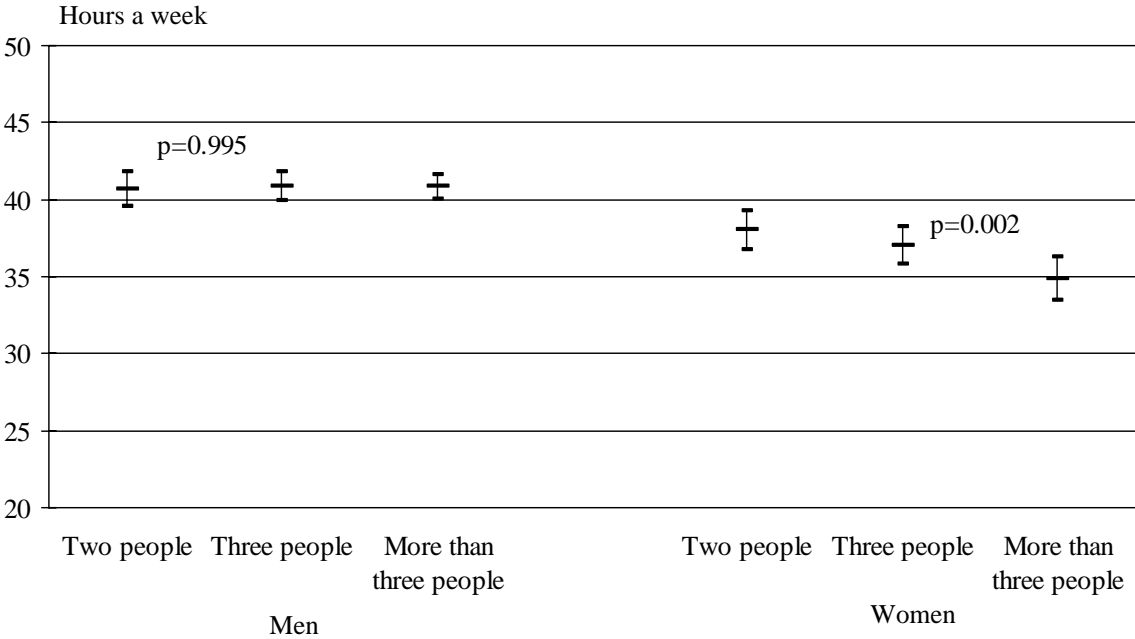
- <sup>13</sup> Instituto Navarro de Salud Laboral. Encuesta de Salud y Condiciones de Trabajo de Navarra, 1997. Pamplona, Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 1997.
- <sup>14</sup> Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. New York: Oxford University Press, 1992.
- <sup>15</sup> Allied Dunbar National Fitness Survey. London: Sports Council and Health Education Authority, 1992.
- <sup>16</sup> Moller L, Kristensen TS, Hollnagel H. Self-rated health as a predictor of coronary heart disease in Copenhagen, Denmark. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 423-8.
- <sup>17</sup> Fylkesnes K. Determinants of health care utilization-visits and referrals. *Scand J Soc Med* 1993; 21: 40-50.
- <sup>18</sup> Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.
- <sup>19</sup> Manor O, Matthews S, Power C. Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. *Int J Epidemiol* 2000; 29: 149-57.
- <sup>20</sup> Grupo SEE y Grupo SEMFYC. Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria* 2000;25:350-63.
- <sup>21</sup> Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York, John Wiley and Sons Inc, 1989.
- <sup>22</sup> Hunt K, Annandale E. Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender-specific? *Sociol Health Illness* 1993; 15: 632-64.
- <sup>23</sup> Nel.lo O, Recio A, Solsona M, et al. La transformació de la societat metropolitana. Enquesta de la Regió Metropolitana de Barcelona. Condicions de vida i hàbits de la població. Barcelona: Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona, 1998.
- <sup>24</sup> Bird CE, Fremont AM. Gender, time use, and health. *J Health Soc Behav* 1991; 32: 114-29.
- <sup>25</sup> Lahelma E, Arber S. Health inequalities among men and women in contrasting welfare states. Britain and three Nordic countries compared. *Eur J Public Health* 1994; 4: 213-26.
- <sup>26</sup> Arber S, Lahelma E. Inequalities in women's and men's ill health: Britain and Finland compared. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1055-68.

- <sup>27</sup> Verbrugge LM. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav* 1989; 30: 282-304.
- <sup>28</sup> Walters V, Denton R, French S, et al. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Soc Sci Med* 1996; 43: 1627-36.
- <sup>29</sup> Ross CE, Bird CE. Sex stratifications and health lifestyle: consequences for men's and women's perceived health. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 161-78.
- <sup>30</sup> Haavio-Manila E. Inequalities in health and gender. *Soc Sci Med* 1986; 22: 141-9
- <sup>31</sup> Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Gender differences in health-related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991; 32: 579-90.
- <sup>32</sup> Hrabá J, Lorenz F, Lee G, et al. Gender differences in health: evidence from the Czech Republic. *Soc Sci Med* 1996; 43: 1443-51.
- <sup>33</sup> Macintyre S, Hunt K. Socioeconomic position, gender and health. How do they interact? *Sociol Health Illness* 1997; 2: 315-34.
- <sup>34</sup> Bartley M. Measuring women's social position: the importance of theory. *J Epidemiol Comm Health* 1999; 53: 601-2.
- <sup>35</sup> Walters V. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. *Soc Sci Med* 1993; 36: 393-402.
- <sup>36</sup> Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford: Oxford University Press, 1972.
- <sup>37</sup> Matthews S, Hertzman C, Ostry A, et al. Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1417-24.
- <sup>38</sup> Lennon MC, Rosenfield S. Women and mental health. The interaction of job and family conditions. *J Health Soc Behav* 1992; 33: 316-27.

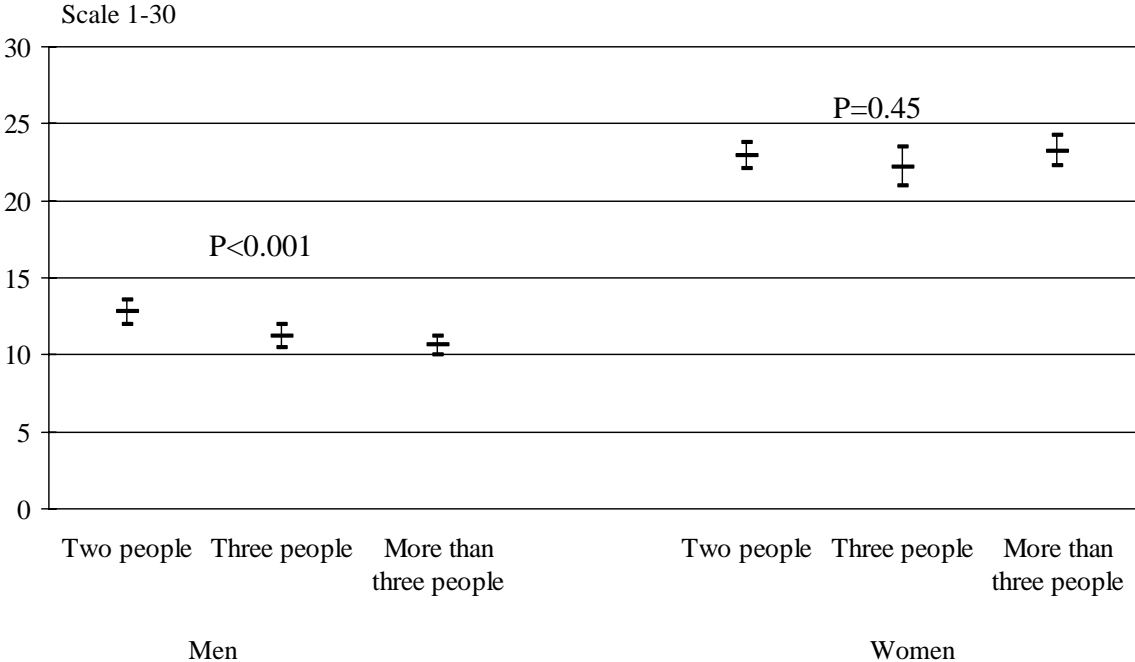
**Table 1.** General characteristics of the working population 25-64 years old, married or cohabiting (in percentages). Navarra Survey of Working Conditions, 1997

	Men n=881	Women n=400	p
<b>Health status</b>			
Poor self-perceived health status	10.6	9.3	0.47
At least one psychosomatic symptom	31.3	40.8	0.005
At least one medical visit in the last year	56.0	54.5	0.63
<b>Paid job</b>			
Hours of paid work a week (mean and S.D.)	40.9 (4.9)	36.5 (7.8)	<0.001
Hours of paid work a week			
• < 30 hours (part time)	2.3	13.8	<0.001
• 30-40 hours	70.7	73.0	
• >40 hours	27.0	13.2	
<b>Family life</b>			
<i>Contribution to household responsibilities</i>			
Involvement in domestic tasks (mean and S.D.; scale 1-30)	9.8 (4.1)	22.9 (5.6)	<0.001
Responsible for caring for children under 15 years			<0.001
• Myself	3.4	26.0	
• My spouse	34.1	5.2	
• Shared	53.2	49.7	
• A hired person	5.9	11.0	
• Others	3.4	8.1	
<i>Family demands</i>			
Household size			
• Two	17.5	35.4	<0.001
• Three	28.4	23.4	
• More than three	54.1	41.1	
Children under three years	17.9	14.2	0.10
<b>Age (mean and S.D.)</b>	40.8 (8.9)	36.9 (7.9)	0.001
<b>Occupational social class</b>			<0.001
• I and II	20.0	15.6	
• III	19.0	49.2	
• IV and V	61.0	35.2	

**Figure 1.** Hours of paid work among the working population married or cohabiting with an employed spouse, by household size and gender (mean and 95%CI). Navarra Survey of Working Conditions, 1997



**Figure 2.** Involvement in domestic tasks among the working population married or cohabiting with an employed spouse, by household size and gender (mean and 95%CI). Navarra Survey of Working Conditions, 1997



**Table 2.** Multivariate odds ratios and 95% confidence intervals for the association between health status and independent variables by gender. Navarra Survey of Working Conditions, 1997

	Men (N=881)		Women (N=400)	
	Poor self-perceived health status*	Psychosomatic symptoms	Poor self-perceived health status	Psychosomatic symptoms
Hours of paid work a week				
• <30 hours (part time)	1	1	1	1
• 30-40 hours	1.66 (0.21-12.99)	1.60 (0.45-5.68)	1.55 (0.51-4.71)	1.32 (0.73-2.39)
• >40 hours	2.36 (0.29-19.02)	2.02 (0.56-7.34)	5.44 (1.42-20.82)	2.17 (0.93-5.04)
Household size				
• Two	1	1	1	1
• Three	1.75 (0.79-3.88)	0.64 (0.39-1.05)	3.19 (1.03-9.93)	1.10 (0.58-2.10)
• More than three	1.57 (0.74-3.32)	0.81 (0.51-1.29)	4.16 (1.37-12.65)	2.05 (1.12-3.73)
Living with children under 3 years	0.50 (0.23-1.10)	0.90 (0.56-1.44)	0.45 (0.13-1.54)	0.82 (0.41-1.64)
Occupational social class				
• I and II	1	1	1	1
• III	2.14 (0.97-4.71)	1.85 (1.12-3.08)	0.64 (0.24-1.68)	0.77 (0.42-1.41)
• IV and V	1.95 (0.98-3.87)	1.52 (0.99-2.33)	0.62 (0.22-1.72)	1.05 (0.55-1.98)
Hosmer-Lemeshow test <i>p</i> -value	0.253	0.261	0.946	0.701

Note: Odds ratios are additionally adjusted for age

**Table 3.** Multivariate odds ratios and 95% confidence intervals for the association between medical visits and independent variables by gender. Navarra Survey of Working Conditions, 1997

	<b>Men (N=881)</b>	<b>Women (N=400)</b>
Hours of paid work		
• <30 hours (part time)	1	1
• 30-40 hours	0.71 (0.27-1.89)	1.35 (0.77-2.39)
• >40 hours	0.59 (0.21-1.60)	2.47 (1.01-6.06)
Household size		
• Two	1	1
• Three	0.83 (0.52-1.33)	1.01 (0.52-1.91)
• More than three	1.22 (0.78-1.91)	1.12 (0.62-2.03)
Living with children under 3 years	0.93 (0.61-1.42)	1.34 (0.68-2.65)
Occupational social class		
• I and II	1	1
• III	0.99 (0.62-1.56)	0.91 (0.51-1.64)
• IV and V	0.95 (0.66-1.38)	1.59 (0.84-2.99)
Poor self-perceived health status	1.36 (0.83-2.21)	1.40 (0.65-3.04)
Psychosomatic symptoms	1.93 (1.38-2.68)	1.55 (1.00-2.41)
Hosmer-Lemeshow test <i>p</i> -value	0.826	0.588

Note: Odds ratios are additionally adjusted for age

# Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada

L. Artázcoz<sup>1</sup> / C. Borrell<sup>1</sup> / I. Rohlf<sup>2</sup> / C. Beni<sup>3</sup> / A. Moncada<sup>3</sup> / J. Benach<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.

<sup>2</sup>Programa Dona i Qualitat de Vida (CAPS).

<sup>3</sup>Institut Municipal de Salut i Qualitat de Vida de Terrassa.

<sup>4</sup>Universitat Pompeu Fabra.

*Correspondencia:* Lucía Artázcoz Lazcano. Institut Municipal de Salut Pública. Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona.  
Correo electrónico: lartazco@imsb.bcn.es

*Recibido:* 23 de octubre de 2000.

*Aceptado:* 13 de febrero de 2001.

(Housework, gender and health in the working population)

## Resumen

**Objetivo:** Analizar la relación de la carga de trabajo doméstico con el estado de salud percibido de la población ocupada y comprobar si existen desigualdades de género.

**Métodos:** Se seleccionaron los 215 varones y 106 mujeres menores de 65 años que trabajaban y estaban casados o vivían en pareja, entrevistados en la Encuesta de Salud de Terrassa de 1998. Se contrastó la existencia de diferencias mediante *odds ratios* ajustadas (ORa) por la carga de trabajo doméstico, la edad y la clase social ocupacional con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95%.

**Resultados:** Mientras en varones la carga de trabajo doméstico no se asoció con el estado de salud, en mujeres la probabilidad de mal estado de salud fue mayor entre las que vivían en hogares de más de 4 personas (ORa, 3,65; IC del 95%, 1,06-12,54) y en las que no disponían de una persona contratada para el trabajo doméstico (ORa, 4,43; IC del 95%, 1,05-18,62).

**Conclusión:** Tanto las características de la unidad familiar como la ayuda para el trabajo doméstico desempeñan un papel importante en las desigualdades de género en salud.

**Palabras clave:** Características familiares. Factores socioeconómicos. Trabajo. Género.

## Abstract

**Objective:** To analyse the relation between domestic workload and self-perceived health status among workers and to examine whether there are gender inequalities.

**Methods:** The selected population were the 215 men and 106 women younger than 65 years interviewed in the Terrassa Health Survey, 1998 who had a paid work and were married or cohabiting. Adjusted odds ratios (aOR) by domestic workload, age and occupational social class with their 95% confidence intervals (CI) were calculated.

**Results:** Whereas among men domestic workload was not associated with health status, among women poor self-perceived health status was positively related to household size (aOR = 3.65; 95% CI = 1.06-12.54) and to lack of a person for doing domestic tasks (aOR = 4.43; 95% CI = 1.05-18.62).

**Conclusion:** Both household characteristics and having a support for facing domestic tasks play an important role in gender health inequalities.

**Key words:** Family characteristics. Socioeconomic factors. Work. Gender.

## Introducción

En los últimos años diversos estudios han analizado los determinantes sociales de la salud de varones y mujeres utilizando abordajes diferentes. Mientras la investigación sobre la salud de los primeros se ha centrado casi siempre en las desigualdades relacionadas con la clase social, en las segundas el abordaje más habitual ha sido el basado en sus roles sociales, donde el estado civil o de convivencia y el papel de madre se consideran centrales, y el trabajo pagado un rol adicional<sup>1</sup>.

A pesar de la amplia bibliografía sobre el efecto de la ocupación de roles múltiples en la salud de las mujeres, llama la atención la escasez de estudios acerca de los roles familiares y la salud de los varones, así como

sobre las desigualdades de género asociadas a la distinta distribución del trabajo doméstico<sup>2,3</sup>. Hoy día las mujeres trabajadoras han de hacer frente a una "doble jornada": continúan siendo responsables de la mayor parte del trabajo doméstico, aun estando empleadas<sup>4,5</sup>. La carga de trabajo doméstico, que depende de las exigencias familiares del hogar y de la existencia de recursos para llevar a cabo estas tareas, junto con la carga del trabajo remunerado y la dificultad para compatibilizar la vida profesional y la familiar pueden tener efectos negativos sobre la salud de las mujeres.

El objetivo de este estudio es, en primer lugar, analizar la relación del trabajo doméstico con el estado de salud percibido en trabajadores y trabajadoras que están casados o viven en pareja y, en segundo lugar, comprobar si existen desigualdades de género.



## Métodos

Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Terrassa realizada entre junio y julio de 1998. Se trata de una encuesta representativa de la población de Terrassa mayor de 15 años (138.100 personas), sobre una muestra aleatoria de 1.000 personas (error del 3,2% para un nivel de confianza del 95,5%) obtenida a partir del Padrón de Habitantes de 1996. La recogida de datos se realizó mediante una entrevista personal en el domicilio de las personas seleccionadas. Un 16,5% de las personas inicialmente seleccionadas se negó a contestar la encuesta y fueron sustituidas por nuevas entrevistas. La población de estudio fueron los 215 varones y 106 mujeres menores de 65 años que trabajaban y estaban casados o vivían en pareja.

La variable dependiente fue el estado de salud percibido, con 5 categorías: «muy bueno», «bueno», «regular», «malo» y «muy malo». Esta variable fue posteriormente dicotomizada considerándose como buen estado de salud las dos primeras categorías y como malo el resto.

La carga de trabajo doméstico asociada a las exigencias familiares se midió con 3 variables: número de personas en el hogar (hasta 4 o más de 4), convivencia con menores de 12 años y convivencia con mayores de 65 años. Se consideró también la existencia de una persona contratada para realizar tareas del hogar, con 2 categorías, «Sí» y «No», como recurso para afrontar el trabajo doméstico. Las variables de ajuste fueron la edad y la clase social ocupacional obtenida mediante la adaptación española de la clasificación del British Registrar General y asignada según la ocupa-

ción actual de la persona encuestada<sup>7</sup>. Debido al bajo número de efectivos en algunos grupos, las 6 categorías iniciales de clase social fueron agrupadas en tres: I-II, III y IVA-IVB-V.

En primer lugar se realizó un análisis bivariado para estudiar las diferencias de género en la variable dependiente y las independientes mediante el test de ji-cuadrado para las variables categóricas y la t de Student para la edad. Posteriormente, se contrastó la existencia de desigualdades en el estado de salud percibido entre varones y mujeres mediante modelos de regresión logística para cada sexo ajustados por todas las variables independientes. Los resultados se presentan como *odds ratios* ajustadas (ORa), con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95%<sup>8</sup>. Las categorías de referencia fueron las consideradas *a priori* como de menor riesgo.

## Resultados

En la tabla 1 se presentan las características generales de la población de estudio. Únicamente se observaron diferencias de sexo para la edad: las mujeres fueron significativamente más jóvenes que los varones.

Tras ajustar por la edad y la clase social, las mujeres tuvieron una mayor probabilidad de referir mal estado de salud (ORa, 1,53; IC del 95%, 0,88-2,67), si bien las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Las características de la unidad familiar no tuvieron relación con la salud de los varones, pero sí con la de las mujeres. En éstas, la ORa, asociada a vivir en hogares de más de 4 personas fue 3,65 (IC del 95%, 1,06-12,54) (tabla 2). No disponer de una persona contratada para realizar las tareas domésticas se asoció positivamente con mal estado de salud percibido (ORa, 4,43; IC del 95%, 1,05-18,62), mientras que vivir con personas mayores de 65 años tuvo un efecto protector aunque con un nivel de significación estadística  $p = 0,08$  (ORa, 0,18; IC del 95%, 0,03-1,25). La convivencia con menores de 12 años no se asoció con la salud de varones ni de mujeres, mientras que la clase social ocupacional sólo mostró relación con la salud de los primeros.

## Discusión

Después de ajustar por la edad y la clase social, las mujeres mostraron una mayor probabilidad que los varones de referir mal estado de salud, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La falta de significación estadística puede ser debida a pro-

**Tabla 1. Características generales de la población de estudio (%). Encuesta de Salud de Terrassa, 1998**

	Varones (n = 215)	Mujeres (n = 106)	p
Estado de salud percibido			
Muy bueno	14,1	14,2	0,73
Bueno	62,4	57,5	
Regular	20,7	23,6	
Malo	2,8	4,7	
Muy malo	0	0	
Más de 4 personas en el hogar	14,4	17,9	0,42
Convivencia con menores de 12 años	45,1	37,7	0,21
Convivencia con mayores de 65 años	6,5	8,5	0,52
Persona contratada para las tareas del hogar	17,7	22,6	0,29
Clase social ocupacional			
I y II	25,4	25,5	0,91
III	22,5	24,5	
IV y V	52,1	50,0	
Edad media (desviación estándar)	43,1 (9,8)	39,4 (10,2)	0,002

**Tabla 2. Odds ratio ajustadas (ORa) e intervalos de confianza (IC) del 95% para la asociación entre mal estado de salud y las variables independientes. Encuesta de Salud de Terrassa, 1998**

	Varones	Mujeres
	(n = 215) ORa (IC del 95%)	(n = 106) ORa (IC del 95%)
Número de personas en la unidad familiar		
2-4	1	1
Más de 4	1,08 (0,42-2,76)	3,65 (1,06-12,54)
Convivencia con menores de 12 años		
No	1	1
Sí	1,04 (0,45-2,39)	0,63 (0,21-1,92)
Convivencia con mayores de 65 años		
No	1	1
Sí	0,31 (0,06-1,59)	0,18 (0,03-1,25)
Persona contratada para las tareas del hogar		
No	1,00 (0,34-2,94)	4,43 (1,05-18,62)
Sí	1	1
Clase social ocupacional		
I y II	1	1
III	1,11 (0,36-3,42)	0,44 (0,10-1,88)
IV y V	2,69 (1,02-7,04)	0,74 (0,24-2,30)

ORa: OR ajustadas por el resto de variables incluidas en la tabla y por la edad.

blemas de poder estadístico debido al reducido tamaño de la muestra, si bien estudios recientes cuestionan la aparente universalidad del exceso de morbilidad femenina que podría depender del síntoma y de la fase del ciclo vital analizados<sup>9</sup>.

Tal como se esperaba, las exigencias del trabajo doméstico tuvieron un impacto negativo en la salud de las mujeres, pero no en la de los varones. El estado de salud percibido fue peor entre las mujeres que vivían en hogares de más de 4 personas, lo que es consistente con estudios que han detectado un mayor nivel de estrés<sup>10</sup> o peor estado de salud percibido<sup>11,12</sup> entre las mujeres ocupadas que viven en hogares con muchas personas. Raramente se han medido las exigencias familiares asociadas al trabajo doméstico a través del número de personas en el hogar (normalmente se consideran variables relacionadas con la convivencia con hijos/as), lo que es lógico, ya que éste no es un buen indicador del trabajo doméstico en poblaciones generales como las analizadas en la mayoría de trabajos sobre roles familiares y género<sup>13</sup>. No obstante, sí parece adecuada su utilización como indicador de carga de trabajo doméstico cuando se restringe la

población a mujeres casadas o que viven en pareja, como es el caso de este estudio.

En contra de lo esperado, vivir con personas mayores de 65 años se asoció negativamente con el mal estado de salud percibido. Este resultado, que no coincide con los de otros autores<sup>14</sup>, es consistente sin embargo con un estudio realizado en población ocupada en Catalunya y podría explicarse por el apoyo emocional o práctico de las personas mayores en nuestro medio<sup>11</sup>. Los resultados divergentes entre los diferentes estudios pueden ser debidos a divergencias sociales y culturales en las poblaciones analizadas, sobre las que convendría profundizar en ulteriores estudios.

Disponer de una persona contratada para el trabajo doméstico fue protector para el estado de salud de las mujeres. En la literatura sobre roles familiares y salud, raramente se han tenido en cuenta los recursos para hacer frente al trabajo del hogar. Hall<sup>2</sup> considera la existencia de recursos para el cuidado de los hijos, pero en nuestro entorno es más habitual tener una persona contratada para realizar el trabajo doméstico, relacionado o no con el cuidado de los hijos, factor que parece ser positivo para la salud de las mujeres.

Este estudio está limitado por la poca precisión de las estimaciones debida al reducido tamaño de la muestra, cosa que sucede también en otros trabajos<sup>12</sup>. Esta falta de poder estadístico ha impedido profundizar en aspectos tales como la relación del estado de salud con el número de hijos de diferentes edades, la posible existencia de personas discapacitadas en el hogar o el papel de la situación laboral y la clase social de la pareja, así como la posible interacción entre género, clase social y características familiares. Puesto que para el análisis de muchas hipótesis relacionadas con las desigualdades de género es conveniente la restricción de la población de estudio a determinados roles, futuras encuestas de salud deberían tener en cuenta este hecho en el diseño muestral.

Los resultados de este estudio señalan la importancia del trabajo doméstico para explicar la salud de las mujeres ocupadas y sugieren líneas de intervención como el fomento de la corresponsabilidad en las tareas domésticas y el aumento de recursos comunitarios para hacer frente a las exigencias de la unidad familiar. El avance en el estudio de las desigualdades de género requiere la integración de la clase social y los roles familiares y laborales<sup>9</sup>. Para ello futuras encuestas de salud deberían introducir más variables sobre las características del ámbito familiar y del trabajo remunerado y no remunerado<sup>15</sup>.

---

---

**Bibliografía**

1. Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Annu Rev Public Health* 1987; 8: 235-251.
  2. Hall EM. Double exposure: the combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in swedish men and women. *Int J Health Serv* 1992; 22: 239-260.
  3. Hunt K, Annandale E. Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific? *Sociology Health Illness* 1993; 15: 632-664.
  4. Popay J, Bartley M, Owen C. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor morbidity. *Soc Sci Med* 1993; 36: 21-32.
  5. Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociology Health Illness* 1992; 14: 313-343.
  6. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.
  7. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989; 3: 320-326.
  8. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. Nueva York: John Wiley and Sons, 1989.
  9. Macintyre S, Hunt K. Socio-economic position, gender and health. How do they interact? *J Health Psychology* 1997; 2: 315-334.
  10. Walters V. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. *Soc Sci Med* 1993; 36: 393-402.
  11. Artázcoz L, Cortès I, Moncada S, Rohlf's I, Borrell C. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud de la población ocupada. *Gac Sanit* 1999; 13: 190-196.
  12. Fernández E, Schiaffino A, Martí M. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Gac Sanit* 2000; 14: 287-290.
  13. Emslie, K Hunt, Macintyre S. Gender differences in minor morbidity among full time employees of a British university. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 465-475.
  14. Walters V. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. *Soc Sci Med* 1993; 36: 393-402.
  15. Rohlf's I, Borrell C, Anitúa C, Artázcoz L, Colomer C, Escrivà V et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit* 2000; 14: 146-155.
- 
-

## **Atur i salut mental**

### **Estudi V**

Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions between gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004; 94: 82-88.

#### *Resultats*

Els efectes beneficiosos de les prestacions d'atur no es distribueixen d'igual forma entre diferents categories de gènere, rols familiars i classe social. El major impacte de l'atur sobre la salut mental dels homes s'explica per la presència de responsabilitats familiars: viure en parella incrementa el risc de mal estat de salut mental entre els homes mentre entre les dones viure en parella i, sobretot, amb criatures sembla tenir un efecte protector. Finalment, l'efecte mediador de la classe social en l'impacte de l'atur sobre la salut mental difereix segons el gènere i els rols familiars.

Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortes I.  
*Unemployment and mental health: understanding the interactions among  
gender, family roles, and social class.*  
**American Journal of Public Health.** 2004 Jan;94(1):82-8.

Reprinted by permission of American Public Health Association

# Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class

Lucía Artazcoz, MPH, Joan Benach, PhD, Carme Borrell, PhD, and Immaculada Cortès, MPH

One of the most studied health effects of unemployment is the lower level of psychological well-being among the unemployed.<sup>1-3</sup>

However, despite the high prevalence of unemployment and mental health disorders among women, the different position of men and women in the labor market, and gender differences in the social determinants of mental health,<sup>4-6</sup> potential gender differences in reactions to unemployment have rarely been addressed. Indeed, many studies focusing on unemployment have included only men.<sup>7,8</sup>

The financial strain of unemployment can cause poor mental health, and studies have reported the beneficial effects of unemployment compensation in such contexts.<sup>9-11</sup> However, unemployment can also be associated with poor mental health as a result of the absence of nonfinancial benefits provided by one's job, such as social status, self-esteem, physical and mental activity, and use of one's skills.<sup>1</sup>

Although the economic and noneconomic losses implied by unemployment might not be directly linked to poor mental health, their effects are probably mediated by individual social contexts, which, to a great extent, are determined by family roles and social class. For example, the impact of unemployment on people's mental health could depend on their investment in their family responsibilities (which typically have different meanings for men and women<sup>12-14</sup>). However, little is known about the influence of social class as a potential modifier of the relation between unemployment and mental health or the possible interactions between gender, family roles, and social class.

One of the main problems in studying the effects of unemployment on health is the low number of unemployed individuals involved in research assessing representative samples of the general working population. Many studies focus on homogeneous groups employed in 1 particular specialty or organiza-

**Objectives.** We examined gender differences in the effects of unemployment on mental health and assessed whether such effects are associated with interactions among gender, family roles, and social class.

**Methods.** Our analysis included 3881 employed and 638 unemployed workers, aged 25 to 64 years, interviewed in the 1994 Catalan Health Survey.

**Results.** Unemployment had more of an effect on the mental health of men (age-adjusted odds ratio [OR]=2.98; 95% confidence interval [CI]=2.30, 3.87) than on that of women (age-adjusted OR=1.51; 95% CI=1.11, 2.06). Gender differences in effects were related to family responsibilities and social class.

**Conclusions.** Understanding the effects of unemployment on mental health requires consideration of the interactions among gender, family responsibilities, and social class. (*Am J Public Health.* 2004;94:82-88)

tion, thus limiting the extent to which findings can be generalized.

During the 1990s, Spain had the highest rate of unemployment in the European Union. The objectives of the present study, which involved a representative sample of the Catalan population, were to (1) examine gender differences in the effects of unemployment on mental health and (2) assess whether these effects depend on interactions between gender, family roles, and social class. Furthermore, we assessed the associated role of unemployment benefits.

## METHODS

### Data

The data for this study were derived from the 1994 Catalan Health Survey, a cross-sectional survey based on a representative sample of 15 000 members of the noninstitutionalized population of Catalonia, a region in northeastern of Spain with about 6 million inhabitants. The survey gathered self-reported information on morbidity, health status, health-related behaviors, and use of health care services, as well as sociodemographic data. Participants were randomly selected via a multiple-stage random sampling strategy.

In the initial sampling stage, municipalities were selected from each of the 8 regions of Catalonia (or municipal districts in the case

of the Barcelona City health region) according to their population size. In each of the resulting strata, cluster random sampling, involving proportional probabilities and municipality (or district) weights, was used to select individuals for participation. As a means of avoiding potential seasonal biases in responses, questionnaires were conducted, at respondents' homes, throughout January to December 1994. Only 5.4% of respondents were replaced as a result of refusal or absence. Full details of the survey have been reported elsewhere.<sup>15</sup>

For the purposes of this study, we selected a subsample of all employed and unemployed workers aged 25 to 64 years. To avoid possible reverse causation effects, we excluded from our analysis those individuals reporting a limiting long-standing illness in the 12 months preceding the survey, those who had never been employed, and those who were not actively looking for work. Among those who were employed, 8% of men and 12% of women reported having experienced a limiting long-standing illness in the previous 12 months; corresponding percentages among unemployed men and women were 10% and 17%, respectively. The final sample under analysis was composed of 2422 men and 1459 women who were employed and 371 men and 267 women who were unemployed.

## Measures

**Mental health.** Mental health was measured with the 12-item version of the General Health Questionnaire,<sup>16</sup> a common instrument used in unemployment research.<sup>2</sup> This screening measure detects current, diagnosable psychiatric disorders, focusing on breaks in normal functioning rather than lifelong traits; thus, it assesses personality disorders or patterns of adjustment associated with distress. Here we used a 2-point scoring method, rating a problem as absent (0) or present (1) according to the method recommended by the developers of the questionnaire. Responses were summed, and those with scores of 3 or above (out of 12) were classified as having poor mental health.<sup>17</sup>

**Employment status.** Two characteristics of unemployment were considered: receipt of unemployment benefits (yes or no) and duration of unemployment (4 categories: less than 6 months, 6–12 months, more than 12 months to 24 months, and more than 24 months). To facilitate our estimates of the impact of unemployment on mental health, we classified employment status into 3 categories: employed, unemployed and receiving compensation, and unemployed and not receiving compensation.

**Family roles.** Marital status was classified into 3 categories: single; married or cohabiting; and separated, divorced, or widowed. Parental status was defined according to whether respondents had children younger than 15 years living in the home.

**Occupational social class.** Social class, assigned according to current occupation (among those who were employed) or most recent occupation (among those who were unemployed), was measured with a widely used Spanish adaptation of the British classification system.<sup>18</sup> Class I includes managerial and senior technical workers and freelance professionals; class II includes workers in intermediate occupations and managers in commerce; class III comprises skilled nonmanual workers; class IV consists of skilled (IVa) and semiskilled (IVb) manual workers; and class V comprises unskilled manual workers. Because of the low number of individuals in some of these categories, the 6 original social classes were collapsed into 2

broad groups: nonmanual (class I, II, or III) and manual (class IVa, IVb, or V).

## Data Analysis

The association between poor mental health status and unemployment was assessed separately for men and women. Multiple logistic regression models were fit to allow calculation of adjusted odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs). Analyses of interactions between gender, family roles, and social class were carried out in several steps through the addition of successive levels of stratification. First, the association between unemployment and poor mental health was tested; second, respondents in the unemployed category were divided into those receiving compensation and those not receiving compensation; and, third, the analysis was stratified by social class (manual vs nonmanual). The final level of stratification involved family roles (marital and parental status). We assessed goodness of fit using the Hosmer–Lemeshow test.<sup>19</sup> All odds ratios were adjusted for age, and analyses included the weights derived from the complex sampling design.<sup>20</sup>

## RESULTS

### General Description of the Population

Sociodemographic characteristics of the study sample, according to gender and social class, are shown in Table 1. Unemployment rates were higher among women and those in the manual group. Most of those who were employed were married or cohabiting, and about half had children aged younger than 15 years living in the home; however, the percentage was lower among unemployed men in the nonmanual group, at 28%.

Half of unemployed female respondents received unemployment compensation, as opposed to approximately two thirds of unemployed male respondents. Women were more likely than men to report having been unemployed for more than 24 months.

### Prevalence of Poor Mental Health

Table 2 shows prevalence rates of poor mental health across the different independent variables. Among both men and women, those who were employed were less likely to have poor mental health; however, differ-

ences between employed and unemployed respondents were smaller in the case of women in the manual group. Levels of poor mental health were similar for single and married workers of both genders and in both social class groups.

In the case of single respondents, both male and female, rates of poor mental health were much higher among those who were unemployed. A different pattern was observed among married people. Poor mental health was significantly more likely among unemployed men than among employed men, while only slight differences were found between employed and unemployed women. Moreover, rates of poor mental health were lower among women with children living in the home than among women without children living at home.

Regarding characteristics of unemployment, no relation was observed between duration of unemployment and mental health. However, except in the case of men in the nonmanual group, the prevalence of poor mental health was higher among respondents who were unemployed and not receiving benefits.

### Mental Health, Unemployment, Gender, and Social Class

Table 3 shows associations between unemployment and poor mental health status. Unemployment had a higher impact on men's mental health (adjusted OR=2.98; 95% CI=2.30, 3.87) than on women's mental health (adjusted OR=1.51; 95% CI=1.11, 2.06).

Unemployment benefits exhibited a protective effect for both men and women, and no differences in mental health were found between employed women and unemployed women receiving compensation. Being unemployed and not receiving benefits had a higher impact on men's than women's mental health. However, social class differences were found among men in this category; those in the manual group (adjusted OR=6.56; 95% CI=4.23, 10.16) were at higher risk of poor mental health than men in the nonmanual group (adjusted OR=2.88; 95% CI=1.34, 6.10).

### Family Roles

The patterns of association between unemployment and mental health became more

**TABLE 1—General Characteristics of the Study Population, by Gender, Employment Status, and Social Class: Catalan Health Survey, 1994**

	Men, %				Women, %			
	Employed		Unemployed		Employed		Unemployed	
	Nonmanual (n = 1201)	Manual (n = 1221)	Nonmanual (n = 110)	Manual (n = 261)	Nonmanual (n = 845)	Manual (n = 614)	Nonmanual (n = 105)	Manual (n = 162)
Unemployment rate, %	...	...	8.4	17.6	...	...	11.1	20.9
Family roles, %								
Marital status								
Single	16.7	17.7	27.4	25.5	23.8	12.4	26.2	14.6
Married/cohabiting	81.6	80.2	69.0	70.8	68.7	76.9	64.6	75.5
Separated/divorced/widowed	1.7	2.1	3.6	3.7	7.5	10.7	9.2	9.9
Children younger than 15 years living in home	41.8	43.3	27.6	40.1	45.0	47.6	53.8	49.9
Unemployment characteristics, %								
Receiving unemployment benefits	...	...	66.3	63.3	...	...	50.1	54.7
Duration of unemployment, mo								
6 or less	...	...	27.1	30.5	...	...	20.4	19.8
7-12	...	...	28.0	23.4	...	...	32.0	24.7
13-24	...	...	35.5	28.9	...	...	24.3	27.2
More than 24	...	...	9.3	17.2	...	...	23.3	26.4
Mean age, y (SD)	42.2 (10.3)	42.8 (10.7)	44.1 (11.7)	42.9 (12.2)	39.2 (9.9)	41.4 (10.2)	35.6 (8.5)	37.8 (9.8)

**TABLE 2—Prevalence of Poor Mental Health Across Independent Variables, by Gender, Employment Status, and Social Class: Catalan Health Survey, 1994**

	Men, %				Women, %			
	Employed		Unemployed		Employed		Unemployed	
	Nonmanual (n = 1201)	Manual (n = 1221)	Nonmanual (n = 110)	Manual (n = 261)	Nonmanual (n = 845)	Manual (n = 614)	Nonmanual (n = 105)	Manual (n = 162)
Poor mental health	11.0	11.6	25.8	28.0	15.1	22.5	23.3	26.1
Family roles								
Marital status								
Single	13.0	14.4	26.7	28.4	17.3	22.4	40.7	34.8
Married/cohabiting	10.7	11.0	26.3	27.6	13.4	20.6	17.6	24.4
Separated/divorced/widowed	4.8	12.0	... <sup>a</sup>	30.0	22.2	36.9	10.0	25.0
Children younger than 15 years living in home								
No	11.0	11.4	23.3	28.6	16.2	22.4	36.7	32.1
Yes	10.9	11.8	26.3	27.6	13.6	22.6	12.3	19.8
Unemployment characteristics								
Receiving unemployment benefits								
No	...	...	27.0	46.9	...	...	34.0	28.8
Yes	...	...	25.7	17.0	...	...	13.2	23.6
Duration of unemployment, mo								
6 or less	...	...	17.9	28.2	...	...	23.8	37.5
7-12	...	...	30.0	23.7	...	...	24.2	32.5
13-24	...	...	28.9	25.7	...	...	12.0	9.1
More than 24	...	...	18.0	40.9	...	...	33.3	28.3

<sup>a</sup>Insufficient number of respondents in group.



**TABLE 3—Associations Between Unemployment and Poor Mental Health Status, by Gender: Catalanian Health Survey, 1994**

	Men, Age-Adjusted OR (95% CI)	Women, Age-Adjusted OR (95% CI)
<b>Stratification by gender</b>		
Employment status		
Employed	1.00	1.00
Unemployed	2.98 (2.30, 3.87)***	1.51 (1.11, 2.06)**
<b>Stratification by gender and unemployment benefits</b>		
Employment-compensation status		
Employed	1.00	1.00
Unemployed with no benefits	5.40 (3.73, 7.80)***	2.02 (1.35, 3.02)***
Unemployed with benefits	1.96 (1.39, 2.77)***	1.12 (0.73, 1.73)
<b>Stratification by gender, unemployment benefits, and social class</b>		
Nonmanual group		
Employment-compensation status		
Employed	1.00	1.00
Unemployed with no benefits	2.88 (1.34, 6.10)**	2.85 (1.55, 5.21)**
Unemployed with benefits	2.89 (1.65, 5.05)**	0.83 (0.36, 1.89)
Manual group		
Employment-compensation status		
Employed	1.00	1.00
Unemployed with no benefits	6.56 (4.23, 10.16)***	1.51 (0.87, 2.62)
Unemployed with benefits	1.58 (1.02, 2.45)*	1.09 (0.65, 1.84)

Note. OR = odds ratio; CI = confidence interval.  
\* $P < .05$ ; \*\* $P < .01$ ; \*\*\* $P < .001$ .

complex when, in addition to unemployment compensation, gender, and social class, family roles were taken into account. Data from these analyses are presented in Table 4.

In the case of single employed respondents, neither gender nor social class differences were found in the impact of unemployment on mental health. In addition, there was no association between unemployment and mental health among single respondents receiving benefits; however, being unemployed and receiving no benefits was associated with poor mental health status. The magnitude of this association was similar for men and women and for those in the nonmanual and manual groups.

Among married respondents, the relation between unemployment and mental health status differed according to gender and social class. Being married appeared to have a protective effect on women. Among married women, unemployment was only associated

with poor mental health among those in the nonmanual group who did not receive benefits; however, the magnitude of the association (adjusted OR=2.60; 95% CI=1.15, 5.89) was lower than that for single women in the same group.

Marriage had the reverse effect on unemployed men in the manual group. Among married men in the manual group, unemployment was associated with poor mental health in the case of both those receiving benefits and those not receiving benefits, but the magnitude of the association was higher in the latter situation. Moreover, the magnitude of this association was higher than that for single respondents in the same employment situation (adjusted OR=7.08; 95% CI=4.06, 12.34, for married men in the manual group who were not receiving benefits and adjusted OR=1.93; 95% CI=1.19, 3.13, for married men in the same group who were receiving benefits). Unexpectedly, among married men

in the nonmanual group, being unemployed and receiving compensation was positively associated with poor mental health status (adjusted OR=3.85; 95% CI=2.10, 7.05), whereas no differences in mental health were observed between employed respondents and unemployed respondents who were not receiving benefits.

Among men, having children younger than 15 years living in the home did not exhibit a clear relationship with mental health. Among women, the findings were consistent with those observed for marital status: being unemployed and not receiving benefits was associated with poor mental health status only in the case of women with no children. Moreover, the impact was greater among those in the nonmanual group (adjusted OR=5.11; 95% CI=2.25, 11.61) than among those in the manual group (adjusted OR=2.60; 95% CI=1.47, 5.47).

## DISCUSSION

Our study produced 3 main findings. First, the beneficial effects of unemployment compensation are not equally distributed across different gender, family role, and social class categories. Second, the more pronounced effect of unemployment on men's mental health is accounted for by the presence of family responsibilities; marriage increased the risk of poor mental health among men in the manual group, whereas, among women, being married and (primarily) living with children acted as a buffer. Finally, the mediating role of social class in determining the impact of unemployment on mental health differs according to gender and family roles.

### Unemployment and Benefits

In 1994 in Spain, unemployed workers received unemployment insurance compensation from the state if they had worked for at least 12 months. The minimum duration of the benefits was 120 days, and the maximum was 720 days. However, some workers who remained unemployed after this period received benefits for a maximum duration of 18 months or, in exceptional cases, 30 months. The main requirement for receipt of such benefits was a total family income, divided by

**TABLE 4—Associations Between Poor Mental Health Status and Unemployment, by Gender, Social Class, and Family Roles: Catalanian Health Survey, 1994**

	Stratification by gender, unemployment benefits, social class, and marital status			
	Men, Age-Adjusted OR (95% CI)		Women, Age-Adjusted OR (95% CI)	
	Single	Married/Cohabiting	Single	Married/Cohabiting
<b>Nonmanual group</b>				
Employed	1.00	1.00	1.00	1.00
Unemployed with no benefits	5.26 (1.81, 15.28)**	1.39 (0.38, 5.14)	4.91 (1.63, 14.78)**	2.60 (1.15, 5.89)*
Unemployed with benefits	0.47 (0.06, 3.98)	3.85 (2.10, 7.05)***	1.53 (0.42, 5.56)	0.67 (0.21, 2.09)
<b>Manual group</b>				
Employed	1.00	1.00	1.00	1.00
Unemployed with no benefits	4.49 (2.07, 9.75)***	7.08 (4.06, 12.34)***	3.92 (1.22, 12.53)*	1.10 (0.53, 2.28)
Unemployed with benefits	0.88 (0.28, 2.80)	1.93 (1.19, 3.13)**	... <sup>a</sup>	1.40 (0.80, 2.47)
	Stratification by gender, unemployment benefits, social class, and parental status			
	Men, OR (95% CI)		Women, OR (95% CI)	
	No Children	Living With Children	No Children	Living With Children
<b>Nonmanual group</b>				
Employed	1.00	1.00	1.00	1.00
Unemployed with no benefits	2.83 (1.20, 6.70)*	2.73 (0.55, 13.67)	5.11 (2.25, 11.61)***	1.31 (0.46, 3.74)
Unemployed with benefits	3.08 (1.57, 6.04)**	2.43 (0.88, 6.72)	1.16 (0.39, 3.41)	0.62 (0.16, 2.35)
<b>Manual group</b>				
Employed	1.00	1.00	1.00	1.00
Unemployed with no benefits	7.42 (4.18, 13.18)***	5.37 (2.68, 10.74)***	2.60 (1.47, 5.47)*	0.77 (0.31, 1.89)
Unemployed with benefits	1.28 (0.70, 2.35)	2.09 (1.09, 4.01)*	1.16 (0.56, 2.38)	1.05 (0.49, 2.26)

Note. OR = odds ratio; CI = confidence interval.

\* $P < .05$ ; \*\* $P < .01$ ; \*\*\* $P < .001$ .

<sup>a</sup>Insufficient number of respondents in group.

the number of household members, that was equal to or lower than 75% of the minimum salary established by law (an income about 3 times lower than the mean wage of Spanish workers). Thus, in the case of most unemployed individuals, the presence of another household member with a low- or medium-wage job would be sufficient to disallow receipt of benefits.

It has been reported that unemployment compensation can play an important role in ameliorating the impact of unemployment on health.<sup>21–23</sup> Our findings suggest that the beneficial effects of unemployment compensation were greater in the case of single respondents and married men in the male group. These results emphasize the importance, in analyses of the effects of unemployment on mental health, of conceptualizing employment status as a 3-category variable (i.e., employed, unemployed with benefits,

and unemployed without benefits) rather than a dichotomous variable.

Studies have indicated that the beneficial effects of unemployment compensation depend on the type of compensation; whereas insurance compensation has been shown to have the expected beneficial effect, means-tested benefits have not.<sup>9–11</sup> Unfortunately, information on types of benefits was not available in our data, but we still found an overall beneficial effect of receipt of unemployment benefits on mental health.

### Unemployment and Family Roles

Among single respondents, being unemployed and not receiving compensation was related to poor mental health status, and the magnitude of the association was similar for men and women in the manual and nonmanual groups. Marriage and parenthood mediated the effect of unemployment on mental

health in different ways for men and women. Being married acted as a buffer for women but had the reverse effect for men, at least those in the manual group. Among women, a protective effect was also observed for having children living in the home.

Among married women, being unemployed and not receiving benefits was related to poor mental health status only in the case of those in the nonmanual group, and the magnitude of the association was much lower than that for single women in the same employment situation. Interestingly, a more consistent pattern of protection was observed for motherhood. Among women with children living in the home, unemployment was not associated with poor mental health status after taking into account benefit status and social class.

The literature focuses on 3 reasons why marriage has a protective effect on well-being—economic benefits, emotional support, and the general benefits of living with another person<sup>24</sup>—each of which could potentially explain why, in the case of women, being unemployed and not receiving benefits had a greater impact among those who were single. We found that even though most single unemployed women in our sample who did not receive benefits lived in their parents' home and thus had their basic economic and emotional needs guaranteed, marriage—and, to a greater extent, motherhood—still seemed to provide an additional advantage.

In many cases married women, even those who are unemployed and not receiving benefits, have their basic economic needs guaranteed by their husbands' income. Moreover, women can replace the rewards formerly provided by their job with the nurturant family role they play as their reason to go on from 1 day to the next.<sup>25</sup> This observation is consistent with the role enhancement hypothesis<sup>26</sup>: when problems arise in 1 role (e.g., employment), other roles (e.g., caring for children) may provide alternative rewards.

In addition, in the case of single unemployed women, there may be a stigmatizing effect associated with their receiving economic support from their parents for nothing in exchange. Conversely, married women can exchange the economic support received

from their husbands with caring for their children. Therefore, contrary to what some authors have suggested,<sup>27,28</sup> it seems that greater involvement in family responsibilities, rather than lower levels of job attachment, explains the reduced impact of unemployment among women.

Marriage seemed to have the reverse effect among unemployed men in the manual group. The risk of poor mental health associated with being unemployed and not receiving benefits was higher among men who were married or cohabiting than among single men. This finding contradicts previous results indicating that married men are in better health than those who are single.<sup>29–31</sup> The high risk of poor mental health status in this group, much higher than that for single respondents of the same social class, suggests that in addition to stigmatization, economic problems may be a source of poor mental health.

Thus, marriage can be a source of serious financial strain for unemployed men in lower social class categories, mainly when they are the main breadwinners (as may well be the case for most of these workers). Moreover, as a result of their traditionally low involvement in nurturant roles, men's family responsibilities typically cannot successfully replace their job as an alternative source of meaning in their life.

### Unemployment and Social Class

The mediating role of social class differed according to gender and family roles. In the case of married men, the impact of unemployment was higher among those in the manual group; in the case of women with no nurturant roles, the greatest effect was observed among those in the nonmanual group.

Among married women, no relation between unemployment and poor mental health was found for those in the manual group, but a statistically significant association was observed for nonmanual workers (however, the magnitude of the association was lower than that for single women in the same employment situation). Consistent with this finding, being unemployed and receiving no benefits was associated with poor mental health status only among women who did not have children, and the magnitude of the association

was higher for those in the nonmanual group. This result suggests that, in the case of unemployed women who do not play nurturant roles that can compensate for job loss, losing a high-status job has more of an impact on mental health status than losing a manual job.

A different social class pattern was observed among married men. Among these men, contrary to the case with women, the impact of unemployment was greater among those in the manual group. Given men's traditional provider role, the financial strain associated with unemployment, which is higher among those of lower social classes, could explain this finding. Financial problems would not be as relevant among those in the nonmanual group. For example, in a study of white-collar civil servants, Ferrie et al.<sup>32</sup> found that adjustment for financial strain accounted for few of the observed associations between unemployment and psychological well-being.

There was an unexpected result among married men in the nonmanual group; that is, no differences in mental health status were observed between those who were employed and those who were unemployed and receiving no benefits, while being unemployed and receiving benefits was associated with poor mental health status. Studies have shown that decreases in income have negative effects on the mental health of married men, and this finding has been attributed to alterations in the distribution of power between husband and wife.<sup>33</sup> In the case of married men in nonmanual social class categories, receiving unemployment benefits could be more stigmatizing than receiving no benefits; however, this is only speculation, and such issues deserve further research.

### Limitations

Although we cannot entirely rule out the possibility that poor mental health causes unemployment, we reduced reverse causation effects by excluding individuals who reported a limiting long-standing illness in the previous 12 months, those who had never had a job, and those who were not actively seeking a job.<sup>3,21</sup> Thus, it seems reasonable to assume that, in most cases, unemployment was not caused by a health problem and that our finding of an association between poor mental

health status and unemployment can be viewed as being obtained with a sample of "healthy" respondents.

## CONCLUSIONS

We have shown that the effects of unemployment on mental health are not equally distributed across different gender, family role, and social class categories. Apparently, it is not the value that men and women assign to a paid job that explains the lower effect of unemployment on women's mental health but, rather, the different roles played by men and women in terms of family responsibilities. Given men's traditional role as primary providers, family responsibilities increase the effects of unemployment on their mental health. Conversely, the nurturant roles of women act as a buffer. The mediating effect of social class was found to differ according to gender and family roles.

Our findings stress the importance of considering gender differences and social contexts in analyses of the impact of unemployment on mental health. Differences in the effects of unemployment related to receipt of benefits should be taken into account in future research. Moreover, differences in such effects according to gender, family roles, and social class should be considered in the formulation of policies regarding unemployment compensation. Economic support can be viewed as the main strategy, but tailored interventions may be needed for specific groups of unemployed individuals. ■

### About the Authors

Lucía Artazcoz and Joan Benach are with the Department of Experimental Sciences and Health, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Spain. Lucía Artazcoz, Carme Borrell, and Immaculada Cortès are with the Agència de Salut Pública de Barcelona.

Requests for reprints should be sent to Lucía Artazcoz, MPH, Agència de Salut Pública, Pl Lesseps 1, 08023 Barcelona, Spain (e-mail: lartazco@imsb.bcn.es).

This article was accepted December 19, 2002.

### Contributors

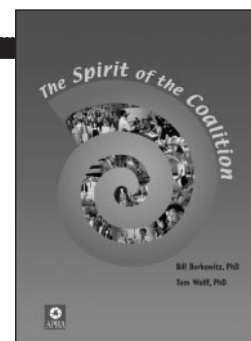
L. Artazcoz designed the study, carried out the analysis, and wrote the original and successive versions of the article. J. Benach, C. Borrell, and I. Cortès assisted in study design and interpretation of results and contributed to revisions of all versions of the article.

## Human Participant Protection

No protocol approval was needed for this study.

## References

- Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health*. 1994;48:333-337.
- Janlert U. Unemployment as a disease and diseases of the unemployed. *Scand J Work Environ Health*. 1997;23(suppl 3):79-83.
- Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health*. 1996;17:449-465.
- Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry*. 2000;177:486-492.
- Qin P, Agerbo E, Westergård-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*. 2000;177:546-550.
- Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ*. 2001;323:1061-1063.
- Bartley M, Owen C. Relation between socioeconomic status, employment and health during economic change, 1973-93. *BMJ*. 1996;313:445-449.
- Leino-Arjas P, Liira J, Mutanen P, Malmivaara A, Martikainen E. Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study. *BMJ*. 1999;319:600-605.
- Rodríguez E, Lasch K, Mead JP. The potential role of unemployment benefits in shaping the mental health impact of unemployment. *Int J Health Serv*. 1997;27:601-623.
- Rodríguez E, Frongillo EA, Chandra P. Do social programmes contribute to mental well-being? The long-term impact of unemployment on depression in the United States. *Int J Epidemiol*. 2001;30:163-170.
- Rodríguez E. Keeping the unemployed healthy: the effect of means tested and entitlement benefits in Britain, Germany, and the United States. *Am J Public Health*. 2001;91:1403-1411.
- Hall EM. Double exposure: the combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish men and women. *Int J Health Serv*. 1992;22:239-260.
- Hunt K, Annandale E. Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific? *Sociol Health Illness*. 1993;15:632-664.
- Arber S. Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc Sci Med*. 1991;32:425-436.
- Document Tecnic Encuesta de Salud de Catalunya: Enquesta de Salut de Catalunya 1994*. Barcelona, Spain: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 1995.
- Goldberg D. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Oxford, England: Oxford University Press Inc; 1972.
- Goldberg D. *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor, England: NFER Publishing; 1978.
- Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación. *Gac Sanit*. 1989;3:320-326.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York, NY: John Wiley & Sons Inc; 1989.
- Guillen M, Juncà S, Rue M, et al. Effect of the sample design in the analysis of surveys with a complex design: application to the Catalan Health Interview Survey [in Spanish]. *Gac Sanit*. 2000;14:399-402.
- Leefflang RLI, Klein-Hessink J, Spruit P. Health effects of unemployment II: men and women. *Soc Sci Med*. 1992;34:351-363.
- Kessler RC, Turner JB, House JS. Effects of unemployment on health in a community survey: main, modifying and mediating effects. *J Soc Issues*. 1988;34:341-350.
- Rodgers B. Socio-economic status, employment and neurosis. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 1991;26:104-114.
- Ross EC, Mirowsky J, Goldstein K. The impact of the family on health. *J Marriage Fam*. 1990;52:1059-1078.
- Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociol Health Illness*. 1992;14:313-343.
- Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Annu Rev Public Health*. 1987;8:235-251.
- Lahelma E. Unemployment and mental well-being: elaboration of the relationship. *Int J Health Serv*. 1992;22:261-274.
- Jahoda M. *Employment and Unemployment: A Social Psychological Analysis*. New York, NY: Cambridge University Press; 1982.
- Verbrugge L. Marital status and health. *J Marriage Fam*. 1979;41:267-285.
- Anson O. Marital status and women's health revisited: the importance of proximate adults. *J Marriage Fam*. 1989;51:185-194.
- Wyke S, Ford G. Competing explanations for associations between marital status and health. *Soc Sci Med*. 1992;34:525-532.
- Ferrie JE, Martikainen P, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld SA, Smith GD. Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *BMJ*. 2001;322:1-7.
- Rosenfield S. The costs of sharing: wives' employment and husbands' mental health. *J Health Soc Behav*. 1992;33:213-225.



## The Spirit of the Coalition

By Bill Berkowitz, PhD, and Tom Wolff, PhD

**T**he *Spirit of Coalition* is about creating and maintaining local community coalitions. It teaches practitioners about community building by providing the "nitty gritty" details of what makes coalitions work. The first-hand accounts, told by public health practitioners, illustrate how coalitions can be built and sustained, leading to measurable, lasting results.

Chapters include how coalitions get started, promoting and supporting the coalition, structure, funding, pitfalls, and much more.

**Who will benefit by reading this book?** Public Health Workers ■ Community Organizers ■ Government Leaders ■ Public Health Educators.

ISBN 0-87553-244-6  
2000 ■ 264 pages ■ softcover  
\$24.00 APHA Members  
\$30.00 Nonmembers  
plus shipping and handling

### American Public Health Association



**Publication Sales**  
Web: www.apha.org  
E-mail: APHA@TASCO1.com  
Tel: (301) 893-1894  
FAX: (301) 843-0159

SC01J7

## Discussió



Els cinc articles d'aquesta tesi demostren l'existència d'interaccions entre el gènere, la classe social i els treballs en un marc de relacions complexes. Les principals troballes són: 1) Malgrat han de fer front a la doble jornada, la salut de les dones ocupades és millor que la de les mestresses de casa; 2) la càrrega de treball domèstic té un efecte negatiu sobre la salut de les dones ocupades de classe social baixa però no sobre les treballadores més privilegiades ni sobre les mestresses de casa; 3) la doble jornada no té impacte en la salut dels homes i 4) l'impacte de l'atur sobre la salut mental és superior en els homes quan tenen responsabilitats familiars; quan no les tenen és similar en ambdós sexes. A continuació es discuteixen aquestes observacions amb més detall.

### **Mestresses de casa i dones ocupades**

S'ha examinat en primer lloc si la incorporació de la dona al mercat de treball té, com en altres indrets amb actituds de gènere més progressistes, un efecte positiu sobre el seu estat de salut o, al contrari, si la combinació de la vida laboral i familiar suposa tal sobrecàrrega de treball i conflictes que és negativa.<sup>59</sup> La conclusió general és que, també a Catalunya, el treball remunerat en les dones que han de combinar vida laboral i familiar, té un efecte positiu sobre la salut. S'ha de parar atenció però, al fet de que sembla tenir un impacte negatiu sobre aquells comportaments relacionats amb la salut que requereixen tenir temps per a un mateix: les hores diàries de són i l'exercici en el temps de lleure, cosa que coincideix amb el que han documentat altres autors.<sup>45</sup> Això podria tenir efectes negatius sobre la salut a mig o llarg termini. De fet, estudis recents realitzats a la Comunitat Valenciana i a la ciutat de Barcelona no troben diferències en l'estat de salut entre les dones ocupades i les mestresses de casa de 25 a 64 anys casades o que viuen en parella.<sup>12</sup>

En contra del que s'ha documentat en molts estudis,<sup>71 72</sup> a Catalunya no s'han observat diferències en l'estat de salut mental entre les dones ocupades i les mestresses de casa. Curiosament, però, aquestes últimes consumeixen més fàrmacs antidepressius o ansiolítics.<sup>59</sup> Es tracta d'una diferència cultural? Es medicalitza la insatisfacció amb la vida entre les mestresses de casa? Hi ha un menor esforç diagnòstic i es trivialitzen els motius de consulta de les mestresses de casa? En el futur s'hauria d'analitzar aquest fet que es confirma en un estudi realitzat a Barcelona més recentment.<sup>73</sup>

Es demostra també l'efecte negatiu de les exigències familiars en les dones ocupades, sobretot en les de classe social més desfavorida, el que mostra l'existència d'interaccions entre tres eixos socials: la classe social, la situació laboral i les exigències familiars.<sup>59</sup> El debat sobre la necessitat d'integrar el paradigma de gènere i el de classe social en

L'anàlisi dels determinants socials de la salut és relativament recent però molt ric.<sup>26 74</sup> Tot i l'interessant desenvolupament conceptual però, molts estudis en aquesta línia tenen serioses limitacions, una de les més òbvies precisament la manca de consideració de les múltiples interaccions. Lahelma i col.<sup>75</sup> publicaven un estudi sobre els determinants socials de la salut a Gran Bretanya i Finlàndia en un marc suposadament integrador de la perspectiva de gènere i de classe social però no consideraven les interaccions. Introduïen al mateix model la situació laboral (empleats a temps complet, a temps parcial, en atur, mestresses de casa, jubilats i altres situacions) i les exigències familiars mesurades amb el nombre de criatures a la llar i l'edat de la criatura més petita. En un altre estudi que examinava si el treball remunerat aporta beneficis a la salut de les dones no es restringia la població d'estudi a les dones casades o que viuen en parella, pràcticament totes les mestresses de casa.<sup>35</sup> En canvi, un nombre significatiu de dones ocupades viu amb els seus pares per la qual cosa no es veurien exposades a les tensions derivades de la combinació de la vida laboral i familiar. Així, resulta difícil esbrinar fins a quin punt l'impacte positiu del treball remunerat es limita a les dones sense càrregues familiars.

Tampoc Matthews i col.<sup>76</sup> en un estudi que analitza la contribució dels rols de gènere als gradients de classe en la salut entre la població general, consideren les interaccions entre l'estat civil o de convivència, les exigències familiars i la situació laboral. Conclouen que viure amb criatures o viure amb tres o més criatures s'associa positivament amb el distrés psicològic, però podria succeir, com passa als estudis aquí presentats que el patró fos diferent segons la situació laboral i la classe social.<sup>7 59</sup> En definitiva, la majoria dels estudis sobre la influència dels rols socials en l'estat de salut no han analitzat les possibles interaccions entre els diferents rols i amb la classe social<sup>43 44 77 78 79</sup>

Al marc de l'Estratègia Europea de Treball, la UE-15 s'ha marcat com a objectiu assolir una taxa d'ocupació femenina del 60% abans de 2010. En 1999 només Dinamarca, Suècia, Finlàndia, Regne Unit i Holanda van registrar taxes d'ocupació femenina superiors al 60%. Per acomplir aquest objectiu Espanya hauria de crear durant el període 2000-2010 tres milions nets de llocs de treball ocupats per dones<sup>80</sup>.

La UE-15 defineix en l'estratègia marc comunitària sobre la igualtat entre homes i dones (2001-2005)<sup>81</sup> cinc objectius, el primer dels quals és promoure la igualtat entre homes i dones en la vida econòmica. A Espanya el Consell de Ministres aprova el IV Pla d'Igualtat d'Oportunitats entre Dones i Homes (2003-2006) el 7 de març de 2003 seguint les directrius de l'estratègia marc comunitària. Els resultats que es presenten en aquesta



tes i il·lustren el benefici potencial de polítiques per fomentar la integració de les dones al mercat de treball però la necessitat d'acompanyar-les d'altres que permetin la conciliació de la vida laboral i familiar, tenint en compte les necessitats de les dones en posició més desfavorida.

### **Combinació de la vida laboral i familiar**

La següent pregunta a la què es pretén donar resposta és si la combinació de la vida laboral i familiar té un impacte diferent en la salut dels homes i de les dones.<sup>7</sup> A la mostra de població ocupada catalana analitzada, com a la població general, l'estat de salut és pitjor entre les dones. No hi ha però diferències de gènere en els estils de vida relacionats amb el fet de disposar de temps per a un mateix. Com s'esperava, les exigències familiars tenen un impacte negatiu, molt consistent per a la salut de les dones (excepte per a la salut mental) però no per a la dels homes. Però, a més, aquest impacte es limita a les dones de classes més desfavorides, el que podria tenir relació amb el fet de que les de classes més privilegiades contracten altres dones per fer feines domèstiques. Això té evidents implicacions polítiques.

La situació de les dones espanyoles al mercat de treball és dual en el sentit de pesar més i estar més feminitzades, d'una banda les ocupacions més qualificades però també, d'altra, les que no requereixen qualificació.<sup>10</sup> Això, unit al major impacte de la doble jornada en aquestes últimes podria contribuir a l'augment de les desigualtats en salut entre les dones. Encara més, s'ha documentat que a Catalunya les dones amb pitjor estat de salut són les que treballen al servei domèstic, el que suggereix que la salut d'unes dones, les de classes més afavorides, es protegeix gràcies a la de les més pobres.<sup>82</sup>

És important ressaltar l'efecte protector de la convivència amb persones majors de 65 anys en la salut de les dones ocupades de classes més desfavorides, cosa que podria estar relacionada amb el seu suport emocional i operatiu, fent-se càrrec de part de la càrrega associada al treball domèstic que, d'altra forma, recauria en la treballadora. I és que un dels recursos més utilitzats en la cura dels fills i filles menors són els avis, singularment l'àvia materna. En una enquesta realitzada en 1995 en una mostra representativa de famílies amb criatures menors de 13 anys residents en ciutats de l'àrea metropolitana de Madrid, el 37% afirmava rebre amb freqüència o amb molta freqüència l'ajut dels pares de la mare en la cura i atenció dels fills, el 13% dels sogres i el 19% de les seves germanes.<sup>15</sup>

El recurs al suport informal per a resoldre el problema de la conciliació en l'etapa pre-escolar no és una excepció espanyola. Segons un informe realitzat per la Unitat d'Igualtat d'Oportunitats de la Comissió Europea, encara hi ha indicis que denoten que a alguns països la xarxa informal segueix sent la forma més comú d'atenció als fills mentre els pares treballen fora; l'excepció principal la constitueixen els països nòrdics, on els serveis finançats públicament són en l'actualitat els més utilitzats.<sup>63</sup>

Dos estudis menors inclosos en aquesta tesi, també sobre les diferències de gènere en l'impacte de la combinació de la vida laboral i familiar sobre l'estat de salut, aporten informació complementària. Un d'ells basat en l'Enquesta de Salut de Terrassa, confirma la relació entre les exigències familiars i l'estat de salut en les dones, però no en els homes, i mostra l'efecte protector de disposar d'una persona contractada per fer les feines domèstiques, cosa que és independent de l'edat i de la classe social.<sup>65</sup> Aquesta troballa, junt amb l'efecte protector de conviure amb persones grans, posa en evidència el potencial preventiu de les iniciatives per reduir la càrrega de treball domèstic entre les dones.

A l'estudi de la població assalariada navarresa de 25 a 64 anys no es troben diferències de gènere en l'estat de salut percebut, el que qüestiona, igual que ho han fet altres estudis, la universalitat de l'excés de morbiditat femenina que podria dependre del trastorn analitzat, del segment d'edat i, fins i tot, de l'entorn geogràfic analitzat.<sup>24</sup> A més, evidencia les desigualtats de gènere en la implicació en el treball domèstic.<sup>68</sup>

Aquest estudi confirma també que, fins i tot en un context en el què el treball a temps parcial continua sent una opció relativament rara en comparació amb els països de l'entorn, està positivament lligat, entre les dones, a les exigències familiars. Seria important determinar fins a quin punt es tracta d'una elecció de la dona per compaginar la vida laboral o familiar o una discriminació pel fet de ser mare per aconseguir un contracte a temps complet.

L'estudi realitzat en població assalariada navarresa també troba entre les dones una associació positiva de les exigències familiars amb el mal estat de salut percebut i, a més, amb dos nous indicadors: els trastorns psicossomàtics i l'ús de serveis sanitaris. En relació amb els primers és interessant assenyalar la diferència respecte a Catalunya<sup>7</sup> on no es va trobar associació entre les exigències familiars i l'estat de salut mental. La raó podria estar, com se subratlla en l'article, en els diferents instruments utilitzats per a la mesura de la salut mental que podrien capturar problemes de naturalesa diferent, més

relacionats amb l'ansietat en el cas de Navarra i més amb la depressió en el cas de Catalunya.

En cap d'aquests dos últims estudis<sup>65 68</sup> sobre les diferències de gènere en l'impacte de la combinació de la vida laboral i familiar es troben patrons diferents segons la classe social. Això podria ser degut a la menor grandària mostral que el basat en l'ESCA<sup>7</sup> però també, en el cas de Navarra,<sup>68</sup> a la selecció de població assalariada, molt més homogènia que l'ocupada analitzada en les enquestes de salut, en les que el rang entre les classes seria major en estar representats els individus de classe social més alta, com els autònoms més qualificats, i els de classe social més baixa, com les persones que treballen sense contracte. Encara que no es poden descartar totalment diferències estructurals i culturals entre les autonomies com a possible explicació, s'ha de tenir en compte que a Euskadi, una autonomia molt propera a Navarra geogràficament i culturalment, de forma similar a Catalunya, també s'han descrit diferents patrons de classe en les dones en la combinació de la vida laboral i familiar.<sup>66</sup>

Els resultats contradictoris de la literatura sobre l'impacte de la combinació de la vida laboral i familiar sobre la salut poden ser deguts, a més de la falta de consideració de les possibles interaccions, a una insuficient caracterització dels rols. Bartley i col. proposen<sup>44</sup> com aproximació a la interacció entre els rols, l'anàlisi de diferents combinacions de rols familiars i laborals però aquest abordatge no arriba a mesurar la càrrega real derivada del treball de casa que únicament es caracteritza amb l'estat civil o de convivència i amb el fet de tenir criatures o no. Denton i Walters<sup>79</sup> utilitzen com aproximació a l'àmbit domèstic l'estructura familiar, sense tenir en compte el nombre de criatures. Emslie et al.<sup>60</sup> mesuren el treball domèstic només amb la convivència amb menors de 5 anys. Un estudi de Whithearall R. i col.<sup>84</sup> arribava a la conclusió de que la combinació del treball remunerat i la cura de les criatures no sembla tenir un important impacte sobre la mortalitat prematura caracteritzant la dimensió "estat de maternitat" només amb dues variables, tenir o no criatures i l'edat de la criatura més jove, variables que estan molt lluny de "capturar" la càrrega de treball, l'estrès i els conflictes corresponents derivats del treball domèstic.

Al context de la UE-15, dels sis eixos de la iniciativa comunitària EQUAL 2000-2006, que constitueix un conjunt de mesures amb la finalitat de lluitar contra la discriminació i la desigualtat al mercat de treball, el quart planteja l'objectiu de fomentar la igualtat de oportunitats d'homes i dones i la participació d'aquestes últimes al mercat de treball. En el context d'aquest quart eix, la iniciativa es marca com prioritat conciliar la vida familiar

i la professional. Segons el CES les reformes legals vinculades només a la relació laboral són insuficients i considera necessari promoure els serveis de proximitat, tal i com es recull expressament en les orientacions de treball de la UE-15 del quart pilar sobre igualtat d'oportunitats<sup>85</sup>.

Lamentablement, a Espanya l'actual llei de conciliació de vida laboral i familiar (Ley 39/1999, de 5 de noviembre) proposa exclusivament mesures sobre el treball remunerat. Aquesta llei no incorpora cap mesura que permeti assegurar que els homes s'involucrin més en les responsabilitats familiars perquè el seu disseny respecta el model actual de permisos, llicències i excedències laborals. La legislació laboral pot adoptar un paper més actiu creant noves formes de compaginació del treball i la família que permetin que els homes comparteixin amb les dones més responsabilitats en la cura dels fills i la resta de persones necessitades de la família. Així, es podrien dissenyar fórmules dirigides en exclusiva als pares, o que el fet de que ells les gaudissin suposés algun tipus d'incentiu per a ells o pels empresaris. A més haurien de configurar-se drets que no poguessin transferir-se ni acumular-se, com el del permís per paternitat per als pares, no transmissible a les mares si els primers decideixen no exercir-lo. Segons la lògica econòmica actual, un empresari es comportaria d'altra forma en contractar un home o una dona si cregués possible que el seu empleat baró fos a sol·licitar un permís de paternitat. Si part d'aquest dret fos exclusiu del pare és molt probable que cada vegada més homes optessin per utilitzar-lo, i no per renunciar a ell.

L'1 de gener de 2003 va entrar en vigor un ajut per dones treballadores amb fills menors de 3 anys, la deducció per maternitat<sup>86</sup>, d'una quantia màxima de 1.200 euros anuals per cada fill menor de 3 anys. La seva novetat és la de poder-se cobrar anticipadament mes a mes en compte corrent com un ingrés més de l'economia familiar.

Aquesta mesura, però, té limitacions, la més òbvia la de tractar per igual a les persones desiguals, no tenint en compte les diferents necessitats de les persones, cosa que, com s'ha demostrat en aquesta tesi, és un important determinant de l'estat de salut. Així, no es consideren ni les necessitats reals de la beneficiària ni la seva situació econòmica. A més, queden exclosos els col·lectius amb condicions laborals més precàries com les treballadores a temps parcial amb jornada inferior al 50% de l'ordinària en l'empresa en còmput mensual, les treballadores a jornada completa en alta menys de 15 dies al mes, les que no tenen contracte laboral o les que treballen en l'economia submergida. les treballadores amb contractes temporals que no cobreixen tot l'any, no tenen dret a la deducció completa dels 1.200 euros anuals, sinó a la dels mesos que hagin cotitzat.

Aquesta quantia difícilment podria permetre costejar una guarderia pública, però està molt lluny dels preus de les guarderies privades que, atesa la insuficiència dels recursos públics, són utilitzades per la majoria.

L'escàs desenvolupament de centres públics per a l'atenció de nens i nenes de 0 a 3 anys s'explica per raons polítiques, però també per la manca de demanda deguda a dues raons: 1) les elevades taxes d'atur de la població femenina jove que fa que moltes mares no necessitin aquests serveis i 2) l'existència d'un gran nombre d'àvies que viuen prop del domicili de les seves filles o joves i atenen les criatures mentre les mares treballen fora de casa. Aquesta situació podria canviar si millora la situació del mercat laboral per a les dones, per la qual cosa tant mares com àvies en edat de treballar podrien entrar al mercat de treball.<sup>14</sup>

La UE-15 ve impulsant l'adopció de mesures per a la conciliació de la vida laboral i familiar des de diferents àmbits. Al V Programa d'Acció Comunitària per a la igualtat entre dones i homes la conciliació de la vida laboral i familiar ha estat l'objectiu estratègic durant el període 2001-2005. Els estats haurien d'incrementar la prestació de serveis de cura de les criatures i altres persones dependents, fomentar el repartiment de les responsabilitats familiars i professionals i facilitar la tornada al treball després de períodes de baixa.<sup>1</sup>

Els recursos públics per a l'atenció infantil varien molt entre els diferents països europeus. Els països amb major cobertura en l'educació pre-escolar són França, Bèlgica i l'antiga Alemanya oriental. No obstant, Dinamarca i Suècia estan més avançats en l'atenció a la primera infància.<sup>14</sup> A Espanya, els índex d'escolarització per a nens i nenes de 3 a 6 anys són acceptables en termes comparatius, però l'oferta per als menors d'aquesta edat, els que major càrrega de treball suposen, és molt escassa. I és que al nostre país les polítiques de desenvolupament de l'educació infantil no s'han concebut perquè els pares (fonamentalment les mares) puguin compaginar les responsabilitats professionals i familiars en el marc de les polítiques d'igualtat d'oportunitats per a les dones.

A nivell europeu s'està produint una expansió de la prestació de serveis a les famílies, els anomenats serveis de proximitat. Es tracta d'un conjunt de mesures molt variades que tenen en comú l'aportació externa de recursos en forma de serveis que contribueixen a ajudar a aquestes famílies en la cura dels fills infants i de les persones adultes dependents.

Aquests serveis poden ser proporcionats directament per l'Administració, gratuïtament o no, o bé pel mercat, sigui a preus subvencionats o no. Entre el llarg catàleg de serveis de proximitat es troben les guarderies infantils, els serveis d'assistència a domicili o els centres de dia. Les ocupacions anomenades de "proximitat", d'economia social o "familiars" són considerades com un gran font de treball, sobretot per a dones i joves, que contribueix a alleugerar les necessitats de les famílies.<sup>87</sup> Però, de fet, aquests treballs de proximitat no són nous: la novetat important es que siguin propiciats i subvencionats pels poders públics.<sup>14</sup>

Segons el CES,<sup>10</sup> a Espanya el panorama general de les polítiques adreçades a la conciliació de la vida familiar i laboral es caracteritza per la seva dispersió. A la pluralitat d'Administracions amb competències (estatal, autonòmica i local), s'afegeix la diversitat de Departaments competents. Així, tot i que la conciliació de la vida laboral i familiar ha entrat en l'agenda política, hi ha poques iniciatives concretes, poc compromís pressupostari i un desequilibri entre les mesures estrictament laborals (permisos o excedències per motius familiars o reordenació de la jornada laboral) front a les carències en matèria de serveis i infraestructures de suport a la cura de les criatures i de les persones dependents.

### **Atur i salut mental**

El tercer objectiu d'aquesta tesi és examinar si l'impacte de l'atur sobre la salut mental és diferent segons el gènere i fins a quin punt el seu efecte està mediat pels rols familiars i per la classe social. Es demostra com, tot i que la taxa d'atur és més alta en les dones, el seu impacte sobre l'estat de salut mental és superior en els homes però, en contra del que alguns autors han sostingut,<sup>57 58</sup> aquestes diferències de gènere no semblen degudes al menor lligam de les dones al treball remunerat sinó al seu major protagonisme en la vida familiar i al paper de principal proveïdor econòmic de la llar de l'home.<sup>67</sup>

És important remarcar que, segons els resultats presentats en la tesi, entre les persones solteres l'impacte de l'atur és similar en ambdós sexes, el que subratlla la centralitat del treball remunerat, també en les dones, en l'absència de responsabilitats familiars. El CES<sup>10</sup> assenyala que l'evolució de l'atur femení en l'última dècada és positiva, però ha canviat la seva caracterització. Ja no es tracta sobretot de dones en edats intermèdies, amb baix nivell de formació i econòmicament dependents de la seva parella (el grup més protegits front als efectes negatius de l'atur sobre la salut mental), circumstàncies que fins fa poc temps eren les més freqüents. L'any 2003, el 37% de les aturades eren filles de

la persona de referència de la llar; entre els homes el percentatge era del 52%. Davant d'aquest canvi de patró, el CES remarca la importància d'avançar en l'estudi dels nous perfils de l'atur femení com element clau per al disseny de les polítiques adreçades a aquest problema. L'estudi sobre l'atur i la salut mental presentat en aquesta tesi<sup>67</sup> suposa un avenç en aquest sentit.

També l'efecte de l'atur sobre la salut mental depèn de la classe social i ho fa de forma distinta segons el gènere: entre els homes és superior en els de classe social més baixa, mentre entre les dones ho és en les més qualificades. Una altra vegada l'estudi mostra les interaccions dels tres eixos socials aquí considerats: gènere, classe social i rols familiars a la que s'ha d'afegir un quart element, la percepció de prestacions econòmiques d'atur. Entre els aturats, les prestacions econòmiques, globalment, neutralitzen l'efecte negatiu de l'atur sobre l'estat de salut mental, troballa de gran importància en el context socio-polític actual en el què hi ha un debat viu sobre el retall d'aquestes prestacions.

Aquesta anàlisi sobre l'atur i la salut mental il·lustra la complexitat de les relacions dels diferents eixos socials en la determinació de l'estat de salut. En contra de l'assumpció generalitzada de que la vida en parella té un efecte positiu sobre la salut dels homes però no tant sobre la de les dones,<sup>88</sup> entre els homes aturats sembla tenir un efecte negatiu; si en general els indicadors de salut són més favorables entre les persones de classes més privilegiades, en les dones són les més qualificades les que pateixen més els efectes de l'atur.

### **Fortaleses i limitacions**

Els tres estudis centrals basats en l'ESCA<sup>947 59 67</sup> compten amb un nombre alt d'individus, cosa que ha permès examinar les interaccions mitjançant una anàlisi estratificada que, de forma consistent, mostra l'existència d'interaccions entre quatre eixos socials: el sexe, la classe social, la situació laboral i la situació familiar (estat civil o de convivència i convivència amb criatures). En tres dels cinc estudis s'analitza més d'una variable dependent i els resultats continuen sent consistents.<sup>59 67 68</sup>

A tots els estudis s'han caracteritzat la situació laboral i familiar i les càrregues associades mitjançant variables objectives, de forma que els estudis no presenten la limitació derivada de que tant les variables dependents com les independents tinguin una alta càrrega subjectiva que sobreestimaria la magnitud de les associacions.

Els resultats presentats són coherents amb el rol principal dels homes en l'àmbit laboral i de les dones en el domèstic, així com amb la sobrecàrrega de treball determinada per la doble jornada en les dones. El paper de la classe social com modificadora de l'efecte és un aspecte poc considerat en la recerca que, a més, té importants implicacions per al disseny de polítiques d'igualtat.

Tots els estudis són de naturalesa transversal per la qual cosa podria existir un biaix de causalitat inversa. No sembla que això passi en el cas de l'anàlisi de la doble jornada: no sembla raonable que les dones amb pitjor estat de salut visquin en llars més nombroses; més bé al contrari, seria més lògic pensar que les llars nombroses en dones ocupades suposin una càrrega de treball excessiva amb impacte negatiu sobre la salut. En el cas de la comparació entre les mestresses de casa i les dones ocupades, podria succeir que algunes mestresses de casa haguessin estat dones ocupades que abandonen el mercat de treball per problemes de salut. Tal com es discuteix a l'article<sup>59</sup> a Espanya, on encara és molt freqüent que les dones treballin a temps complet com a mestresses de casa, aquest biaix potencial tindria menys importància que en altres països del nostre entorn. Encara que existís aquest biaix, una selecció de dones en la situació laboral de mestresses de casa pel seu mal estat de salut, no afectaria a l'altra part de l'estudi que no observa pràcticament impacte de les exigències familiars en les mestresses de casa. Finalment, a l'estudi sobre l'impacte de l'atur en la salut mental<sup>67</sup> s'ha controlat la possible causalitat inversa mitjançant la selecció de població activa sense limitació crònica de l'activitat en els últims 12 mesos.



## Recomanacions

### *Per a la recerca:*

- L'anàlisi dels determinants socials de la salut requereix l'abordatge des d'un marc integrat de gènere, classe social i treball que implica l'anàlisi de les interaccions entre aquests tres eixos socials.
- És important explorar l'existència de diferents patrons segons l'indicador de salut analitzat.
- És necessari examinar l'existència de possibles patrons diferents segons entorns culturals i geopolítics.
- Les enquestes de salut, com valúos instrument per a l'anàlisi i monitorització de les desigualtats en salut, a més de basar-se en qüestionaris sensibles a les diferències de gènere i de classe, han d'ampliar la seva grandària mostral per analitzar el paper combinat del gènere i de la classe social.

### *Per a l'acció:*

- La intervenció per a la reducció de les desigualtats de gènere requereix la consideració també de la classe social que actua com un important modificador de l'efecte.
- És necessari establir estratègies per fomentar la incorporació de les dones al mercat de treball però sempre acompanyades per altres destinades a l'efectiva conciliació de la vida laboral i familiar.
- Les polítiques de conciliació de vida laboral i familiar han d'introduir la perspectiva de classe, és a dir, tenir en compte les necessitats diferents i anar més enllà d'ajuts econòmics, habitualment insuficients, iguals per a tothom.
- Les mesures destinades a la conciliació de la vida laboral i familiar no han d'adreçar-se exclusivament a les dones perquè sovint contribueixen a perpetuar les desigualtats de gènere en la societat; a més han de contemplar estratègies més enllà de les relacions laborals com ara la creació de recursos públics per a la cura de les persones dependents.
- És important posar en marxa i avaluar polítiques d'igualtat d'oportunitats tant a nivell de l'empresa com a nivell general.

- En el debat sobre el retall de les prestacions econòmiques d'atur, s'ha de tenir en compte que, globalment, presenten un efecte protector de l'impacte de l'atur sobre la salut mental.
- Es necessari introduir una perspectiva de gènere i salut en diferents àmbits polítics que poden tenir impacte tant en les desigualtats de gènere com en la salut. Per això, s'haurien de monitoritzar els efectes de les decisions polítiques sobre la ciutadania en termes de desigualtats de gènere i de salut.



## Bibliografia

- <sup>1</sup> Consejo Económico y Social. Panorama sociolaboral de la mujer en España, número 22. Madrid: Consejo Económico y Social; 2000.
- <sup>2</sup> Matthews S, Hertzman C, Ostry A, et al. Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1417-24.
- <sup>3</sup> Paoli P, Merlié D. Third European Survey on working conditions 2000. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
- <sup>4</sup> Ballarin P, Euler C, Le Feuvre N, Raevaara E. Women in the European Union. <http://www.helsinki.fi/xantippa/wee/wee1.html>.
- <sup>5</sup> European Commission. Gender Equality Magazine, num. 11. Brussels: European Commission. Employment & Social Affairs; 2001.
- <sup>6</sup> Eurostat. Women and men reconciling work and family life. *Statistics in focus*, Them 3-9; 2002.
- <sup>7</sup> Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the role of family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 639-647.
- <sup>8</sup> Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med* 2001; 52: 481-91.
- <sup>9</sup> Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Anuario de estadísticas laborales y de Asuntos sociales 2001. [accedido 12 Jul 2003]. Disponible en: <http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario01>.
- <sup>10</sup> Segundo informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española. Madrid: Consejo Económico y Social; 2003.
- <sup>11</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. [accedido 18 de marzo de 2004]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>.
- <sup>12</sup> Artazcoz L, Escribà V, Cortès I. Género, trabajos y salud (en prensa). *Gac Sanit*.
- <sup>13</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Encuesta de Salarios en la Industria y els Serveis 2000. [accedido 21 nov 2003]. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4212/es0400.htm>.
- <sup>14</sup> Flaquer L. Les polítiques familiars en una perspectiva comparada. Barcelona: Fundació la Caixa; 2000.
- <sup>15</sup> Meil G. La protección social a la familia. Espanya 1998. Una interpretación de su realidad social. Madrid: Fundación Encuentro Ministerio de Educación y Ciencia; 1999.
- <sup>16</sup> Moss NE. Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Soc Sci Med* 2002;54:649-661.
- <sup>17</sup> CIS, Estudio CIS número 1867. La condición social de la mujer. Madrid; CIS 1999.
- <sup>18</sup> CIS. Estudio CIS número 2448. Barómetro de febrero, 2002. Madrid; CIS 2002.
- <sup>19</sup> Battagliola F. Employés et employées. Trajectoires familiales et professionnelles. A: Le sexe du travail: structures familiales et système productif. Grenoble: PUG; 57-70.
- <sup>20</sup> Kergoat D. Les femmes et le travail: temps partiel. Paris: La documentation française; 1984.
- <sup>21</sup> Macintyre S, Ford G, Hunt K. Do women "over-report" morbidity? Men's and women's responses to structures prompting on a standard question on long standing illness. *Soc Sci Med* 1999; 48: 89-98.
- <sup>22</sup> Verbrugge, LM. Multiple roles and physical health of women and men. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 16-30.
- <sup>23</sup> Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de la población adulta en España desde la perspectiva de género y clase social (en prensa). *Gac Sanit*.
- <sup>24</sup> Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health. Are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med* 1996; 42: 617-624.
- <sup>25</sup> Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991; 32: 579-590.

- <sup>26</sup> Macintyre S, Hunt K. Socio-economic position, gender and health. How do they interact? *Sociology of Health and Illness* 1997; 2: 315-34
- <sup>27</sup> Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Ann Rev Public Health* 1987; 8: 235-51.
- <sup>28</sup> Hall EM. Double exposure: The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish men and women. *Int J Health Serv* 1992; 22: 239-260.
- <sup>29</sup> Hunt K, Annandale E. Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific? *Sociology of Health and Illness* 1993; 15: 632-664.
- <sup>30</sup> Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K. Gender differences in ill health in Finland: Patterns, magnitude and change. *Soc Sci Med* 1999; 48: 7-19.
- <sup>31</sup> Reid C. A Full measure. Towards a comprehensive model for the measurement of women's health. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2002.
- <sup>32</sup> Arber S. Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc Sci Med* 1991; 32: 425-36.
- <sup>33</sup> Passannante MR, Nathanson CA. Women in the labor force: Are sex mortality differentials changing? *J Occup Med* 1987; 29: 21-28.
- <sup>34</sup> Kotler P, Wingard DL. The effect of occupational, marital and parental roles on mortality: The Alameda County study. *Am J Public Health* 1989; 79: 607-611.
- <sup>35</sup> Rohlfs I, De Andrès J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo dentro y fuera de casa sobre el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barcelona)* 1997; 108: 566-71.
- <sup>36</sup> Nathanson CA. Illness and the feminine role: a theoretical review. *Soc Sci Med* 1975; 9: 57-62.
- <sup>37</sup> Nathanson CA. Social roles and health status among women: The significance of employment. *Soc Sci Med* 1980; 14: 463-471.
- <sup>38</sup> Passannante MR, Nathanson CA. Female labour force participation and mortality in Wisconsin, 1974-1978. *Soc Sci Med* 1985; 21: 655-65.
- <sup>39</sup> Waldron I, Weiss CC, Hughes ME. Interacting effects of multiple roles on women's health. *J Health Soc Behav* 1998; 39: 216-236.
- <sup>40</sup> Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health in Britain in the 1990s. *Soc Sci Med* 1997; 44: 773-788.
- <sup>41</sup> Hall EM. Women's work: An inquiry into the health effects of invisible and visible labour. [Tesi doctoral]. Estocolmo 1990: Karolinska Institute.
- <sup>42</sup> Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociology of Health and Illness* 1992; 14: 313-343.
- <sup>43</sup> Walters V, Denton R, French S, Eyles J, Mayr J, Newbold, B. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Soc Sci Med* 1996; 43: 1627-1636.
- <sup>44</sup> Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993. *Soc Sci Med* 1999; 48:99-115.
- <sup>45</sup> Hochschild A. *The second shift: working parents and the revolution at home*. New York: Viking Press; 1989.
- <sup>46</sup> Haavio-Manila E. Inequalities in health and gender. *Soc Sci Med* 1986; 22: 141-149
- <sup>47</sup> Lennon MC, Rosenfield S. Women and mental health. The interaction of job and family conditions. *J Health Soc Behav* 1992; 33: 316-327.
- <sup>48</sup> Cleary PD, Mechanic D. Sex differences in psychological distress among married people. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 111-121.
- <sup>49</sup> Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 333-7.
- <sup>50</sup> Janlert U. Unemployment as a disease and diseases of the unemployed. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 (suppl 3): 79-83.

- <sup>51</sup> Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health* 1996; 17:449-65.
- <sup>52</sup> Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 486-92.
- <sup>53</sup> Qin P, Agerbo E, Westergård-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 546-50.
- <sup>54</sup> Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ* 2001; 323:1061-63.
- <sup>55</sup> Bartley M, Owen C. Relation between socioeconomic status, employment and health during economic change, 1973-93. *BMJ* 1996; 13: 445-9.
- <sup>56</sup> Leino-Arjas P, Liira J, Mutanen P, Malmivaara A, Martikainen E. Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study. *BMJ* 1999; 319: 600-5.
- <sup>57</sup> Lahelma E. Unemployment and mental well-being: elaboration of the relationship. *Int J Health Serv* 1992; 22: 261-74.
- <sup>58</sup> Jahoda M. *Employment and unemployment: A Social Psychological Analysis*. New York: Cambridge University Press, 1982.
- <sup>59</sup> Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position (en premsa). *Soc Sci Med*.
- <sup>60</sup> Emslie C, Hunt K, Macintyre S. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Soc Sci Med* 1999 48:33-48.
- <sup>61</sup> Popay J, Bartley M, Owen C. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor morbidity. *Soc Sci Med* 1993; 36: 21-32.
- <sup>62</sup> Regidor E, Dominguez V, Navarro P, et al. The magnitude of differences in perceived general health associated with educational level in the regions of Spain. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:288-93.
- <sup>63</sup> Borrell C, Plasència A, Pasarín I, et al. Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a Southern European city. *J Epidemiol Community Health* 1997;51:659-67
- <sup>64</sup> Navarro V, Benach J. y la Comisión científica de estudios de les desigualdades sociales en salut en Espanya. *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo and The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, 1996.
- <sup>65</sup> Artazcoz L, Borrell, C, Rohlfs I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gac Sanit* 2001; 15: 150-3.
- <sup>66</sup> Artazcoz L, García-Calvente MM, Esnaola S, Borrell C, Sánchez-Cruz JJ, Ramos JL et al. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. En: Juan M. Cabasés, Joan R. Villalbí, Carlos Aibar (eds). *Invertir per la salut. Prioridades en salud pública. Informe Sespas 2002*. Valencia: SESPAS; 2002.
- <sup>67</sup> Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interaction between gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004; 2004; 94: 82-8.
- <sup>68</sup> Artazcoz L, Artieda L, Borrell, C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? *Eur J Public Health* 2004; 14: 43-48.
- <sup>69</sup> Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989; 3: 320-326.
- <sup>70</sup> Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. Nueva York, John Wiley and Sons Inc, 1989.
- <sup>71</sup> Rosenfield S. Sex differences in depression: Do women always have higher rates? *J Health Soc Behav* 1980; 21: 33-42.
- <sup>72</sup> Hall EM, Johnson JV. Depression in unemployed Swedish women. *Social Science and Medicine* 1988; 27: 1349-1355.
- <sup>73</sup> Artazcoz L, Cortès I, Pasarín MI, Borrell C. *Diferències y desigualtats de gènere en salut*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2003.
- <sup>74</sup> Arber S, Khlaf M. Introduction to "social and economic patterning of women's health in a changing world". *Soc Sci Med* 2002; 54: 643-647.



- <sup>75</sup> Lahelma E, Arber S, Kivelä K, Roos E. Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Soc Sci Med* 2002; 54: 727-740.
- <sup>76</sup> Matthews S, Power C. Socio-economic gradients in psychological distress: a focus on women social roles and work-home characteristics. *Soc Sci Med* 2002; 54: 799-810.
- <sup>77</sup> Glass J, Fujimoto T. Housework, paid work, and depression among husbands and wives. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 179-191.
- <sup>78</sup> Elstad JI. Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status – a comparison between the early 70s and the late 80s, Norway. *Soc Sci Med* 1996; 42: 75-89.
- <sup>79</sup> Denton M, Walters V. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1221-1235.
- <sup>80</sup> Consejo Económico y Social. Panorama sociolaboral de la mujer en España, número 24. Madrid: Consejo Económico y Social; 2001.
- <sup>81</sup> Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la comisión al consejo, al parlamento europeo, al comité económico y Social y al comité de las regiones Hacia una estrategia marco pública sobre la igualdad entre hombres y mujeres (2001-2005). [accedido 30 Jul 2003]. Disponible en: [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/equ\\_opp/strategy/com2000\\_335\\_es.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/strategy/com2000_335_es.pdf).
- <sup>82</sup> Artazcoz L, Cortès I, Benach J, Benavides FG. Les desigualtats en salut laboral a Catalunya. En: Borrell C, Benach J (eds.). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània, 2003: 251-282.
- <sup>83</sup> Deven F, Inglis S, Moss P, Petrie, P. Revisión de las investigaciones realizadas en Europa sobre conciliación de la vida laboral y familiar por hombres y mujeres y calidad de los servicios de atención. Informe final para la Unidad de Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1998.
- <sup>84</sup> Weatherall R, Joshi H, Macran S. Double burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the longitudinal study of England and Wales. *Soc Sci Med* 1994; 38: 285-297.
- <sup>85</sup> Consejo Económico y Social. Panorama sociolaboral de la mujer en España, número 28. Madrid: Consejo Económico y Social; 2002.
- <sup>86</sup> Real Decreto 27/2003, de 10 de enero, por el que se modifica el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, aprobado por el Real Decreto 214/1999, de 5 de febrero. *Boletín Oficial del Estado*, 10, 11/01/2003.
- <sup>87</sup> Yeandle S, Gore T, Herrington A. *Employment, Family and Community Activities. A New Balance for Women and Men*. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities; 1999.
- <sup>88</sup> Willitts M, Benzeval M, Stansfeld S. Partnership history and mental health over time. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 53-48.