

Representación sindical y prevención de riesgos laborales durante la crisis: impacto y límites

Raúl Payá Castiblanque y Pere J. Beneyto Calatayud¹

Resumen. La investigación que presentamos estudia el impacto de la intervención sindical en materia de salud laboral, en lo que se refiere tanto a la gestión preventiva y creación de una cultura participativa como en los procesos de vigilancia y control de las condiciones de trabajo. A tal efecto, se han consultado las principales encuestas nacionales e internacionales sobre gestión de riesgos laborales en las empresas, analizando los datos más relevantes en base a modelos de regresión logística y lineal, lo que ha permitido constatar que la representación sindical de los trabajadores en la empresa (generalista y especializada) correlaciona positivamente con el desarrollo de las principales dimensiones (social y científico-técnica) de los procesos de seguridad y prevención de riesgos laborales. Sin embargo, el efecto combinado de la recesión económica, la desregulación contractual y las estrategias empresariales de externalización de los servicios de prevención, estarían debilitando dicha correlación.

Palabras clave: Salud laboral; representación sindical; precariedad contractual; externalización preventiva, gestión participativa.

[en] Union representation and prevention of occupational risks during the crisis: impact and limits.

Abstract. This research studies the impact of trade union intervention on occupational health, both in terms of preventive management and the creation of a participatory culture, and in the monitoring and control of working conditions. To this end, we have consulted the main national and international surveys on occupational risk management in companies, analyzing the most relevant data based on logistic and linear regression models, which revealed that union representation of workers in the company (generalist and specialized) correlates positively with the development of the main dimensions (social and scientific-technical) of the processes of safety and prevention of occupational risks. However, the combined effect of the economic recession, contractual deregulation and business strategies of outsourcing of prevention services, would be weakening this correlation.

Keywords: Occupational health; union representation; contractual precariousness; preventive outsourcing; participative management.

Sumario. 1. Introducción. 2. Metodología. 3. La construcción (inacabada) de un sistema de gestión integral (científico-técnica y social) de la salud laboral en España. 4. Representación sindical y participación de los trabajadores en salud laboral. 5. Impacto de la representación especializada en seguridad y salud laboral. 5.1. Relación entre intervención de los delegados de prevención y activación del sistema científico-técnico. 5.2. Relación entre intervención de los delegados de prevención y activación del sistema socio-cultural. 5.3. Relación entre participación sindical y accidentabilidad laboral. 6. Límites y determinantes de la intervención sindical en salud laboral. 6.1. Límites estructurales del sistema científico-técnico de prevención. 6.2. Límites asociados a la crisis económica, la reforma laboral y el empleo precario. 7. Conclusiones. 8. Bibliografía.

¹ Universidad de Valencia, Departamento de Sociología y Antropología Social.
raul.paya@uv.es, pere.j.beneyto@uv.es.

Cómo citar: Payá Castiblanque, R. y Beneyto Calatayud, P. J. (2019). Representación sindical y prevención de riesgos laborales durante la crisis: impacto y límites. *Sociología del Trabajo*, nº94 (2019), 29-62.

1. Introducción

La crisis iniciada en 2008 generó efectos tan devastadores sobre el mercado de trabajo (paro, temporalidad, desprotección social) y las relaciones laborales (desregulación, recortes salariales, debilitamiento de los actores sociales y la negociación colectiva) que la actual fase de *reactivación económica* no ha conseguido aún revertir, manteniéndose altos niveles de desigualdad, precariedad, etc., y registrándose, incluso, un preocupante repunte de la siniestralidad laboral, poniendo de manifiesto la necesidad de una *recuperación social* basada en mejorar tanto la cantidad como la calidad del trabajo y los derechos de los trabajadores, sus organizaciones representativas y mecanismos de intervención (participación en la empresa, negociación colectiva, diálogo social, etc.)

En este marco, resulta especialmente significativa la desigual evolución experimentada en los últimos años por los principales indicadores del sistema español de representación de los trabajadores (-15% de tasa de cobertura) y de los accidentes de trabajo (+17% de tasa de incidencia), cuyo análisis y evaluación constituye el objetivo central del presente artículo, teniendo como hipótesis de investigación que la representación sindical de los trabajadores en la empresa y, más concretamente, la especializada en materia de salud laboral (delegados de prevención y comités de seguridad) tiene un impacto positivo tanto en la activación de la participación de los trabajadores (esfera social) como en la mejora del cumplimiento de las obligaciones legales en materia preventiva (esfera científico-técnica), con el resultado de contribuir decisivamente a la reducción de la siniestralidad laboral.

A tal efecto revisaremos, de entrada, el proceso de construcción del modelo español de gestión de la salud laboral, en perspectiva tanto diacrónica (desde la Ley Dato, de 1900, sobre accidentes de trabajo a la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales-LPRL) como sincrónica (relación con las directivas y modelos europeos) para, posteriormente, analizar la estructura y cobertura del sistema de representación (general y específica) de los trabajadores y su intervención en materia de seguridad y prevención de riesgos laborales.

El bloque central del artículo se dedica a analizar el impacto de la intervención de los delegados de salud laboral, atendiendo a las principales dimensiones de la misma (activación de los sistemas científico-técnico y socio-cultural de prevención) y la reducción de la siniestralidad, identificando, en cada caso, los determinantes estructurales (sector económico, tamaño de la empresa, organización del trabajo, tipo de contrato), coyunturales (ciclo económico, reforma laboral) y culturales (gestión empresarial de la mano de obra) que limitan y socavan los sistemas de participación de la representación especializada en salud laboral, proponiendo, finalmente, acciones y estrategias para mejorar el ámbito social de la prevención.

2. Metodología

Para la descripción y análisis de los sistemas de gestión de la seguridad en el trabajo y la participación en la misma de los trabajadores hemos procedido, de entrada, a una

breve reconstrucción de su configuración histórica y regulación jurídica (apartado 3) para, posteriormente, analizar los rasgos más característicos del modelo español de representación sindical de carácter tanto generalista como especializado en prevención de riesgos (apartado 4), utilizando en ambos casos datos secundarios procedentes de fuentes documentales y estadísticas.

Será a partir de dicho marco general que nos centraremos en analizar el impacto y límites de la intervención de los delegados de prevención en los centros de trabajo atendiendo, en el primer caso (apartado 5) a i) la repercusión de la representación especializada en la activación del sistema científico-técnico para el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la LPRL; ii) la activación de una cultura preventiva a través del ejercicio de los derechos de información, consulta y participación de los trabajadores; y iii) mostrar el impacto de la presencia, audiencia e influencia de la acción sindical en la reducción de la siniestralidad laboral.

A tal efecto utilizaremos los micro datos proporcionados por el Ministerio de Empleo sobre las Encuestas Nacionales de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas (ENGE, 2009)² y (ESENER-2-España)³ realizadas por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), a partir de una muestra de 5.147 y 3.162 centros de trabajo respectivamente que nos permiten evaluar las dos primeras dimensiones del impacto de la intervención sindical en salud laboral. (apartados 5.1 y 5.2). Los datos fueron analizados a través de modelos de regresión logística, calculándose las *odds ratio* crudas (ORc) y ajustadas (ORa) por el tamaño del centro de trabajo y sector de actividad, con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC95%), tomando los centros de trabajo sin delegados de prevención como categoría de referencia, eliminando del cálculo de los indicadores las repuestas “no sabe” y “no contesta” y analizado los resultados mediante el software de SPSS versión 24.

Para la evaluación global del impacto de la representación sindical sobre la siniestralidad laboral (apartado 5.3), aplicamos regresiones lineales utilizando como variable independiente el Índice de Participación Europeo (EPI 2.0) del Instituto Sindical Europeo (ETUI)⁴, que, agrega los indicadores de intervención sindical (presencia, audiencia e influencia). Como variable dependiente, utilizamos el promedio del índice estandarizado de accidentes de trabajo mortales correspondiente al periodo 2008-2015 de la base de datos de Eurostat⁵. Para realizar los cálculos se tuvieron en consideración las siguientes cuestiones: a) el promedio del periodo evitó la sobre o infra estimación de accidentes de un estudio transversal en el tiempo y de las oscilaciones del ciclo económico; b) el registro de accidentes mortales es más preciso que el de los no mortales, por cuanto suelen ser investigados por las autoridades estatales pertinentes, no siendo recomendable los datos de accidentes no mortales para análi-

² INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo). *Encuestas Nacionales de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas, 2009 (ENGE)*. http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_%20ENGE%202009.pdf

³ INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo). *Encuesta Nacional de Gestión de Riesgos Laborales en las Empresas, 2014 (ESENER-2 – España)*. <http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/ESENER%20dos.pdf>

⁴ ETUI. *National Industrial Relations*. <http://www.worker-participation.eu/National-Industrial-Relations> (consultado el 19 de mayo de 2018)

⁵ EUROSTAT. *Accidents at work (ESAW, 2008 onwards)* (hsw_acc_work). https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/fr/hsw_acc_work_esms.htm

sis comparados; c) el índice de incidencia estandarizado ajusta el tamaño relativo de los sectores económicos a nivel de la Unión Europea, por lo que dicha armonización hace posible la comparación entre países; d) se realizó una segunda regresión con los países que tienen un sistema de notificación y registro de accidentes a través de autoridades nacionales correspondientes, tales como la Inspección de Trabajo, por cuanto proporcionan datos más precisos, evitando las sobre o infra estimaciones del sistema de seguro; e) quedaron excluidos del estudio Croacia y Grecia, en el primer caso por no disponer de datos consolidados sobre indicadores de intervención sindical debido a su entrada tardía en la UE y en el segundo, por no contabilizar los empleados que no están asegurados por la Social Insurance Foundation (IKA) y que suponen alrededor del 60-70% de los trabajadores.

La investigación se completa con el estudio de los determinantes estructurales y coyunturales que condicionan el impacto de la intervención sindical especializada en salud laboral (apartado 6) centrándonos, en primer lugar, en los límites derivados de la gestión empresarial del sistema científico-técnico de prevención, utilizando procedimientos estadísticos como los ya comentados y, centrándonos finamente en los efectos sobre la materia de la reforma laboral de 2012.

3. La construcción (inacabada) de un sistema de gestión integral (científico-técnico y social) de la salud laboral en España

Los procesos de industrialización, el desarrollo de la economía de mercado y la creciente expansión urbana iniciados a finales del siglo XIX, explican la aparición de nuevas patologías laborales en nuestro país y la necesidad de dar respuesta a las demandas que en dicho ámbito presentan las primeras organizaciones obreras, con el apoyo de los movimientos higienistas, orientadas a mejorar las condiciones de trabajo derivadas de la elevada exposición a todo tipo factores de riesgo físico-químicos y por el establecimiento de una política de compensación económica por los daños de etiología laboral.

Esta primera fase se caracteriza por dos hitos fundamentales. El primero fue la aprobación en 1900 de la *Ley Dato* sobre Accidentes del Trabajo, que recogía los principios de responsabilidad patronal e industrial y el de riesgo profesional, reconociendo por primera vez el derecho de los trabajadores a ser indemnizados como consecuencia de las lesiones sufridas en el ejercicio de su actividad laboral. Por su parte, la dirección empresarial cubría a través de pólizas con compañías de seguros, como si se tratara de un gasto más de explotación, los costes de dicha indemnización (Rodríguez y Menéndez, 2006: 82). Esta nueva ley fue pronto objeto crítica por parte de las organizaciones obreras, por cuanto consideraban que la intervención de los médicos responsables de determinar si la lesión sufrida por el trabajador era considerada o no accidente laboral y establecer el grado de la lesión que determinaba la indemnización que tenía derecho a percibir el trabajador, estaba fuertemente fiscalizada por la dirección empresarial y las compañías de seguros, con la consiguiente infraestimación de los accidentes de trabajo (Bernabeu, et al., 2000: 71-73). Pese a los intentos de resolver dicha problemática, esta se ha perpetuado hasta la actualidad, ya que, el sistema de seguro de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo se ha establecido a través de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPs) que siguen teniendo un claro sesgo hacia los intereses

empresariales, en tanto que las empresas son precisamente las que se proveen de sus servicios (Rodrigo, 2007).

Paralelamente se fijaban las bases que más tarde configurarían el sistema de seguridad social (asistencia sanitaria, acceso farmacológico, prestaciones económicas) y se iniciaba el proceso de institucionalización del sistema de prevención, en pase a los informes y recomendaciones del Instituto de Reformas Sociales (1903) y el Instituto Nacional de Previsión que se concretarían inicialmente en el Reglamento General de Seguridad e Higiene en el trabajo de 1906 y la creación, aquel mismo año, del Cuerpo Técnico de Inspectores de Trabajo que tenía como finalidad la vigilancia, control y, en su caso, sanción a las empresas infractoras, así como la creación de un registro estadístico de accidentes de trabajo.

La Guerra Civil frenó el proceso de consolidación de un sistema efectivo de prevención de accidentes y enfermedades profesionales, así como cualquier forma de participación obrera en la gestión de la seguridad y salud laboral durante los siguientes 40 años de dictadura (García y Benavides, 2014: 68) durante los que los esfuerzos se centraron en fortalecer la esfera asistencial y recuperadora institucionalizando la medicina del trabajo, creando a tal efecto en 1944 el Instituto Nacional de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo y con posterioridad los Servicios Médicos de Empresa (SME) encargados en los centros de trabajo tanto del ámbito asistencial como el ámbito científico-técnico de la prevención, al tiempo que, con la destrucción del movimiento sindical, se bloqueaba la dimensión social de cualquier estrategia de prevención, con el resultado de situar a nuestro país entre los de mayor siniestralidad laboral, al menos hasta 1971 en que se aprueba el primer Plan Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, que tenía como finalidad dotar a las empresas de los medios humanos y técnicos para desde una visión interdisciplinar fortalecer el sistema preventivo, iniciando una lenta reducción de los accidentes de trabajo (Cerón, 2011).

Mientras tanto, a nivel europeo se planteaba el compromiso genérico de avanzar hacia un sistema integral de prevención, desde la misma acta fundacional de la Comunidad Económica Europea que, en el *Tratado de Roma* de 1957, instaba a los países miembros a colaborar para mejorar la protección de los trabajadores contra los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (art. 118), aunque de forma excesivamente subsidiaria respecto de los objetivos de crecimiento económico. (Camas, 2003; Igartua, 2015).

La publicación en 1972 del *Informe del Comité Robens*⁶ representó un paso decisivo en el desarrollo de una cultura integral de prevención y gestión de riesgos laborales que, en base a la participación autorregulada en las empresas por los trabajadores y sus representantes, permita articular sus diferentes dimensiones y ámbitos de intervención (legal, técnico y social).

Dos años más tarde, el *Programa Internacional para la Mejora de las Condiciones del Ambiente de Trabajo* (PIACT) de la OIT abogaba también por una visión holística para mejorar los sistemas preventivos, añadiendo la propuesta de una configuración tripartita del sistema, partiendo de una regulación centralizada en la que las instituciones estatales y los agentes sociales más representativos deben participar en el diseño de las políticas nacionales de protección de la seguridad y e higiene en el trabajo (Camas, 2003:64), para su posterior adaptación y aplicación en las empresas.

⁶ Robens Report, *Safety and health at work*. Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, Londres, 1972

A nivel comunitario las primeras normativas sobre la materia aparecen ya en los años ochenta, tales como la Directiva 80/1107 /CEE del Consejo, de 27 de noviembre de 1980, sobre riesgos químicos, físicos y biológicos, aprobada tras identificar las autoridades europeas cómo las organizaciones empresariales ocultaban datos sobre el cáncer que producían algunas sustancias químicas (Vogel, 2015). Otra de las aportaciones relevantes de este período fue la Directiva 82/501/CEE sobre accidentes laborales graves, aprobada tras dos de los mayores catástrofes registradas hasta entonces en la Unión Europea: la de Flixborough (Reino Unido) en 1974, en la que como consecuencia de una explosión en una central térmica murieron 28 trabajadores y 36 heridos graves y, la segunda, en Seveso (Italia, 1976) en la que la emisión de gases tóxicos de una planta térmica provocó cuantiosos daños personales y ambientales (Vierendeels, et al., 2011). Esta primera etapa reguladora se caracterizó por la orientación eminentemente técnica, reactiva y descoordinada de las aportaciones europeas en materia de salud laboral, que pese a mejorar las condiciones de trabajo resultaba insuficiente para reducir sensiblemente los índices de siniestralidad (James y Walters, 2002; Vogel, 2015).

En nuestro país, la recuperación de la democracia supuso la apertura de una nueva etapa también en la regulación normativa de las relaciones laborales, incluyendo la prevención de riesgos, partiendo de la Constitución de 1978, cuyo artículo 40.2 reconocía como uno de los derechos programáticos la seguridad e higiene en el trabajo, hasta el Estatuto de los Trabajadores (ET, 1980) y La Ley Orgánica de Libertad Sindical (LOLS, 1985), que establecían, asimismo, el *doble canal* de representación de los trabajadores en las empresas (Beneyto et al. 2016: 32), otorgando competencias a la representación unitaria y sindical para vigilar y controlar el cumplimiento de las normas de prevención.

Sin embargo, el punto de inflexión en materia de salud laboral se produjo con la incorporación en 1986 a la Unión Europea que, poco después, aprobaría la Directiva-Marco 89/391-CEE⁷ (DM) de obligado cumplimiento por los estados miembros, ratificada en nuestro caso con cinco años de retraso, con la promulgación de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)⁸ que derogaba disposiciones de la época franquista vigentes hasta entonces.

Desde entonces la DM y la LPRL han ido configurando un sistema de gestión de prevención en el que deben coexistir de forma equilibrada y complementaria tanto el conocimiento técnico como la intervención social, ya que, una acción preventiva para identificar y eliminar los factores de riesgo laboral no puede recaer únicamente sobre expertos, sino que requiere estrategias de participación laboral y activación cultural (Boix y Voguel, 2000: 192).

Este nuevo sistema de gestión integral científico-social, centrado en la activación cultural de la prevención a través de mecanismos participativos especializados⁹ ha

⁷ Directiva 89/391 del Consejo, de 12 de junio, relativa a la aprobación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (DOCE, nº 183) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-1989-80648>

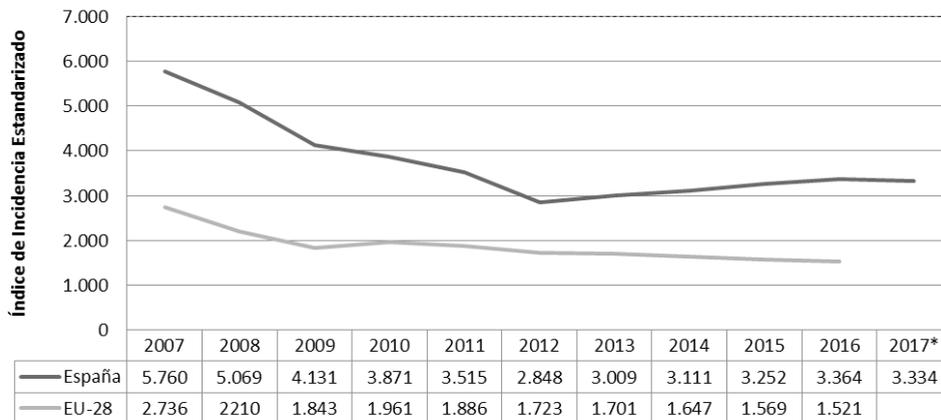
⁸ Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales (BOE, nº 269) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>

⁹ “Los representantes de los trabajadores que tengan una función específica en materia de protección de la seguridad y de la salud de los trabajadores, tendrán derecho a solicitar del empresario que tome las medidas adecuadas y a presentarle propuestas en ese sentido para paliar cualquier riesgo para los trabajadores y/o eliminar las fuentes de riesgo” (Art. 11.3 de la *Directiva Marco*)

tenido un importante impacto en la reducción constante y sostenida de los índices de incidencia (accidentes de trabajo con baja laboral por cada 100.000 trabajadores) en los principales países europeos desde hace décadas, independientemente del ciclo económico, tal y como acreditan numerosas investigaciones en la materia (Reilly, et al., 1995; Walters y Nichols, 2007; Coutrot, 2009; Robinson y Smallman, 2013; Payá y Beneyto, 2018). Asimismo, la sindicalización de la representación de los trabajadores ha operado como un factor decisivo en relación tanto a la eficacia genérica de su intervención en los proyectos de salud laboral (James y Walters, 2002) como en la influencia proactiva que ejerce sobre otras dimensiones de la misma (implicación empresarial, modelos de gestión, Inspección de Trabajo), como ponen de manifiesto diversos estudios de caso referidos a sectores, países y factores diferentes (Gillen et al, 2002; Shaw y Turner, 2003; Tompa, et al., 2007; Koster, et al., 2011; Levine, et al., 2012)

Pese a todo, el caso español sigue registrando índices de siniestralidad superiores a la media europea al tiempo que presenta una evolución significativamente diferente (*gráfica 1*), resultando mucho más sensible a las oscilaciones del ciclo económico (Castejón y Crespan, 2007: 51-52). De hecho, los datos oficiales correspondiente al último período muestran cómo la reducción de la tasa de accidentes de trabajo iniciada en el año 2000 sufrió una ralentización con el inicio de la crisis económica en 2008, experimentando una inflexión al alza a partir de 2012 coincidiendo con la reforma laboral, y experimentando desde entonces y hasta finales de 2017 un incremento del 17,1%, siguiendo una tendencia radicalmente opuesta a la de la Unión Europea cuya tasa es prácticamente la mitad de la española y ha seguido reduciéndose durante estos años.

Gráfica 1. Evolución del índice de incidencia en España y EU-28 (2007-2017)



Fuente. Ministerio de Empleo y Eurostat (*) Datos provisionales

Del análisis de dicho proceso se deduce que los factores que sitúan a España entre el grupo de países con más accidentes de trabajo de Europa operan en torno a dos ejes. Por un lado, pone de manifiesto que el sistema de gestión preventiva derivado de la aplicación de la LPRL no está siendo eficaz y existen desequilibrios entre las esferas científico-técnica y social (Castejón y Crespan, 2007: 53) y, por otro, que la

agresiva desregulación del mercado de trabajo y de las relaciones laborales, con el consiguiente aumento de la precariedad contractual, debilitamiento de las instituciones de participación de los trabajadores y reducción de la cobertura y eficacia de la negociación colectiva provocada por la reforma laboral de 2012 (Alós, et al., 2017) ha tenido una influencia decisiva en el repunte de los accidentes de trabajo (Boix y Vogel, 2009; Garcia et al., 2015; Linares y López, 2016).

4. Representación sindical y participación de los trabajadores en seguridad y salud laboral

El capítulo V de la LPRL regula los derechos de “consulta y participación de los trabajadores en materia de seguridad y salud laboral” y en sus artículos 33.2 y 34.2 se establece que el ejercicio de tales derechos será ejercido por los trabajadores a través del sistema de representación orgánica, colectiva y representativa *específicos* creados a tal efecto en las empresas o centros de trabajo que cuenten con seis o más trabajadores. Nos referimos, a los delegados de prevención que según el artículo 35.2 de la LPRL serán designados *por y entre* la representación unitaria, es decir, los delegados de personal, que a su vez, podrán formar parte del Comité de Seguridad y Salud, órgano colegial y paritario constituido en las empresas que cuenten con 50 o más trabajadores (art. 38.1). Así pues, este nuevo y específico sistema de representación se construye sobre el de *representación general* de los trabajadores (delegados de personal y comités de empresa) regulado por los artículos 62 y 63 del ET y, por extensión, presenta fortalezas y debilidades similares al modelo de *doble canal* de representación, asociativo (afiliación sindical directa) y electivo (representación delegada) del sistema de relaciones laborales español.

Este modelo de doble canal de representación gira en torno al eje electoral en los centros de trabajo que cuenten con 6 o más trabajadores (art. 62.1, ET), en un intento de universalizar la cobertura de la intervención sindical y es un ejercicio democrático, por cuanto a estas elecciones para la representación unitaria, que defiende los intereses del conjunto de trabajadores sindicados o no, se presentan candidaturas, habitualmente sindicales, formadas por los empleados de la misma empresa o centro de trabajo, siendo electores los trabajadores con al menos un mes de antigüedad en la empresa. Así pues, a través de este mecanismo de *audiencia electoral* se logra triplicar las bajas tasas de afiliación sindical de nuestro país (entre 16 y 19 por cien de la población asalariada) e, incluso, cuadruplicar su área de *influencia*, habida cuenta que dichas elecciones determinan la representatividad agregada, (art. 6 y 7 de la LOLS), legitimando a los sindicatos más representativos en su ámbito para participar en la negociación colectiva con eficacia *erga omnes*, es decir, de cobertura universal (art. 82.3 del ET), así como en numerosas instituciones públicas (Beneyto, et al., 2016: 32; Jódar, et al., 2018: 17) como la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo regulada por el artículo 13 de la LPRL, con competencias en materia de promoción de la prevención de riesgos laborales, asesoramiento técnico, vigilancia y control.

En cuanto a los resultados globales de la representación unitaria (*tabla 1*) podemos identificar diferentes rasgos y tendencias, destacando, en primer lugar, que se trata de un sistema consolidado, puesto que desde 1978 se han celebrado 12 elecciones con crecientes niveles de cobertura, pese a algunas oscilaciones. En segundo

lugar, cabe señalar que a partir de 1987 tras la aprobación la LOR¹⁰, el sistema se amplió a los funcionarios de la Administración Pública lo que, junto con la modificación de algunas peculiaridades formales (distinta definición de las unidades electorales y distribución de las Juntas de Personal), supuso una expansión considerable de su estructura y eficacia representativas que refleja, desde entonces, tanto los cambios en la estructura económica y ocupacional, como la recomposición interna del movimiento sindical, en períodos que siguen inicialmente los avatares políticos y, después, los ciclos económicos. Así pues, se observa, cómo en el periodo de crisis económica iniciada en 2008 se destruyeron más de tres millones de puestos de trabajo provocado una reducción del 14,7% en el número de representantes sindicales elegidos entre 2007 y 2016, que en los últimos años registraría una significativa recuperación. Dicha tendencia se reproduce en el sistema de prevención especializado, puesto que, según los datos de las dos últimas Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo, la red de centros de trabajo con delegados de prevención paso del 61,1% en el 2011 al 46,1% en 2015, lo que supone una caída de 15 puntos, similar a la experimentada por la representación general. Se estima, que dicha red de delegados de salud laboral en las empresas estaría integrada, en el momento de su máxima expansión anterior a la crisis, por unos 187.000 representantes (Narocki et al, 2011).

Tabla 1. Elecciones sindicales en España (1978-2018)

Año	Total delegados	CC.OO.		UGT		Otros		No afiliados	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1978	193.112	66.540	34,5	41.897	21,7	25.953	13,4	58.725	30,4
1980	164.617	50.817	30,8	48.194	29,3	22.053	13,4	43.553	26,5
1982	140.770	47.016	33,4	51.672	36,7	25.058	17,8	17.024	12,1
1986	175.363	59.230	33,8	69.427	39,6	33.998	19,4	12.708	7,2
1990	237.261	87.730	36,9	99.737	42,0	41.387	17,4	8.407	3,5
1995	204.586	77.348	37,8	71.112	34,7	49.495	24,2	6.631	3,2
1999	260.285	98.440	37,8	96.770	37,2	57.006	21,9	8.969	3,1
2003	283.075	110.208	38,9	103.805	36,7	69.062	24,4	--	--
2007	312.017	122.079	39,1	114.973	36,8	74.965	24,0	--	--
2012	305.200	114.505	37,5	107.983	35,4	76.834	25,2	5.878	1,9
2016	266.103	95.423	35,8	86.344	32,4	78.753	29,6	5.583	2,1
2018	269.273	96.098	35,7	87.941	32,7	85.234	31,6	---	--

Fuente: Ministerios de Trabajo y AAPP para los datos de 1978 a 1990, SIGIS-CCOO, para las restantes convocatorias.

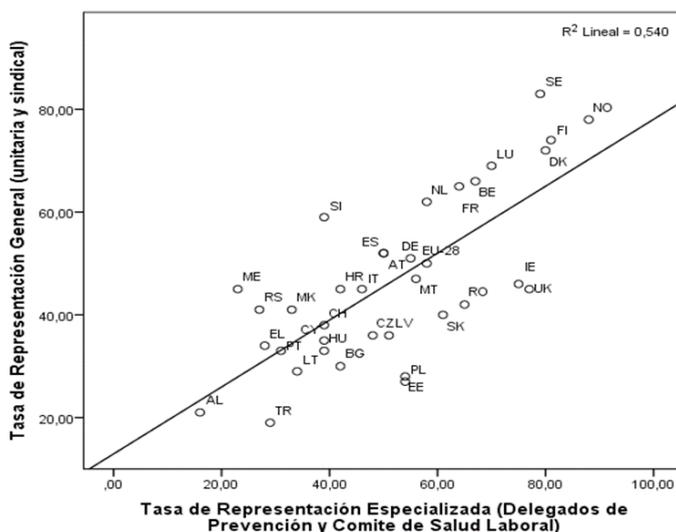
Por último, la evolución de las elecciones muestra una elevada sindicalización de la representación unitaria, en tanto, que se habría pasado de 58.725 (30,4% del total) delegados de personal electos sin vinculación a listas sindicalizadas en las primeras elecciones de 1978, a tan sólo, 5.583 (2,1%) delegados no afiliados en 2016, al tiempo que aumentaba la concentración de la representatividad en torno a CC.OO. y UGT que acumulan más de dos tercios del total de los delegados electos.

De forma paralela, la encuesta de delegados de prevención, realizada en 2004 por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), informaba que el 89,3

¹⁰ Ley 9/1987, de 12 de junio, de Órganos de Representación, Determinación de las condiciones de trabajo y Participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1987-14115>

% de los delegados de prevención pertenecían a algún sindicato (García et al. 2004), confirmando que la representación sindical a través de mecanismos de audiencia electoral consigue no solo mejorar la cobertura de representación general¹¹, sino también, la especializada en salud laboral, ya que, los datos muestran una relación bidireccional entre representación sindical y afiliación, es decir, la representación sindical tanto general y especializada en el centro de trabajo influirá de manera positiva en mayores tasas de sindicalización, y a la inversa, a mayor afiliación sindical, más probable es que existan delegados de personal y de prevención (Köler y Calleja, 2011; Jódar, et al., 2018), lo que a su vez, supone un aumento del poder asociativo y organizativo de los sindicatos (García-Calavia y Rigby, 2016), tanto en la representación general como en la especializada. Dicha correlación puede observarse igualmente en el resto de modelos de relaciones laborales europeos (*gráfica 2*), pese a sus diferentes niveles de cobertura.

Gráfica 2. Correlación de la representación sindical y de los delegados/comités de salud laboral en EU-28



Fuente. Eurofound (2016), *6th European Working Conditions Survey*. Elaboración propia.

Con todo, cabe señalar como una de las principales limitaciones del modelo que la LPRL solo amplía las funciones de representación general y no crea en realidad un nuevo órgano de representación (Sala-Franco, 2014:200), pues si, por una parte, garantiza la expansión de su cobertura, por otra provoca solapamientos y acumulación de tareas representativas en las mismas personas, especialmente en las empresas más pequeñas, que disponen de un solo crédito horario para el desarrollo de sus dos funciones (art. 68 del ET y 37.1 de la LPRL), salvo que se establezca uno específico

¹¹ Según la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (ECVT) realizada por el Ministerio de Trabajo desde 1999 e interrumpida en 2010, sitúa la cobertura directa del sistema de representación sindical en el 47,4% sobre el total de la población asalariada, alrededor de 6,5 millones de trabajadores.

a través de mecanismos de influencia en la negociación colectiva, tal y como tendremos ocasión de comprobar más adelante.

5. Impacto de la representación especializada en seguridad y salud laboral

Conforme al diseño de nuestra investigación procederemos ahora a evaluar el impacto de la intervención de los representantes de los trabajadores en materia de salud laboral, a través de la activación de las diferentes dimensiones de la gestión preventiva, tanto científico-técnicas como sociales.

4.1. Relación entre intervención de los delegados de prevención y activación del sistema científico-técnico

En el primer caso, el artículo 16 de la LPRL establece tres de los elementos esenciales para la gestión de la prevención de riesgos en la empresa. Por un lado, las organizaciones deben elaborar un plan de prevención en el que se definan las funciones y responsabilidades, los recursos materiales y humanos necesarios y la política de salud laboral. Por otro lado, se regula la obligatoriedad de identificar y evaluar los riesgos para evitarlos, combatirlos y prevenirlos (art. 15 LPRL) y establecer a través de la planificación preventiva, los recursos necesarios para desarrollar acciones concretas derivadas de la evaluación con objeto de eliminar y/o reducir dichos riesgos. Además, la evaluación y la planificación preventivas son elementos vivos y dinámicos, que deben revisarse cuando se produzca una variación de las condiciones de trabajo (introducción de nuevas tecnologías, procesos productivos, sustancias químicas, etc.) o tras superarse el riesgo y registrado un accidente de trabajo, en cuyo caso, deberán investigarse sus causas y reevaluar el correspondiente sistema preventivo.

Los resultados de nuestra investigación (*tabla 2*), ponen de manifiesto cómo en los centros de trabajo que disponen de delegados de prevención (DP) los sistemas científico-técnicos se encuentran integrados con mayor probabilidad. En concreto, se ha observado una mayor prevalencia en la elaboración de planes de prevención (ORa= 4,39; 3,66-5,28), la evaluación de riesgos (5,59; 4,31-7,24) tanto en la identificación de los considerados tradicionales (1,87; 1,55-2,27 en los factores de riesgo de seguridad; 1,60; 1,36-1,88 en los físicos; 1,35; 1,15-1,58 químicos; y 1,33; 1,14-1,55 biológicos) como respecto de los nuevos y emergentes (1,74; 1,45-2,08 en los ergonómicos; y 1,49; 1,26-1,75 en los psicosociales), así como en la planificación de la acción preventiva (3,38; 2,90-3,96) en los centros de trabajo que cuentan con representación especializada, frente aquellas que no disponen de sistemas de representación.

Tabla 2. Centros de trabajo que cumplen la LPRL (I)
(Prevalencias y *odds ratio* crudos y ajustados por tamaño y rama de actividad)

Indicadora	Sin DP	Con DP	OR ^c (IC95%)	OR ^d (IC95%)
	N(%) ^b	N(%) ^b		
Sistema general de gestión de la PRL en empresa (art.16.1)				
Elaboración del Plan de prevención	2.088 (60,8)	1.198 (88,5)	4,96 (4,14-5,95) ^g	4,39 (3,66-5,28) ^g
Asignación a los responsables jerárquicos de la obligación de incluir la prevención en todas las decisiones que adopten	1.042 (32,2)	739 (57,2)	2,82 (2,47-3,22) ^g	2,38 (2,10-2,69) ^g
Evaluación inicial de riesgos (art.16.2.a.)				
Se ha realizado la evaluación de los riesgos	2.213 (71,8)	1.131 (94,3)	6,45 (4,99-8,32) ^g	5,59 (4,31-7,24) ^g
Aspectos incluidos en la evaluación inicial de riesgos (art.16.2.a)				
Seguridad de las máquinas, equipos, materiales e instalaciones de trabajo	2.259 (74,7)	1.020 (86,4)	2,16 (1,79-2,60) ^g	1,87 (1,55-2,27) ^g
Sustancias o productos químicos peligrosos, nocivos o tóxicos	1.950 (65,4)	847 (73,9)	1,50 (1,29-1,74) ^g	1,35 (1,15-1,58) ^g
Posturas de trabajo, esfuerzos físicos y movimientos repetitivos	2.225 (73,7)	1.007 (84,7)	1,97 (1,65-2,35) ^g	1,74 (1,45-2,08) ^g
Agentes biológicos (bacterias, protozoos, virus, hongos y parásitos)	1.847 (62,3)	789 (69,5)	1,38 (1,19-1,60) ^g	1,33 (1,14-1,55) ^g
Agentes físicos (ruido, vibraciones, radiaciones, temperatura y humedad, etc.)	1960 (65,8)	901 (77,9)	1,83 (1,56-2,15) ^g	1,60 (1,36-1,88) ^g
Diseño del lugar de trabajo (mobiliario, espacio, superficies, etc.)	2.173 (71,1)	917 (77,8)	1,43 (1,22-1,67) ^g	1,28 (1,09-1,51) ^g
Aspectos psicosociales y organizativos (horario, pausas, ritmo, estrés, etc.)	2.044 (68,2)	884 (77)	1,56 (1,33-1,82) ^g	1,49 (1,26-1,75) ^g
Revisión de la evaluación de riesgos (art. 16.2.a)				
Introducción de nuevos equipos de trabajo	641 (30,6)	582 (53,2)	2,58 (2,22-3,00) ^g	2,48 (2,12-2,90) ^g
Nuevas sustancias o preparados químicos	206 (9,9)	229 (21,5)	2,48 (2,02-3,04) ^g	2,19 (1,77-2,72) ^g
La modificación en el acondicionamiento de los lugares de trabajo	610 (28,8)	495 (45,6)	2,07 (1,78-2,41) ^g	1,82 (1,55-2,13) ^g
El cambio de las condiciones de trabajo	397 (19,1)	365 (33,7)	2,15 (1,82-2,54) ^g	1,76 (1,47-2,09) ^g
La incorporación de un trabajador especialmente sensibles	173 (8,3)	199 (18,5)	2,50 (2,01-3,11) ^g	2,17 (1,73-2,73) ^g
Se han producido daños para la salud (accidentes y/o enfermedades)	175 (8,4)	248 (23)	3,25 (2,63-4,01) ^g	2,50 (2,01-3,12) ^g
Cuando se aprecia, a través de los controles periódicos, que las actividades de prevención no son adecuadas o son insuficientes	382 (18,4)	296 (27,4)	1,67 (1,40-1,99) ^g	1,49 (1,24-1,78) ^g
Actividades preventivas para eliminar o reducir y controlar tales riesgos (art. 16.2.b)				
Planificación de la actividad preventiva	1.802 (53,4)	1.105 (81,5)	3,84 (3,30-4,48) ^g	3,38 (2,90-3,96) ^g
Establecimiento de prioridades y controles de eficacia de las actividades preventivas	1.365 (41,7)	869 (65,9)	2,71 (2,37-3,09) ^g	2,45 (2,13-2,81) ^g
Daños para la salud de los trabajadores (art. 16.3.)				
Investigación de accidentes de trabajo	1.055 (32,6)	719 (54,6)	2,48 (2,17-2,82) ^g	1,97 (1,72-2,26) ^g

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

a Se excluyeron los «no sabe» y los «no contesta».

b Número (%) de centros de trabajo con o sin delegados de prevención que cumplen con los criterios establecidos por la LPRL.

c ORc: odds ratio crudo. Existencia de delegados de prevención frente a los centros de trabajo que no disponen de representación.

d ORa: odds ratio ajustada por el tamaño del centro de trabajo y la rama de actividad de la empresa.

e P<0,05.; f P<0,01.; g P<0,001.

Fuente: Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas (ENGE, 2009). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Elaboración propia.

Además del sistema de gestión de seguridad y salud laboral, la LPRL regula una serie de derechos individuales de los trabajadores claves para la reducción de las lesiones por accidente de trabajo, tales como la obligación empresarial de informar y formar a los trabajadores respecto a los riesgos laborales a los que están expuestos y las medidas a adoptar en caso de emergencia (art. 18 y 19 de la LPRL, respectivamente); reconocimientos médicos (art. 22 de la LPRL) para identificar si su estado de salud es compatible con los riesgos identificados y, en su caso, establecer medidas

de prevención adicionales o cambiar de puesto a aquellos trabajadores que resulten especialmente sensibles (art. 25 de la LPRL). Como en el caso anterior, la presencia de delegados de prevención en los centros de trabajo genera también un impacto positivo en el cumplimiento de tales de derechos (*tabla 3*) de información (ORa= 2,18; 1,87-2,53), formación (2,13; 1,84-2,47) y vigilancia de la salud (3,93; 3,11-4,92).

Tabla 3. Centros de trabajo que cumplen la LPRL (II)
(Prevalencias y *odds ratio* crudos y ajustados por tamaño y rama de actividad)

Indicador ^a	Sin DP	Con DP	ORc ^c (IC95%)	ORa ^d (IC95%)
	N(%) ^b	N(%) ^b		
Actividades relacionadas con derechos individuales				
Información de riesgos laborales y de las medidas adoptadas (art.18.1.)	1.974 (58,8)	1.067 (78,3)	2,53 (2,19-2,93) [§]	2,18 (1,87-2,53) [§]
Formación en materia de seguridad y salud en el trabajo (art.19)	1.950 (57,8)	1.049 (77,1)	2,46 (2,13-2,84) [§]	2,13 (1,84-2,47) [§]
Realización de un reconocimiento médico en el último año (art.22)	2.775 (76,4)	1.349 (93,7)	4,58 (3,66-5,74) [§]	3,91 (3,11-4,92) [§]
Medidas de emergencia (art. 20)				
Elaboración de un plan de autoprotección	948 (29,5)	659 (50,7)	2,46 (2,16-2,81) [§]	1,28 (1,09-1,51) [†]
Definición de las medidas de emergencia	1.704 (51,2)	923 (69,1)	2,13 (1,86-2,44) [§]	1,33 (1,14-1,55) [§]
Prácticas derivadas del plan de emergencia (simulacros de evacuación...)	762 (23,4)	599 (45,1)	2,69 (2,36-3,08) [§]	1,60 (1,36-1,88) [§]
Coordinación de actividades empresariales (art. 24)				
Existencia del Coordinador de actividades preventivas	156 (28,5)	88 (29,3)	1,04 (0,77-1,42)	1,03 (0,75-1,43)
Intercambio de información preventiva entre las empresas concurrentes	249 (45,4)	195 (63,5)	2,07 (1,56-2,76) [§]	1,86 (1,38-2,50) ^e
Reuniones periódicas entre las empresas concurrentes	178 (32,5)	98 (32,7)	1,00 (0,74-1,35)	0,96 (0,70-1,31)
Impartición de instrucciones conjuntas adecuadas a los riesgos existentes	178 (32,5)	145 (48,2)	1,92 (1,44-2,56) [§]	1,67 (1,23-2,25) [§]
Establecimiento de medidas y procedimientos preventivos de forma conjunta	166 (30,4)	141 (46,8)	2,01 (1,50-2,69) [§]	1,92 (1,42-2,59) [§]

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

a Se excluyeron los «no sabe» y los «no contesta».

b Número (%) de centros de trabajo con o sin delegados de prevención que cumplen con los criterios establecidos por la LPRL.

c ORc: odds ratio crudo. Existencia de delegados de prevención frente a los centros de trabajo que no disponen de representación.

d ORa: odds ratio ajustada por el tamaño del centro de trabajo y la rama de actividad de la empresa.

e P<0.05.; † P<0.01.; § P<0.001.

Fuente: Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas (ENGE, 2009). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Elaboración propia.

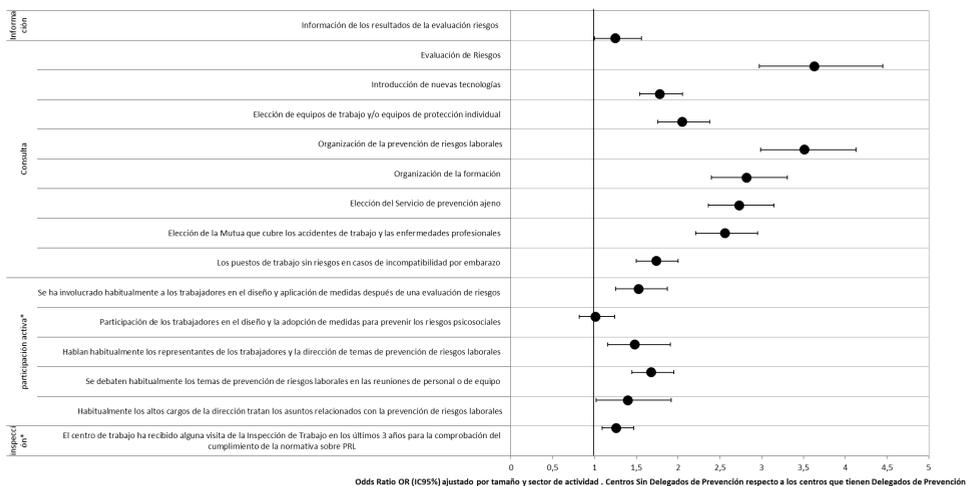
Finalmente, se registra también un impacto positivo de la representación especializada en la elaboración de planes de emergencia y autoprotección (1,28; 1,09-1,51) así como en la realización de simulacros (1,60; 1,36-1,88) y acciones conjuntas a través de mecanismos de coordinación preventiva. (1,92; 1,42-2,59).

4.2. Relación entre intervención de delegados de prevención y activación del sistema socio-cultural

Tras constatar cómo la representación especializada tiene un importante impacto sobre la dimensión científico-técnica de la prevención de riesgos laborales, analizaremos seguidamente su influencia sobre la activación cultural del sistema social en el proceso de evaluación y planificación preventiva.

Los resultados obtenidos en el curso de nuestra investigación (*gráfica 3*) muestran que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los centros de trabajo que disponen representantes especializados electos y el cumplimiento del derecho de *información* (ORA: 1,25; 0,99-1,25) ya que, en torno al 85% de los trabajadores son receptores pasivos de información generalista sobre los riesgos del puesto de trabajo con independencia de la existencia o no de representación. Ahora bien, el impacto de los delegados de prevención, se produce en los niveles de decisión compartida más específicos y relacionado con el derecho de *consulta* (art. 33 de la LPRL): la evaluación de riesgos (3,63; 2,97-4,45); la elección de nuevas tecnologías (1,78; 1,54-2,05), nuevos equipos de trabajo y de protección individual (2,05; 1,76-2,38); la organización de la gestión de la prevención en la empresa (3,51; 2,99-4,13) o la organización de la formación (2,82; 2,40-3,31), así como la elección del servicio de prevención ajeno (SPA) (2,73; 2,36-3,15) o la MATEP (2,56; 2,21-2,95).

Gráfica 3. Ejercicio de los derechos de información, consulta y participación en materia de PRL



Fuente: Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas (ENGE, 2009) y (ESENER-2 – España, 2014 *). INSH. Elaboración propia.

ORA: odds ratio ajustados. Existencia de delegados de prevención frente a los centros de trabajo que no disponen de representación ajustado por el tamaño del centro de trabajo y la rama de actividad de la empresa.

Sin embargo, pese a que la consulta garantiza el derecho de los trabajadores y sus representantes a ser oídos, lo cierto es que el empresario puede rechazar sus propuestas de forma motivada (art. 36.4 LPRL), por lo que es la *participación* prospectiva la que proporciona mejores resultados en seguridad y salud laboral (Robinson y Smallman, 2013). En este sentido, los datos derivados de nuestra investigación muestran cómo la intervención de los delegados de prevención garantiza con mayor prevalencia que los trabajadores sean involucrados habitual-

mente en el diseño y aplicación de medidas de prevención tras su identificación en la evaluación de riesgos (1,53; 1,25-1,87) y se debata en las reuniones de personal y de equipo las cuestiones referidas a la prevención de los riesgos laborales tradicionales (1,40; 1,02-1,92), mientras que dicho impacto positivo no se registra respecto de los psicosociales. Es posible, que la baja cobertura formativa existente en la materia explique dicha situación, en tanto que, los resultados de la encuesta ESENER-2, muestran como el 80% de los trabajadores y sus representantes han sido formados en temas relacionados con la seguridad e higiene industrial, mientras que para los riesgos psicosociales dicha tasa de cobertura no llega al 50%.

La presencia de delegados de prevención en los centros de trabajo, además de garantizar los derechos de información, consulta y participación de los trabajadores, contribuye asimismo a un cambio en el comportamiento de los altos cargos de la empresa, (Shaw y Turner, 2003) que, como pone de manifiesto nuestra investigación se involucran más en los asuntos relacionados con la prevención de riesgos (1,26; 1,09-1,47) e interaccionan regularmente con los representantes de los trabajadores sobre tales cuestiones (1,48; 1,16-1,91) consolidando de esta manera el sistema socio-cultural en salud laboral.

Por otra parte, estudios internacionales han identificado una relación inversa entre la fortaleza de la Inspección de Trabajo y la reducción de la accidentabilidad laboral, en tanto que las acciones de vigilancia, control y sanción realizadas, evitan o limitan, el incumplimiento de las obligaciones preventivas (Tompa, et al., 2007; Levine, et al., 2012). Sin embargo, la Inspección de Trabajo y de la Seguridad Social (ITSS) presenta en nuestro país importantes déficits que lastran la eficacia de su intervención.

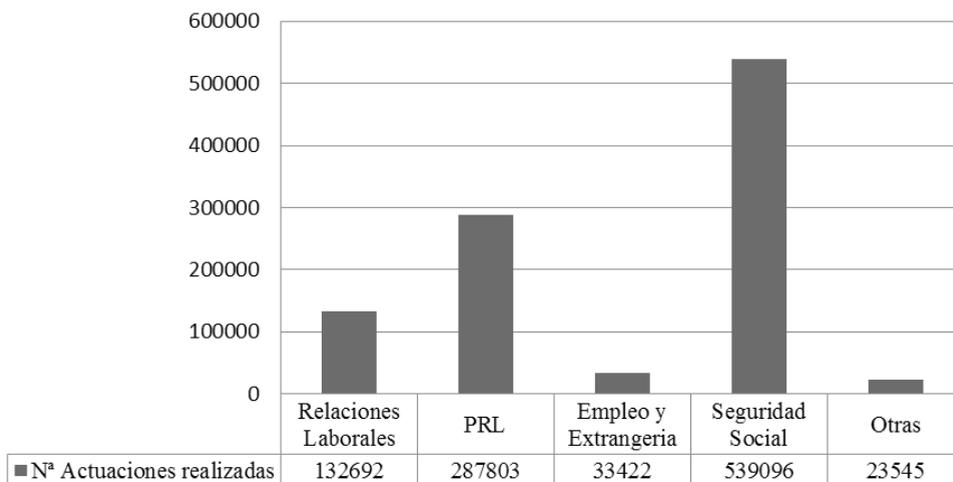
En primer lugar, según el último informe anual de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social de 2016¹², la institución se ha visto debilitada por las políticas neoliberales de austeridad y contención económica, que implicaban una reducción del número de inspectores (de 1.878 inspectores en 2013 a 1.792 en 2016), lo que equivale a rebajar su ya escasa cobertura (un ratio de 10.800 trabajadores aproximadamente por inspector). Desde 2006 se han aprobado varios decretos destinado a reforzar el sistema de vigilancia y control a través de técnicos habilitados por las Comunidades Autónomas (DA 15ª LPRL y Art. 60 RD 138/2000¹³) que, sin embargo, han tenido un alcance limitado (según los registros de finales de 2016 solo existían 156 técnicos habilitados e incluso algunas Comunidades¹⁴ carecían de dichos órganos especializados de control).

¹² Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. *Informe anual de la Inspección de trabajo y la Seguridad Social 2016*. http://www.empleo.gob.es/itss/ITSS/ITSS_Descargas/Que_hacemos/Memorias/Memoria_2016.pdf

¹³ Real Decreto 138/2000, de 4 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (BOE. nº 40) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-3088yp=20180407ytn=1#a30>

¹⁴ Asturias, Canarias, Cantabria y País Vasco carecen de Técnicos habilitados (Informe anual de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social 2016: 21).

Gráfica 4. Actuaciones de la Inspección de Trabajo y de la Seguridad Social diferenciada por materias en 2016



Fuente: Informe anual de la Inspección de trabajo y la Seguridad Social 2016. Ministerio de Trabajo

En segundo lugar, los países del sistema de relaciones laborales mediterráneo (España, Francia, Portugal y Grecia) son los únicos de la Unión Europea que han configurado un sistema de inspección generalista frente a los de carácter especializado en salud laboral, que obliga a los inspectores a abordar tanto cuestiones de prevención de riesgos laborales como otras de orden social, lo que debilita aún más la ITSS, en tanto que solo en el 28 % de las actuaciones realizadas se han tratado cuestiones relacionadas con las seguridad y de salud laboral, mientras que los esfuerzos se han orientado en investigar situaciones de economía sumergida en materia de seguridad social, suponiendo el 53% de las actuaciones realizadas en 2016 (*gráfica 4*).

Además, pese a que a finales del 2016 existían veinticinco unidades provinciales con unidades especializadas de seguridad y salud laboral, lo cierto es que la mayoría de inspectores de trabajo son juristas de profesión y aproximadamente la mitad carecen de formación especializada que los acredite como técnicos de prevención, lo que implica que en muchas ocasiones la actuación de los inspectores se orienten a controlar si se cumple formalmente con los preceptos normativos pero sin profundizar en aspectos técnicos de carácter preventivo (Castejón y Crespán, 2007: 46), contribuyendo objetivamente a la expansión de una “*cultura de cumplimiento*” formal de los créditos legales entre los directivos que dificulta la participación de los trabajadores en una verdadera cultura real de prevención. De hecho, los datos de la encuesta ESENER-2 muestran que el 93% de las empresas implementan las cuestiones en salud laboral para cumplir con los requisitos legales y en menor medida (75% de los casos) para satisfacer las demandas de los trabajadores y sus representantes.

Constatada la debilidad de la institución inspectora, cabe mencionar que los delegados de prevención tienen la capacidad para realizar tareas de vigilancia y control de las condiciones de trabajo (art. 36.2.e LPRL), paralizar la actividad de la empresa en caso de riesgo grave e inminente¹⁵ (art. 21.3 LPRL) y acudir a la ITSS cuando estimen que

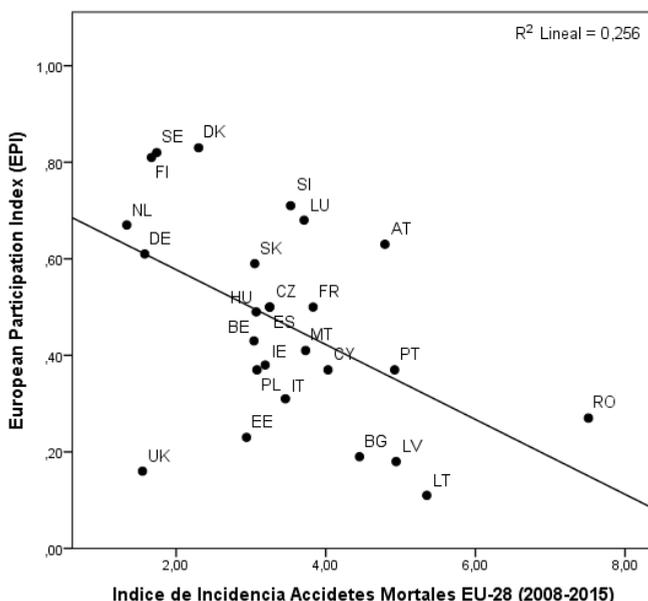
¹⁵ “Se entenderá como «riesgo laboral grave e inminente» aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores.” (Artículo 4.4 LPRL).

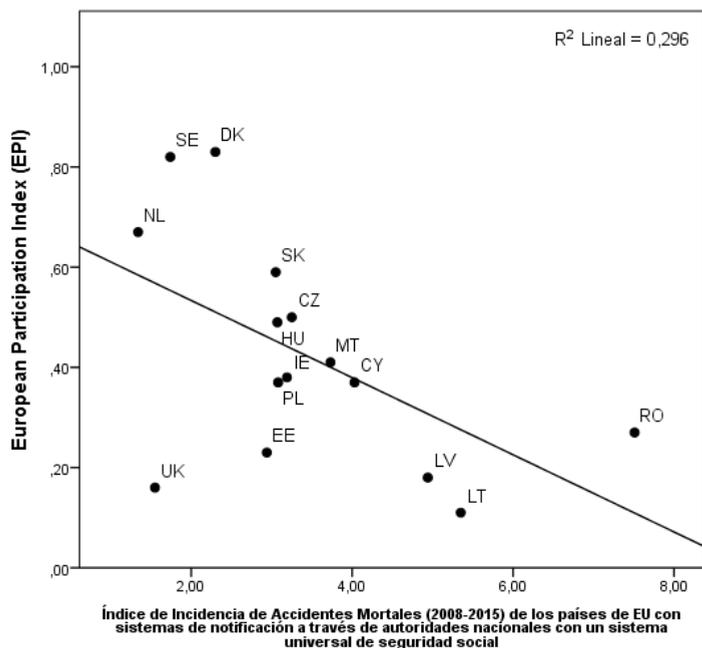
las medidas adoptadas y los medios utilizados por el empresario no son suficientes para garantizar la seguridad y la salud en el trabajo, por lo que dicha representación especializada se convierte en un mecanismo de activación del sistema de vigilancia y control. En este sentido, los resultados de nuestra investigación (*vid. gráfica 3*) muestran cómo en los centros de trabajo con delegados de prevención se recibieron más visitas de la ITSS en los últimos 3 años para la comprobación del cumplimiento de la normativa preventiva frente a los que no disponían de representación ($ORa=1,26; 1,09-1,47$), confirmando el positivo impacto de la intervención sindical tanto en la activación del sistema de gestión científico-técnico y social como del sistema de vigilancia y control.

4.3. Relación entre participación sindical y accidentabilidad laboral

Para evaluar la influencia de la intervención sindical, medida en términos de presencia (tasas de afiliación), audiencia (cobertura de la representación) e influencia (negociación colectiva y participación institucional), en materia de salud laboral y prevención de riesgos hemos procedido a realizar estudios comparados entre los distintos países que integran EU-28, atendiendo a sus diferentes sistemas de relaciones laborales. En concreto, los países de área anglosajona proyectan su fortaleza sindical a través de una sólida base afiliativa en los centros de trabajo mientras que en el área mediterránea y continental se articulan en torno a una alta cobertura de la negociación colectiva y dialogo social tripartito; al tiempo que los países escandinavos presentan una elevada afiliación sindical y una concertación social corporatista (Beneyto et al., 2016: 29). Por todo ello, se eligió, tal y como se ha comentado en el apartado de metodología, el índice EPI, elaborado por el ETUI y que incluye todas las dimensiones de la intervención sindical.

Gráfica 5. Rectas de regresión entre European Participation Index (EPI) y el *índice de incidencia de accidentes mortales EU-28 (2008-2015)*





Fuente: EPI-ETUI y Eurostat. Elaboración propia.

Los resultados de las regresiones realizadas (*gráfica 5*), confirman la existencia de una relación inversa entre participación sindical y el índice de incidencias de accidentes laborales mortales en los países de EU-28 ($R = -0,506$; $P = 0,008$). Además, cuando ajustamos la operación, incluyendo únicamente los países con un sistema de notificación y registro a través de las correspondientes autoridades nacionales (inspección de trabajo), con una cobertura universal del sistema de la seguridad social más estable respecto de posibles sobre o sub estimaciones, la pendiente de regresión es ligeramente superior ($R = -0,544$; $P = 0,036$). Así las cosas, se estima que aquellos estados que disponen de una legislación que garantiza con mayor amplitud los derechos de información, consulta, participación y representación de los trabajadores, una elevada densidad sindical, amplia cobertura en la negociación colectiva y participación institucional, presentan un índice de accidentes mortales inferior en un 30% a la media. Es evidente que los accidentes de trabajo tienen una explicación multicausal, incluyendo las oscilaciones del ciclo económico y la estructura del tejido laboral si bien, como creemos haber demostrado, la intervención de los sindicatos influye positivamente en la seguridad y salud laboral.

5. Límites y determinantes de la intervención sindical en salud laboral

En el curso de la presente investigación, la evidencia empírica ha permitido confirmar la existencia de una relación positiva entre la representación de los trabajadores (general y específica) en los diferentes procesos preventivos, tanto en los sistemas científico-técnico, social y de vigilancia y control como en la reducción de la acci-

dentabilidad laboral. Sin embargo, el efecto combinado de la recesión económica, la desregulación contractual derivada de la reforma laboral y aspectos estructurales de configuración legal del sistema de gestión de la prevención, están debilitando dicha relación, en proporciones y efectos que seguidamente analizamos.

5.1. Límites estructurales del sistema científico-técnico de prevención

La DM comunitaria establece que para integrar la prevención de riesgos laborales los empresarios deben designar uno o varios trabajadores que dispongan de las competencias científico-técnicas adecuadas para realizar las actividades de prevención y en caso de ser insuficientes, de forma subsidiaria, deberán recurrir a personas o servicios ajenos a la empresa (art. 7 de la DM).

Sin embargo, en España, el Real Decreto 39/1997 que aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP)¹⁶ en desarrollo de la LPRL, solo obliga a aquellas empresas que cuenten con más de 500 trabajadores (entre 250 y 500 cuando realicen actividades de elevada peligrosidad¹⁷) a constituir un Servicio de Prevención Propio (SPP) (art. 14 a y b DM). Para el resto de empresas, sobre todo las pymes, los empresarios podrán optar entre integrar la prevención con medios propios (asunción por el propio empresario, designación de uno o varios trabajadores, constitución de un SPP o un servicio de prevención mancomunado SPM) o externos a través de Servicios de Prevención Ajeno (SPA) (art.30.1 LPRL y art. 10 RSP). Incluso, las grandes empresas obligadas legalmente a constituir un SPP, pueden externalizar las actividades preventivas con uno o varios SPA's en tanto que solo deben poseer medios materiales y humanos para integrar dos de las cuatro especialidades preventivas¹⁸ (art. 15.2 y 4 RSP). En este punto, las combinaciones son múltiples puesto que pueden ser compatibles diferentes configuraciones, es decir, un empresario puede designar trabajadores y externalizar con SPA's diferentes modalidades preventivas e incluso contratar con diferentes SPA's cada una de las especialidades, lo que impide la coordinación en la gestión preventiva entre disciplinas.

Consideramos, pues, que la normativa nacional está incumpliendo los preceptos establecidos por la DM por cuanto que no recoge el carácter subsidiario de la integración de la prevención con medios ajenos, como ya han dictaminado en algún caso los tribunales europeos¹⁹. Pese a los pronunciamientos de los jueces, no se ha produ-

¹⁶ Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (BOE. n° 27) <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-1853yp=20151010ytn=1#a14>

¹⁷ Se consideran actividades con elevada peligrosidad las listadas en el anexo I del RSP, tales como, actividades de construcción, sustancias químicas tóxicas, cancerígenas, tóxicas para la reproducción, trabajos riesgo eléctrico de alto voltaje, etc.

¹⁸ El art. 34 c) de la DM define “*las especialidades y disciplinas preventivas de medicina del trabajo, seguridad en el trabajo, higiene industrial, y ergonomía y psicología aplicada.*”

¹⁹ (STJUE de 22 de mayo de 2003, Vliet y Keppel, asunto C-441/01) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:62001CJ0441&from=ES>. Resolución: “*Declarar que el Reino de los Países Bajos ha incumplido las obligaciones que le incumben en virtud del Tratado CE y del artículo 7, apartado 3, de la Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo, al no haber recogido, en su legislación nacional, el carácter subsidiario del recurso a competencias ajenas a la empresa para garantizar las actividades de protección y de prevención de los riesgos profesionales en ésta*”

cido ninguna modificación de la LPRL y del RSP, lo que motivó la presentación de varias iniciativas del grupo parlamentario socialista en 2016²⁰ y 2017²¹.

Esta configuración legal ha derivado en una externalización abusiva de la gestión preventiva, hasta el punto de que el 90,7 % de las empresas en 2016 contrataban SPA's, llegando incluso al 97% en el sector de la construcción (tabla 4). Solo en aquellas que cuentan con 500 o más trabajadores el nivel de externalización se sitúa por debajo del 80%, debido a la obligación legal de constituir un SPP. No obstante, se observa como la mitad de estas grandes empresas no cumplen con el mandato legal, ya que solo el 51,2 % disponen de SPP y, sin embargo, tal y como hemos señalado, todas deberían haberlo constituido.

Los motivos que explican tan altos índices de externalización van desde la ya comentada “cultura de cumplimiento”, generada por el sistema de inspección, que opera como barrera al establecimiento de una cultura participativa, hasta los costes derivados de integrar la prevención con medios propios, derivados de diferentes condiciones establecidas por la normativa correspondiente (Duran, 2001). Por un lado, las empresas que internalizan la prevención deben someterse al control de una auditoría o evaluación externa salvo que tengan menos de 50 trabajadores y no realicen actividades especialmente peligrosas (art.30.6 LPRL y art. 29 RSP) y, por otro, los técnicos de prevención que se integren en el SPP deben tener una dedicación exclusiva y no realizar otro tipo de actividades de la empresa (art. 15 RSP).

Tabla 4. Sistema de integración de la prevención en España^a

	Asunción empresarial	Trabajador/es Designados	SPP	SPM	SPA
TOTAL	14,5	39,7	5,9	2,8	90,7
Tamaño Empresa					
De 5 a 9 trabajadores	18,6	32,7	6,0	2,0	89,0
De 10 a 49 trabajadores	11,0	46,2	5,1	2,6	93,3
De 50 a 249 trabajadores	0,2	61,7	5,9	7,2	92,6
De 250 a 499 trabajadores	0,0	58,2	19,0	19,2	80,7
Más de 499 trabajadores	0,1	46,1	51,2	38,1	64,8
Actividad económica					
Industria	10,7	48,8	5,7	3,5	92,4
Construcción	15,9	45,7	4,1	1,7	97,0
Comercio y reparación de vehículos	15,9	38,1	6,4	1,7	90,4
Transporte y almacenamiento	10,7	36,4	3,4	5,1	93,2
Hostelería	17,4	30,7	6,6	2,6	90,0
Información, comunicaciones, actividades financieras, de seguros e inmobiliarias	11,3	46,8	6,1	6,2	82,4
Actividades profesionales, científicas y técnicas	10,8	46,5	5,1	3,5	88,5
Actividades administrativas y servicios auxiliares	11,4	33,6	4,2	3,6	93,3
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento y otros servicios	19,1	36,0	10,3	1,9	83,1

^a En una misma empresa se pueden señalar uno o más recursos.

Fuente: Encuesta Anual Laboral (EAL) 2016. Ministerio de Trabajo.

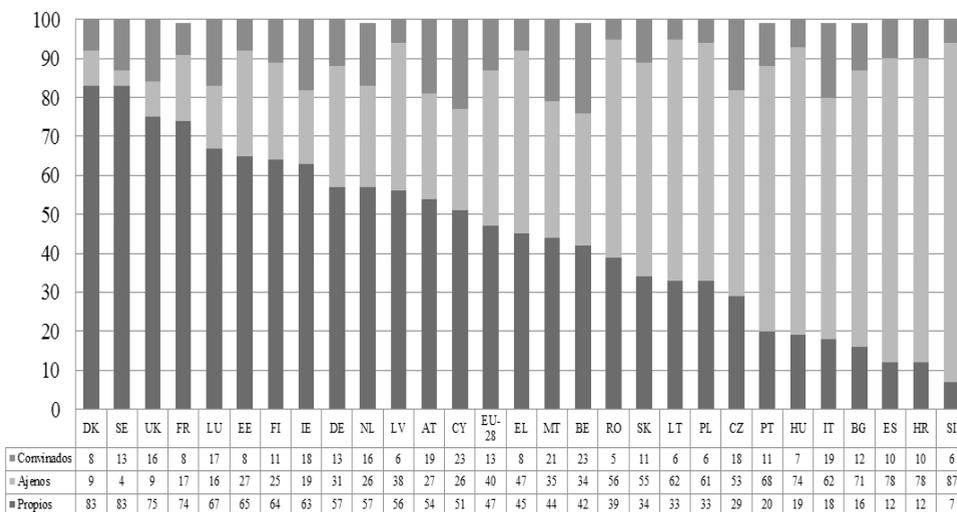
²⁰ Propuesta 2016: https://ws003-universitatpolit.netdna-ssl.com/php_preveccionintegral/sites/default/files/2016_propuestapsoemodificacionlprl.pdf

²¹ Propuesta 2017: https://ws003-universitatpolit.netdna-ssl.com/php_preveccionintegral/sites/default/files/2016_propuestapsoemodificacionlprl.pdf

*La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020*²² ha impulsado políticas públicas tales como *Prevención 10*²³ para hacer frente a dicha problemática, ofertando una plataforma informática que tiene como objetivo asesorar y ayudar a las empresas pequeñas a gestionar la prevención con recursos propios, orientando a que los empresarios asuman personalmente la prevención, cuando cumplan los requisitos estipulados por los artículos 30.5 de la LPRL y 11 del RSP, siendo estos: a) que la empresa tenga 10 trabajadores como máximo o 25 si se encuentran en el mismo centro de trabajo; b) que no realicen actividades especialmente peligrosas; c) que el empresario realice su actividad profesional en el centro de trabajo; d) que el empresario disponga como mínimo, dependiendo de los riesgos del centro, una capacitación de 60 horas que le acredite como técnico de nivel básico; d) la especialidad de medicina preventiva, por cuestiones de confidencialidad, no podrá asumirla personalmente. Pese a los esfuerzos realizados, los resultados de dichas políticas son escasos: si comparamos los datos de la encuesta ENGE de 2009²⁴ y la EAL de 2016 (vid. *tabla 4*) se observa cómo la asunción empresarial solo ha aumentado en un 4,6 %, mientras que la utilización de recursos externos se ha incrementado en un 17,8%.

Por otro lado, los datos proporcionados por la encuesta ESENER-2 permiten comparar a nivel europeo las formas de gestión de la prevención, puesto que se incluye una pregunta referente a quien participa en la elaboración de la evaluación de riesgos, con tres tipos de respuesta (medios propios, ajenos o combinados). Los resultados (*gráfica 6*) muestran la anomalía del sistema español, en el que solo el 12% de las empresas realiza la evaluación con medios propios, muy por debajo de la media europea que se sitúa en un 47% mientras que en los países nórdicos dicha tasa supera el 80%, seguidos por Reino Unido y Francia con un 75% y 74% respectivamente.

Gráfica 6. Tasa de centros de trabajo que realizan principalmente la evaluación de riesgos con medios propios, ajenos o combinados.



Fuente: European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2). European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA, 2014). Elaboración Propia.

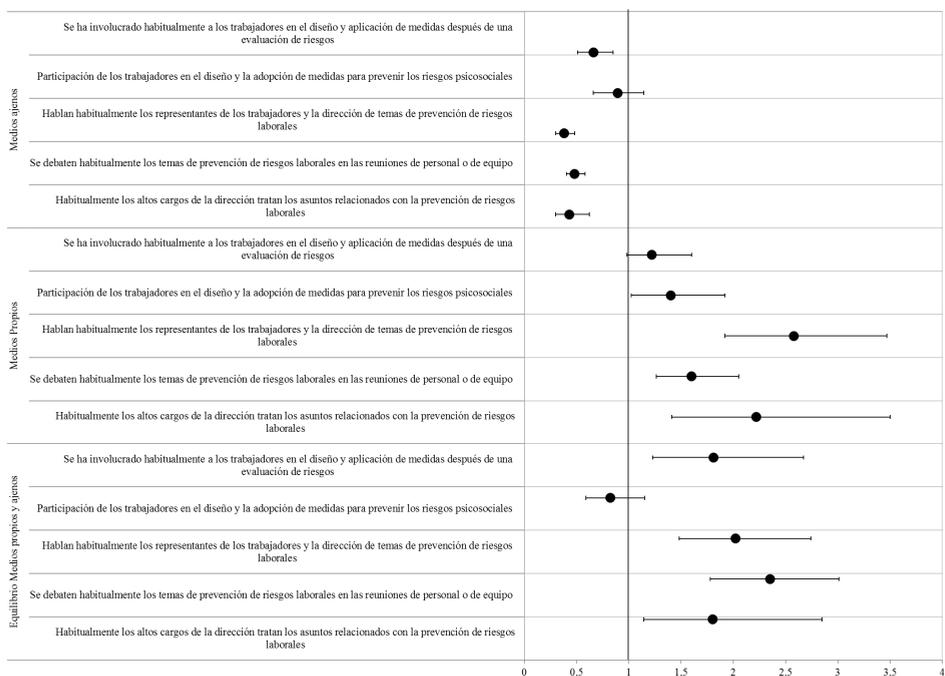
²² INSHT (2015). *Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020*. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/ESTRATEGIA%20SST%2015_20.pdf

²³ Plataforma Prevención 10: https://www.prevencion10.es/p10_front/

²⁴ Consultar página 31 del informe ENGE 2009.

Con los microdatos nacionales de la encuesta ESENER-2 hemos realizado diferentes regresiones logísticas con objeto de identificar como afecta a la participación de los trabajadores el sistema de evaluación de riesgos elegido. Los resultados (*gráfica 7*) demuestran que la externalización del sistema científico-técnico opera como barrera para la participación de los trabajadores en las actividades preventivas. En concreto, cuando se usan medios ajenos no se involucra a los trabajadores en el diseño y aplicación de medidas después de una evaluación de riesgos (ORa= 0,66; 0,51-0,85), mientras que si se gestiona de forma combinada su implicación es mayor (1,81; 1,23-2,67). Lo mismo ocurre con los riesgos nuevos y emergentes de origen psicosocial, puesto que si se realiza la evaluación con medios propios, los trabajadores participan habitualmente en el diseño y planificación de medidas (1,4; 1,02-1,92) mientras que si se externaliza su intervención es poco frecuente.

Gráfica 7. Relación entre la modalidad de evaluación de riesgos y la participación de los trabajadores



ORa: odds ratio ajustados por tamaño, sector de actividad de la empresa y disposición de delegados de prevención. Se realizan tres regresiones, estableciendo como referencia en cada una de las mismas, uno de los tres tipos de medios utilizados (ajenos, propios o combinados) para realizar la evaluación de riesgos, frente a los otros dos recursos de integración posibles.

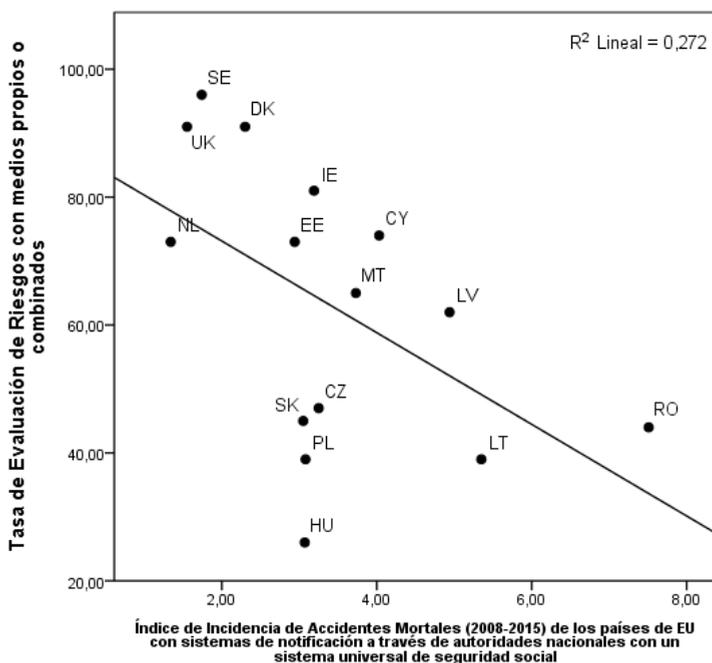
Fuente: Encuesta Nacional de Gestión de la Seguridad y Salud en las Empresas (ESENER-2 – España, 2014). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Elaboración propia.

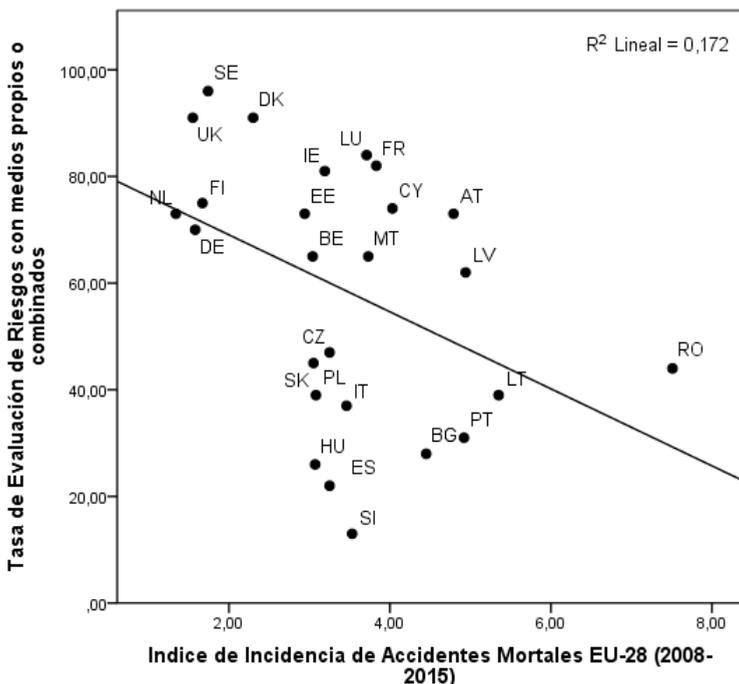
Además, la utilización de medios ajenos disminuye las probabilidades de activar una cultura preventiva sólida, en tanto que los representantes de los trabajadores tienen menos posibilidades de tratar temas de prevención de riesgos laborales con la dirección (0,38; 0,3-0,48), puesto que los altos cargos no se involucran en la actividad

preventiva (0,43; 0,3-0,63) y las posibilidades de debatir cuestiones de salud laboral en las reuniones de personal o de equipo son menores (0,48; 0,4-0,58). En un sentido completamente opuesto, cuando se usan recursos propios o existe un equilibrio entre el uso combinado de medios propios y ajenos, las posibilidades de implicación de la esfera social en aplicación del mandato de la DM son más elevadas, ya que, los altos cargos se involucran más (2,22; 1,41-3,5 con medios propios; 1,8; 1,14-2,85 con medios combinados), existe mayor probabilidad de que los representantes de los trabajadores traten dichos temas con la dirección de la empresa (2,58; 1,92-3,47 y 2,35; 1,78-3,01 respectivamente) y se debatan habitualmente en las reuniones de equipo o de personal temas de prevención de riesgos laborales (1,6; 1,26-2,05 y 2,35; 1,78-3,01).

Si se realiza la misma operación que se ha utilizado para evaluar el impacto de la participación de los trabajadores sobre la siniestralidad laboral (vid. *gráfica 5*) pero utilizando en esta ocasión como variable independiente las empresas que han evaluado los riesgos con medios propios o combinados (vid. *gráfica 6*), la regresión resultante (*gráfica 8*) muestra una relación inversa entre ambas variables, identificando menor accidentabilidad cuando mayor sea la tasa de utilización de recursos propios o combinados [(R= -0,415; P= 0,035) y ajustado por países con sistema de notificación y registro homogéneos (R= -0,521; P= 0,046)].

Gráfica 8. Rectas de regresión entre la utilización de medios propios o combinados para realizar la evaluación de riesgos y el índice de incidencia de accidentes mortales EU-28 (2008-2015)





Fuente: EU-OSHA y Eurostat. Elaboración propia.

En consecuencia, podemos concluir que la externalización indiscriminada del sistema científico-técnico de la prevención de riesgos laborales propiciada por las leyes que lo regulan, limita la labor sindical en la materia y opera como uno de los factores explicativos de la elevada siniestralidad laboral en España que, recordemos, dobla la media europea en la actualidad (vid. *gráfica 1*).

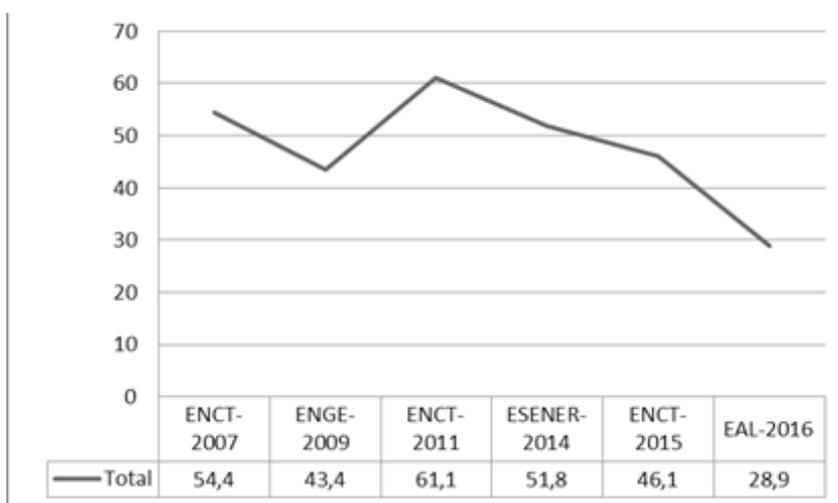
Así las cosas, consideramos necesario impulsar iniciativas desde las instituciones para modificar la normativa y desarrollar un sistema que priorice la gestión interna, ya que, los recursos ajenos deben ser utilizados como elementos de asesoramiento y apoyo a las empresas, tal y como establece el artículo 19.1 del RSP, pero no como un sistema sustitutorio, sino complementario a la integración con medios propios. A tal efecto, para que tengan un impacto positivo incitativas como *Prevención 10*, además de establecer la prioridad de la internalización, se propone que la auditoría del sistema preventivo sea obligatoria con independencia de la opción de integración elegida, con objeto de frenar la deriva hacia una visión economicista de la prevención que conduce hacia la externalización indiscriminada.

5.2. Límites asociados a la crisis económica, la reforma laboral y el empleo precario

Como ya se ha indicado, la representación específica dedicada a funciones de prevención de riesgos y promoción de la salud laboral, se construye bajo el sistema de representación general. Así pues, a pesar de tratarse de sistemas consolidados en am-

bos casos, estos adolecen de una falta de cobertura amplia y homogénea. Los límites de la representación sindical general y, por consiguiente, de la especializada en materia de salud laboral, derivan fundamentalmente de la atomización de la estructura empresarial española, ya que sólo pueden convocarse elecciones a delegados o comités en centros de trabajo del sector privado con una plantilla mínima de 6 empleados (art. 62.1 del ET) y que como se apuntó, estos eligen *por y entre* los mismos a los delegados de prevención. De esta manera, el número total de empresas susceptibles de realizar elecciones aumentó en un 15,5% en los años de expansión (2003-2007) para reducirse en un 17,1% con la crisis, siendo 293.000 en la actualidad. Sin embargo, son más de un millón las micro-empresas que quedan excluidas del sistema electoral (Jódar, et al., 2018: 24) lo que explica, entre otras cosas, el descenso progresivo de la red de delegados de prevención de riesgos que muestran una caída del 25,5% en el periodo 2007-2016 (*gráfica 9*).

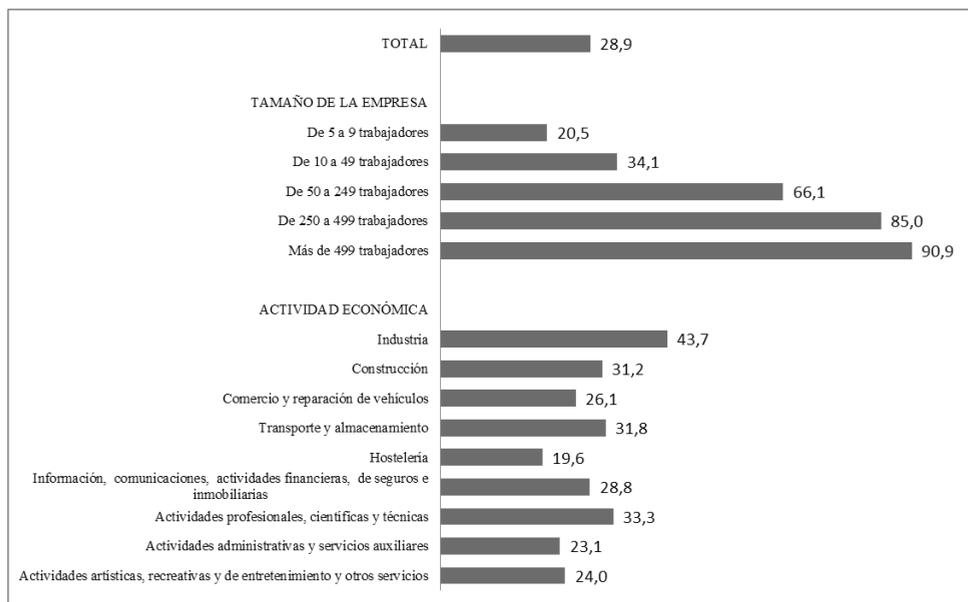
Gráfica 9. Evolución del porcentaje de empresas con delegados de prevención (2007-2016)



Fuente: Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo (ENCT, 2007,2011 y 2011), ENGE-2009, ESENER-2014 y EAL-2016. Ministerio de empleo. Elaboración propia

Analizando con mayor profundidad los últimos datos de la *Encuesta Anual Laboral (EAL) de 2016 (gráfica 10)*, se constata, por un lado, que la estructura empresarial de micro-empresas opera como limite a la representación especializada, en tanto que existe una correlación positiva entre el tamaño del centro de trabajo y la presencia de delegados de prevención de manera que las empresas de 5 a 9 trabajadores tienen solo una cobertura representativa del 20,5%, mientras que las de mayor tamaño disponen de una tasa del 90,9 %. Por otro lado, se observa como la segmentación del mercado de trabajo explica la baja densidad representativa en sectores como la hostelería y los servicios auxiliares en los que la temporalidad y precariedad laboral son más altas, mientras que la industria, caracterizada históricamente por sistemas de producción fordista, relaciones de empleo estándar y fuerte presencia sindical, presenta una cobertura representativa en salud laboral que supera en un 14,8% la media nacional.

Gráfica 10. Porcentaje de empresas con delegados de prevención por tamaño y actividad económica



Fuente: Encuesta Anual Laboral (EAL) de 2016. Ministerio de Trabajo.

Así las cosas, el marco institucional que regula el sistema de representación sindical español dificulta su penetración en una estructura empresarial fuertemente fragmentada y, aun en los casos en que existen delegados de prevención en las microempresas, estas carecen de recursos de poder suficientes para hacer efectivas las competencias de organización del trabajo y en salud laboral (Narocky, 1997: 193), por lo que se han desarrollado diferentes iniciativas dirigidas a explorar mecanismos de representación supra empresarial a través de la negociación colectiva (35.4 de la LPRL), entre las que cabe destacar el Acuerdo Interconfederal²⁵ suscrito desde 2006 en Asturias que incorpora la figura del delegado territorial de prevención de riesgos; el Acuerdo Estatal de Hostelería²⁶ que prevé una Comisión Estatal Sectorial de Seguridad y Salud en el sector, con campañas específicas de sensibilización e información de los riesgos (art. 52 y ss); y algún convenio de empresa como el del Grupo Generali²⁷ cuyo artículo 51 consagra los derechos de representación y participación de los trabajadores en todas las empresas del grupo.

²⁵ Boletín Nº 145 del jueves 23 de junio de 2016.

<https://sede.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.1003733838db7342ebc4e191100000f7/?vgnnextoid=d7d79d16b61ee010VgnVCM1000000100007fRCRDyfecha=23/06/2016yrefArticulo=2016-06347yi18n.http.lang=es>

²⁶ Resolución de 6 de mayo de 2015, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el V Acuerdo Laboral de ámbito estatal para el sector de hostelería. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-5613>

²⁷ Resolución de 4 de julio de 2017, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el VI Convenio colectivo del Grupo de empresas Generali España. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2017-8386

Pese a su relevancia cualitativa, tales iniciativas parciales no alcanzan el nivel de desarrollo de otras experiencias europeas, como la red de delegados de prevención territoriales en Suecia, que en base a una norma legal de 1949, ha permitido ampliar la cobertura representativa a 700.000 trabajadores de 160.000 empresas con menos de 50 trabajadores, contando con alrededor de 1.400 delegados territoriales de salud laboral afiliados a la confederación sindical LO, que ha permitido realizar inspecciones sistemáticas de las condiciones de trabajo de las empresas más pequeñas (Frick y Walters, 1998).

La existencia de pocas experiencias sobre mecanismos de representación supra empresariales pone en evidencia un segundo límite a la acción sindical por cuanto no solo se han debilitado los principales recursos asociativos de afiliación y audiencia electoral reduciendo la cobertura de la representación general y especializada, sino que también, se ha fragmentado la participación institucional. En efecto, a través de la negociación colectiva, los sindicatos tienen un papel relevante en la regulación de medias y planes en prevención de riesgos laborales²⁸. Sin embargo, el impacto de la crisis y la reforma laboral que, por un lado, han invertido el orden jerárquico de los distintos ámbitos de la negociación colectiva dando prioridad a los convenios de empresa frente a los sectoriales y, por otro, en una primera instancia, facilitaron el descuelgue y la imposición de fecha de caducidad del contenido normativo de los convenios, provocó un importante freno en el ritmo de negociación, con una reducción en los niveles de cobertura de empresas y trabajadores que se iría estabilizando a partir de mayo de 2013, por la firma del Acuerdo sobre ultra-actividad (comisión de seguimiento del II AENC), hasta situarse actualmente en torno a un 15% por debajo de los niveles registrados al inicio de la crisis según los datos oficiales de las Estadísticas de Convenios Colectivos de Trabajo (ECCT) proporcionadas por el Ministerio de Empleo.

Así pues, las cláusulas cualitativas relativas a la seguridad y salud laboral han experimentado una significativa reducción en los últimos años evidenciando con mayor intensidad las dificultades de los sindicatos en la negociación de dichas cuestiones (*gráfica II*). En concreto, se observa cómo la cobertura de cláusulas relativas a nuevos sistemas de designación, como los delegados territoriales mencionados, habrían descendido desde 2012 (11,33% de los convenios y 15,55% de los trabajadores), hasta 2017 cuando la cobertura se redujo al 7,55% de los convenios y el 11,37% de los trabajadores.

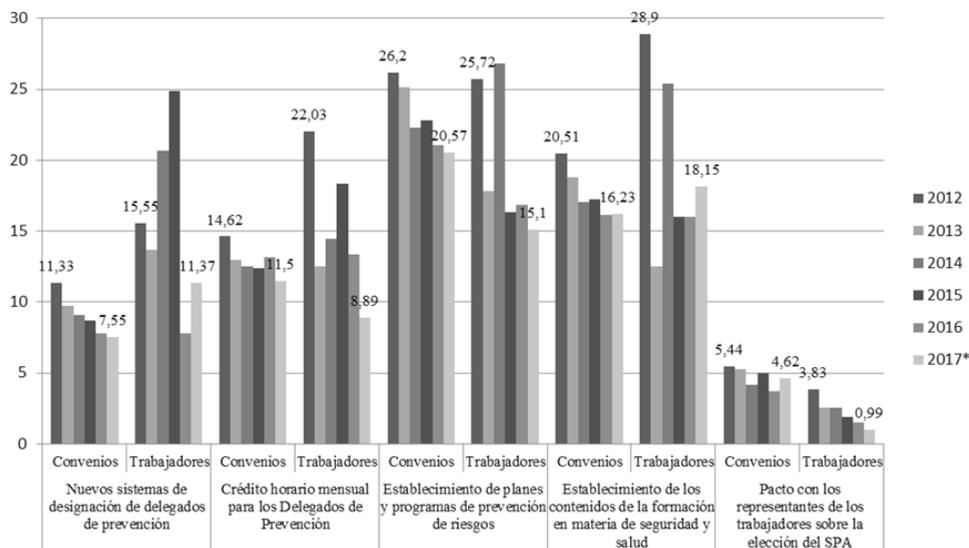
Además, elementos como el establecimiento de créditos de horas de representación, que son esenciales en las empresas más pequeñas en las que se solapan en la misma persona la representa general y la preventiva, también habría disminuido su cobertura en un 3,16% de los convenios colectivos firmados y un 13,14% de los trabajadores, produciéndose descensos similares tanto en la regulación de planes, programas y formación preventiva como en el sistema de integración de la prevención. No obstante, en este último caso, deben ponerse en valor iniciativas tales como la reciente Ley de Gestión, Promoción y Modernización de Áreas Industriales Valencianas²⁹ cuyo artículo 33.19 establece como

²⁸ El artículo 2.2 de la LPRL establece que “...las disposiciones de carácter laboral contenidas en esta Ley y en sus normas reglamentarias tendrán en todo caso el carácter de Derecho necesario mínimo indispensable, pudiendo ser mejoradas y desarrolladas en los convenios colectivos”

²⁹ LEY 14/2018, de 5 de junio, de la Generalitat, de gestión, modernización y promoción de las áreas industriales de la Comunitat Valenciana. http://www.indi.gva.es/novedades/-/asset_publisher/68mT7WMwvvnKp/

requisito para la consideración de Área Avanzada la constitución de servicios de prevención mancomunados³⁰ en toda el área industrial, con objeto de potenciar la integración de la prevención con medios propios y con independencia del sector al que se adscriba cada empresa.

Gráfica 11. Tasa de cobertura de la negociación colectiva que incluyen acuerdos relativos a la prevención de riesgos laborales (2012-2017)



Fuente: ECCT. Ministerio de Empleo. (*) Datos provisionales. Elaboración propia

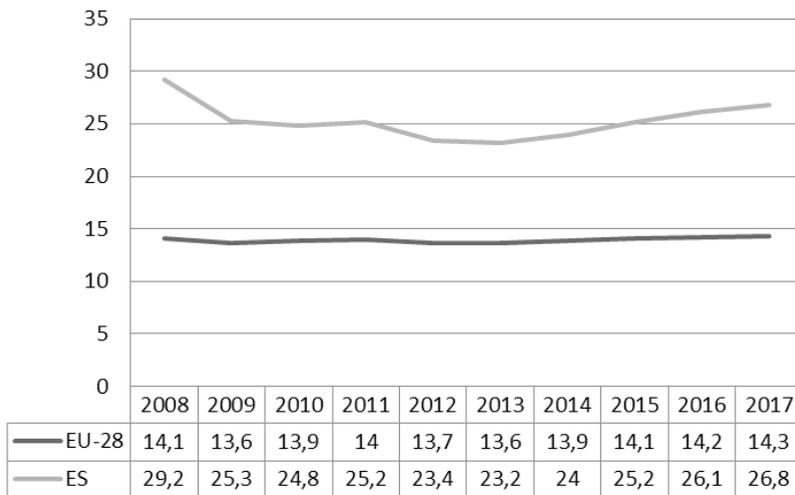
Un tercer límite a la acción sindical deriva del uso excesivo que la norma laboral permite hacer de la contratación temporal, el elevado fraude en la contratación y la progresiva especialización de la economía en actividades y segmentos de negocio en los que la fuerza de trabajo es fácilmente sustituible, lo que retroalimenta la elevada temporalidad y rotación laboral. Desde la reforma laboral en 2012 y el cambio de ciclo económico, se ha producido un repunte de la tasa de temporalidad (*gráfica 12*), poniendo de manifiesto la escasa calidad del empleo generado durante la recuperación con contratos de duración cada vez menor (50,6 días de media en 2017), lo que dificulta notablemente la consolidación de pautas preventivas en materia de seguridad laboral.

La modalidad contractual deviene, en definitiva, en factor determinante de la siniestralidad laboral (*tabla 5*), de forma que entre los trabajadores temporales el riesgo relativo (RR) de sufrir un accidente de trabajo prácticamente dobla al de los fijos tanto para las lesiones leves como graves y mortales.

content/ley-14-2018-de-5-de-junio-de-gestion-modernizacion-y-promocion-de-las-areas-industriales-de-la-comunitat-valenciana/161328133

³⁰ Según el artículo 21 del RSP se "podrán constituirse servicios de prevención mancomunados entre aquellas empresas que desarrollen simultáneamente actividades en un mismo centro de trabajo, edificio o centro comercial".

Gráfica 12. Evolución contratación temporal en España y EU-28 (2008-2017)



Fuente: Eurosta. Elaboración propia.

Tabla 5. Comparación de la evolución del índice de incidencia de lesiones leves, graves y mortales por accidente de trabajo con baja según tipo de contrato

Leves						
Año	N	Indefinido		Temporal		
		I	%	I	%	RR (IC 95%)
2012	404.347	2.363,08	38,6	3.765,07	61,4	1,60 (1,59-1,61)
2013	400.447	2.430,7	38,6	3.870,81	61,4	1,59 (1,58-1,60)
2014	420.829	2.450,82	37	4.176,84	63	1,71 (1,70-1,72)
2015	454.029	2.488,26	35,5	4.521,46	64,5	1,82 (1,81-1,83)
2016	484.912	2.541,87	34,9	4.740,55	65,1	1,87 (1,86-1,88)
Graves						
2012	3.738	19,34	33,9	36,91	66,1	1,91 (1,78-2,05)
2013	3.390	18,39	35,2	32,96	64,7	1,79 (1,66-1,93)
2014	3.329	17,16	32,7	35,12	67,3	2,05 (1,90-2,20)
2015	3.479	17,10	32,1	36,19	67,9	2,12 (1,97-2,27)
2016	3.657	17,10	31,5	37,92	68,5	2,18 (2,04-2,34)
Mortales						
2012	452	2,53	42,9	4,42	57,1	1,75 (1,43-2,13)
2013	447	2,70	42,9	4,30	57,1	1,59 (1,30-1,95)
2014	467	2,52	37,5	4,87	62,5	1,93 (1,59-2,34)
2015	515	2,88	37,5	4,68	62,5	1,62 (1,35-1,95)
2016	496	2,57	37,5	4,61	62,5	1,80 (1,49-2,16)

N= Número Total de Accidentes Leves, Graves y Mortales;

I= Índice de Incidencia.

%= Porcentaje del índice de incidencia de cada categoría (indefinido; temporal) sobre el total del año de referencia.

RR=Riesgo Relativo contratos temporales frente a los Indefinidos;

IC95%= Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Registro de Accidentes de Trabajo del Ministerio de Empleo. Elaboración Propia.

La corta duración de los contratos temporales opera, asimismo, como factor de siniestralidad laboral (*tabla 6*), constatándose la existencia de una relación inversa entre siniestralidad laboral y antigüedad, según la cual los trabajadores con menos de 1 año en la empresa presentan un RR que dobla al de los que llevan entre 1 a 3 años y se triplica en los de más de 3 años de antigüedad en todos los niveles de gravedad.

Tabla 6. Comparación de la evolución del índice de incidencia de lesiones leves, graves y mortales por accidente de trabajo con baja según antigüedad (2012-2016)

Leves								
Año	Menos de 1 año		De 1 a 3 años		Más de 3 años		RR ₁	RR ₂
	I	%	I	%	I	%		
2012	6.372,17	54,5	2.838,48	28,6	1.691,34	16,9	2,24 (2,23-2,26)	3,77 (3,75-3,79)
2013	5.953,59	53,9	2.728,06	28,7	1.710,23	17,4	2,18 (2,16-2,20)	3,48 (3,46-3,50)
2014	5.430,01	54,7	2.773,17	27,9	1.719,33	17,3	1,96 (1,94-1,98)	3,16 (3,14-3,18)
2015	5.258,47	57,3	2.797,25	26,3	1.696,55	16,5	1,88 (1,86-1,90)	3,10 (3,20-3,24)
2016	5.277,29	58,5	2.767,80	26	1.637,67	15,5	1,91 (1,89-1,92)	3,22 (3,20-3,24)
Graves								
2012	48,94	59,1	21,82	23,9	12,46	17	2,24 (2,03-2,47)	3,93(3,66-4,22)
2013	47,84	55,6	20,07	25,9	12,73	18,5	2,38 (2,14-2,65)	3,76 (3,50-4,04)
2014	46,37	57,5	21,13	26,3	12,99	16,3	2,19 (1,97-2,45)	3,57 (3,32-3,84)
2015	44,84	59,3	20,59	24,7	14,81	16	2,18 (1,95-2,44)	3,03 (2,81-3,26)
2016	51,69	59	21,22	26,5	15,35	14,5	2,44 (2,19-2,71)	3,37 (3,14-3,61)
Mortales								
2012	5,79	60	3,07	20	1,88	20	1,89 (1,45-2,47)	3,09 (2,55-3,75)
2013	6,24	54,4	3,06	27,3	2,07	18,2	2,04 (1,54-2,69)	3,02 (2,50-3,64)
2014	6,58	58,3	2,58	25	1,87	16,7	2,55 (1,88-3,46)	3,52 (2,90-4,27)
2015	5,79	54,5	2,54	27,3	2,00	18,2	2,28 (1,66-3,12)	2,89 (2,35-3,55)
2016	6,23	54,5	2,38	27,3	1,89	18,2	2,62 (1,92-3,58)	3,29 (2,69-4,04)

I= Índice de Incidencia

%= Porcentaje del índice de incidencia de cada categoría (menos de 1 año; de 1 a 3 años; más de 3 años) sobre el total del año de referencia.

RR₁=Riesgo Relativo Menos de 1 año / de 1 a 3 años

RR₂= Riesgo Relativo Menos de 1 año / Más de 3 años.

IC95%= Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Registro de Accidentes de Trabajo del Ministerio de Empleo. Elaboración Propia.

Por último, a las formas tradicionales de flexibilización y atomización de las relaciones laborales descritas cabría añadir nuevos mecanismos de huida de las normas laborales. Nos referimos, a la utilización de las plataformas digitales en empresas como Uber, Deliveroo o Glovo que a través de “riders” realizan servicios de transporte y distribución. Pese a que los tribunales ya se han pronunciado³¹ identificando la relación laboral de estos trabajadores, lo cierto, es que en la actualidad muchos prestan sus servicios como falsos autónomos. Estos trabajadores, pese a estar expuestos a una multitud de riesgos físicos y psicológicos derivados de la precariedad laboral a la que están expuestos, no tienen ningún tipo protección en materia preventiva, dado que solo se les aplican los derechos y obligaciones estipulados en la

³¹ Juzgado de lo Social nº 6 de Valencia. Sentencia Nº 244/2018

<http://www.poderjudicial.es/search/contenidos.action?action=contentpdfydatabase=ANyreference=8406292ylinks=embarazoyoptimize=20180604ypublicinterface=true>

LPRL a los autónomos que concurren en un mismo centro de trabajado con otras empresas con los que deberá entonces coordinarse (art. 24 LPRL) contemplando el trabajo autónomo, única y exclusivamente como fuente de riesgo para trabajadores por cuenta ajena (Olarte, 2017: 179), quedando automáticamente excluidos todos los “riders” puesto que no existe tal concurrencia, en tanto que el centro de trabajo es la propia plataforma virtual.

Existen algunas experiencias de movilización obrera en dichas economías de plataforma como es el caso de Italia donde tras modificar los términos contractuales los “riders” se auto-organizaron para realizar protestas públicas, que sin embargo, pese a su repercusión social, no fueron sostenibles, debido a la falta de canales de representación y negociación colectiva en tales empresas que desafían las estrategias de reivindicación tradicional poniendo de manifiesto la necesidad de explorar nuevos modelos de organización sindical (Tassinari y Maccarrone, 2017), tal y como se ha ensayado en Australia por el sindicato *Unions New South Wales* en Australia, que consiguieron que la empresa pague el salario mínimo según las categorías correspondientes al sector del transporte, la inclusión de mecanismos de resolución de conflictos y en materia de seguridad y salud laboral. el establecimiento de seguros de accidentes de trabajo obligatorios, y la realización de diferentes campañas de identificación, formación e información sobre los riesgos laborales (Minter, 2017).

En definitiva, la segmentación del mercado de trabajo derivada de la crisis (altas tasas de paro y precarización contractual), junto con los efectos desreguladores de la reforma laboral y nuevas formas de huida de las normas laborales, han agravado la asimetría de las relaciones laborales y erosionado los recursos e instituciones de participación de los trabajadores (sindicatos, representación en la empresa, negociación colectiva, diálogo social), debilitando objetivamente su capacidad de hacer frente a los efectos más devastadores de la recesión, entre los que se incluye el deterioro de las condiciones de trabajo y consiguiente incremento de los riesgos laborales.

6. Conclusiones.

La evidencia empírica aportada en la presente investigación, ha permitido confirmar una relación positiva entre la representación especializada de los trabajadores (delegados de prevención y comités de seguridad) y los principales indicadores de salud laboral: a) activación del sistema de gestión científico-técnico (evaluación, planificación preventiva, etc.) y mayor cumplimiento de los derechos individuales de formación y revisión médica; b) activación del sistema socio-cultural en los niveles más altos de intervención (consulta y participación prospectiva); c) activación de los sistemas de vigilancia, control e inspección de las condiciones de trabajo; y d) en la reducción de las lesiones por accidente de trabajo.

Pese al impacto positivo de dicha participación, se han identificado límites tanto *estructurales* derivados de la configuración normativa e institucional del sistema de prevención como *coyunturales* asociados a la crisis económica y políticas de austeridad que estarían debilitando la acción sindical.

En referencia a los de carácter estructural se ha observado que: a) el sistema legal de representación especializado se institucionaliza sobre la representación unitaria y esta, a su vez, sobre la sindical a través del eje electoral, lo que permite por un lado, fortalecer el sistema, pero por otro, dificulta las laborales de repre-

sentación en la medida que, sobre todo en las pymes, la misma persona acumula las dos funciones de representación disponiendo sólo de un único crédito horario para su desarrollo, salvo que se prevea su ampliación vía negociación colectiva, por lo que se propone un crédito específico de horas para la representación en materia de salud laboral; b) frente a modelos especializados de inspección de trabajo utilizados en el centro y norte de Europa, en España el sistema es generalista lo que se traduce en menores tasas de cobertura inspectora en el área de salud laboral y la generación de una cultura de cumplimiento que dificulta la participación sindical; y c) el sistema legal de integración de la prevención ha derivado en la externalización abusiva del sistema científico-técnico impidiendo la activación de la esfera socio-cultural, proponiéndose a tal efecto, las correspondientes modificaciones normativas, no solo por la inaplicación de las recomendaciones comunitarias, sino porque impide la activación de la necesaria cultura preventiva en la empresa.

En referencia a los límites asociados a la crisis económica, la investigación realizada ha permitido constatar: a) una reducción del número de inspectores de trabajo derivada de las políticas de austeridad que debilita, asimismo, la capacidad de presión sindical; b) la fragmentación del tejido empresarial en unidades cada vez más pequeñas, lo que ha derivado en la caída de la tasa de representación de los trabajadores tanto general como especializada, proponiéndose como alternativa estratégica la implementación de sistemas de delegados de prevención territoriales; c) la reforma laboral ha impactado de forma negativa sobre la influencia sindical en la incorporación de cláusulas de salud laboral en la negociación colectiva, que ha venido disminuyendo desde 2012; d) la desregulación laboral ha derivado en un aumento de la temporalidad y reducción de la estabilidad contractual produciendo por un lado, una mayor tasa de accidentes de trabajo y por otro, la reducción de los niveles de representación general y especializados; y e) el uso de las nuevas tecnologías como estrategia empresarial para huir de la regulación social supone una barrera para el desarrollo de un sistema eficaz de participación de los trabajadores en defensa y promoción de la salud laboral.

En consecuencia, consideramos necesario recuperar el diálogo social para la implementación de medidas orientadas a mejorar la cantidad y calidad del empleo, así como la cobertura y funcionalidad de los sistemas de representación y participación en materia de prevención de riesgos laborales, desarrollando estrategias políticas y sociales que impulsen una cultura preventiva a través de la gestión interna del sistema de salud laboral.

7. Bibliografía

- Alós, R., Beneyto, P. J., y Jódar, P. (2017). “Reforma laboral y desregulación del mercado de trabajo”, *Anuario IET de trabajo y relaciones laborales*, 4, 73-86.
- Beneyto, P., Alós, R., Jódar, P., y Vidal, S. (2016). “La afiliación sindical en la crisis. Estructura, evolución y trayectorias”, *Sociología del Trabajo*, 87, 25-44.
- Bernabeu, J., Perdiguero, E., y Zaragoza, P. (2000). “Desarrollo histórico de la salud laboral”, en Benavides, A., Ruiz-Frutos, C., y García, A.M., (coord.) *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos*, Barcelona, Editorial Masson,

- Boix, P., y Vogel, L. (2000). Participación de los trabajadores. en Benavides, A., Ruiz-Frutos, C., y García, A.M., (coord.) *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos*, Barcelona, Editorial Masson,
- Boix, P., y Vogel, L. (2009). *Participación de los trabajadores*. Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (21/08/2018). Disponible en: <http://www.istas.net/web/>
- Camas, F. (2003). *La normativa internacional y comunitaria de seguridad y salud en el trabajo*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Castejón, E., y Crespán, X. (2007). “Accidentes de trabajo: [casi] todos los porqués”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 25,13-57.
- Cerón, C. (2011). “Historia de la prevención de riesgos laborales en España desde el tardofranquismo a la transición”, *Baetica. Estudios de Historia Moderna y Contemporánea*, 33, 399-411.
- Coutrot, T. (2009). “Le rôle des comités d’hygiène, de sécurité et des conditions de travail en France: Une analyse empirique”, *Travail et Emploi*, 117, 25-38.
- Durán, F. (2001). *Informe sobre riesgos laborales y su prevención*, Madrid, European Commission.
- Frick, K., y Walters, D. (1998). “Worker representation on health and safety in small enterprises: Lessons from a Swedish approach”, *International Labour Review*, 137(3), 367-389.
- García, A. M., y Benavides, F. G. (2014). “Determinants of workplace occupational safety and health practice in Spain”. *Policy and Practice in Health and Safety*, 12(2), 67-84.
- García, A. M., Rodrigo, F., Dudzinski, I., y López-Jacob, M. J. (2004). *Análisis de las tareas y percepciones de los delegados y delegadas de prevención en España*. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), (14/08/2018). Disponible en: <http://www.istas.ccoo.es/descargas/informacional.pdf>
- García, M., Cárcoba, A., Menéndez-Navarro, A., Morón, R., y Voguel, L. (2015). *Qué hacemos con el deterioro de la salud laboral y cómo avanzar en la igualdad y los derechos de los trabajadores en tiempos de crisis*, Madrid, Ediciones Akal.
- García-Calavia, M. A., y Rigby, M. (2016). “Recursos de poder de los sindicatos en España. Su examen a través de la negociación colectiva», *Sociología del Trabajo*, 87, 7-24.
- Gillen, M., Baltz, D., Gassel, M., Kirsch, L., y Vaccaro, D. (2002). “Perceived safety climate, job demands, and coworker support among union and nonunion injured construction workers”, *Journal of Safety Research*, 33(1):33-51.
- Igartura, M. T. (2015). Participación y representación de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales. En Igartua, M.T., *Sistemas de Prevención de Riesgos Laborales*, Madrid, Tecnos, 332-357.
- James, P., y Walters, D. (2002). Worker representation in health and safety: options for regulatory reform. *Industrial Relations Journal*, 33(2), 141-156.
- Jódar, P., Alós, R., Beneyto, P., y Vidal, S. (2018). “La representación sindical en España: cobertura y límites”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 36(1), 15-34.
- Köhler, H. D., y Calleja, J. P. (2011). “Retos de futuro para las organizaciones sindicales en España”, *Gaceta Sindical. Reflexión y debate*, 16, 119-138.
- Koster, R. B., Stam, D., y Balk, B. M. (2011). “Accidents happen: The influence of safety-specific transformational leadership, safety consciousness, and hazard reducing systems on warehouse accidents”, *Journal of Operations Management*, 29 (7-8), 756-765.
- Levine, D. I., Toffel, M. W., y Johnson, M. S. (2012). Randomized Government Safety Inspections Reduce Worker Injuries with No Detectable Job Loss. *Science*, 336 (6083), 907-911.

- Linares, P., y López, V. (2016). *La participación de los trabajadores y trabajadoras en salud laboral en España.*, Relats-Foro RLT 2017 (21/08/2018). Disponible en: <http://www.relats.org/documentos/SST.Europa.LinaresLopez2016.pdf>
- Minter, K. (2017). "Negotiating labour standards in the gig economy: Airtasker and Unions New South Wales", *The Economic and Labour Relations Review*, 28(3) 438-454.
- Narocki, C. (1997). "La prevención de riesgos laborales en las pequeñas y medianas empresas españolas", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 10, 157-181.
- Narocki, C., López-Jacob, M. J., Canaleta, E., y Briso-Montiano, P. (2011). *Impacto del asesoramiento sindical en salud.*, Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) (14/08/2018). Disponible en: <http://www.istas.ccoo.es/descargas/Informe%20impacto%20asesoramiento%202011.pdf>
- Olarte, S. (2017). "Prevención de riesgos profesionales en el trabajo autónomo. Balance de situación y retos pendientes", *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, 47, 167-192.
- Payá, R. y Beneyto, P. J. (2018): "Intervención sindical y salud laboral en la Unión Europea: dimensiones, cobertura e impacto", *methados.revista de ciencias sociales*, 6 (2): 210-226.
- Reilly, B., Paci, P. y Holl, P. (1995): "Unions, safety committees and workplace injuries", *British Journal of Industrial Relations*, 33(2): 275-288.
- Rodrigo, F. (2007) "Las Mutuas, esas grandes desconocidas", *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 10(4), 192-194.
- Rodríguez, E., y Menéndez, A. (2006). "Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social, 1900-1939", *Archivos de prevención de riesgos laborales*, 9(2), 81-88.
- Robinson, A. M., y Smallman, C. (2013): "Workplace injury and voice: a comparison of management and union perceptions", *Work, Employment and Society*, 27 (4): 674-693
- Sala-Franco, T. (2014). "La consulta y participación de los trabajadores y de sus representantes" en Sala, T, *Derecho de la Prevención de Riesgos Laborales*, Valencia, Tirant lo Blanch, 197-221.
- Shaw, N., y Turner, R. (2003). *The Worker Safety Advisors (WSA) pilot*, Leeds, HSE BOOKS.
- Tassinari, A., y Maccarrone, V. (2017). "The mobilisation of gig economy couriers in Italy: some lessons for the trade union movement", *Transfer*, 23(3), 353-357.
- Tomba, E., Trevithick, S., y McLeod, C. (2007). "Systematic review of the prevention incentives of insurance and regulatory mechanisms for occupational health and safety", *Scand J Work Environ Health*, 33(2), 85-95.
- Vierendeels, G., Reniers, G.L.L. y Ale, B.J.M. (2011). "Modeling the major accident prevention legislation change process within Europe", *Safety Science*, 49(3), 513-521.
- Vogel, L. (2015). *The machinery of occupational safety and health policy in the European Union—History, institutions, actors*, Brussels, European Trade Union Institute (ETUI).
- Walters, D., y Nichols, T. (2007). *Worker Representation and Workplace Health and Safety*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.