

## Contexto económico y determinantes sociales de la accidentabilidad laboral en el sur de Europa. Los casos portugués y español

*Economic Context and Social Determinants of Occupational Accidentability in Southern Europe. The Portuguese and Spanish Cases*

**Raúl Payá Castiblanque**

---



### Edición electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/eces/4350>

DOI: 10.4000/eces.4350

ISSN: 1647-0737

### Editor

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

### Referencia electrónica

Raúl Payá Castiblanque, « Contexto económico y determinantes sociales de la accidentabilidad laboral en el sur de Europa. Los casos portugués y español », *e-cadernos CES* [En línea], 31 | 2019, Publicado el 15 junio 2019, consultado el 12 diciembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/eces/4350> ; DOI : 10.4000/eces.4350

---



**RAÚL PAYÁ CASTIBLANQUE**

**CONTEXTO ECONÓMICO Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA ACCIDENTABILIDAD LABORAL EN EL SUR DE EUROPA. LOS CASOS PORTUGUÉS Y ESPAÑOL**

**Resumen:** El modelo neoliberal de gestión de la crisis económica (austeridad, precariedad laboral y recortes en el Estado de Bienestar) ha provocado un aumento de las desigualdades sociales, la desregulación del mercado de trabajo y el debilitamiento de sus principales instituciones (derecho del trabajo, sindicatos y negociación colectiva), operando, asimismo, como factores determinantes del repunte en los índices de accidentes laborales, especialmente en el sur de Europa.

**Palabras clave:** crisis, desigualdades, precariedad, salud laboral, sindicalismo.

**ECONOMIC CONTEXT AND SOCIAL DETERMINANTS OF OCCUPATIONAL ACCIDENTABILITY IN SOUTHERN EUROPE. THE PORTUGUESE AND SPANISH CASES**

**Abstract:** The neoliberal model in the economic crisis management (austerity, job insecurity and cuts in the welfare state) has caused an increase in social inequalities, the deregulation of the labor market and the weakening of its main institutions (labor law, trade unions and collective bargaining), which have been decisive in the upturn in labor accident rates, especially in southern Europe.

**Keywords:** crisis, inequalities, occupational health, precariousness, trade unionism.

**INTRODUCCIÓN**

Con la caída de Lehman Brothers en 2008 se iniciaba una década de crisis financiera y estancamiento económico a nivel global (a Gran Recesión), que ha sido utilizada por las instituciones internacionales de orientación neoliberal (la Troika formada por la Comisión Europea, el Banco Central y el Fondo Monetario Internacional) para imponer políticas de austeridad económica y desregulación social orientadas a la transformación radical de los mercados de trabajo y de las relaciones laborales (la Gran Agresión), provocando un

notable incremento de la desigualdad y el debilitamiento de las estructuras y prestaciones del Estado de Bienestar (la Gran Regresión) (Lehndorff, 2015).

En los Estados del sur de Europa, la Troika impuso duros programas de desregulación y flexibilización de las condiciones de trabajo con objeto de hacer frente a la deuda pública y mejorar, supuestamente, el dinamismo y posicionamiento de los mercados nacionales en una economía global. La reforma del Código do Trabalho en Portugal (Lei n.º 23/2012, de 25 de junho) y la del Estatuto de los Trabajadores en España (Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero) fomentaron un espectacular crecimiento del trabajo atípico (contratación temporal, de duración determinada y trabajo no declarado), la intensificación del trabajo (aceleración de los tiempos de producción, ampliación de la jornada laboral y de las horas extraordinarias), la devaluación salarial, la flexibilización de los expedientes de regulación de empleo y, finalmente, el debilitamiento de las instituciones y recursos del poder sindical (Costa, 2012; Leite *et al.*, 2014; Alós *et al.*, 2017).

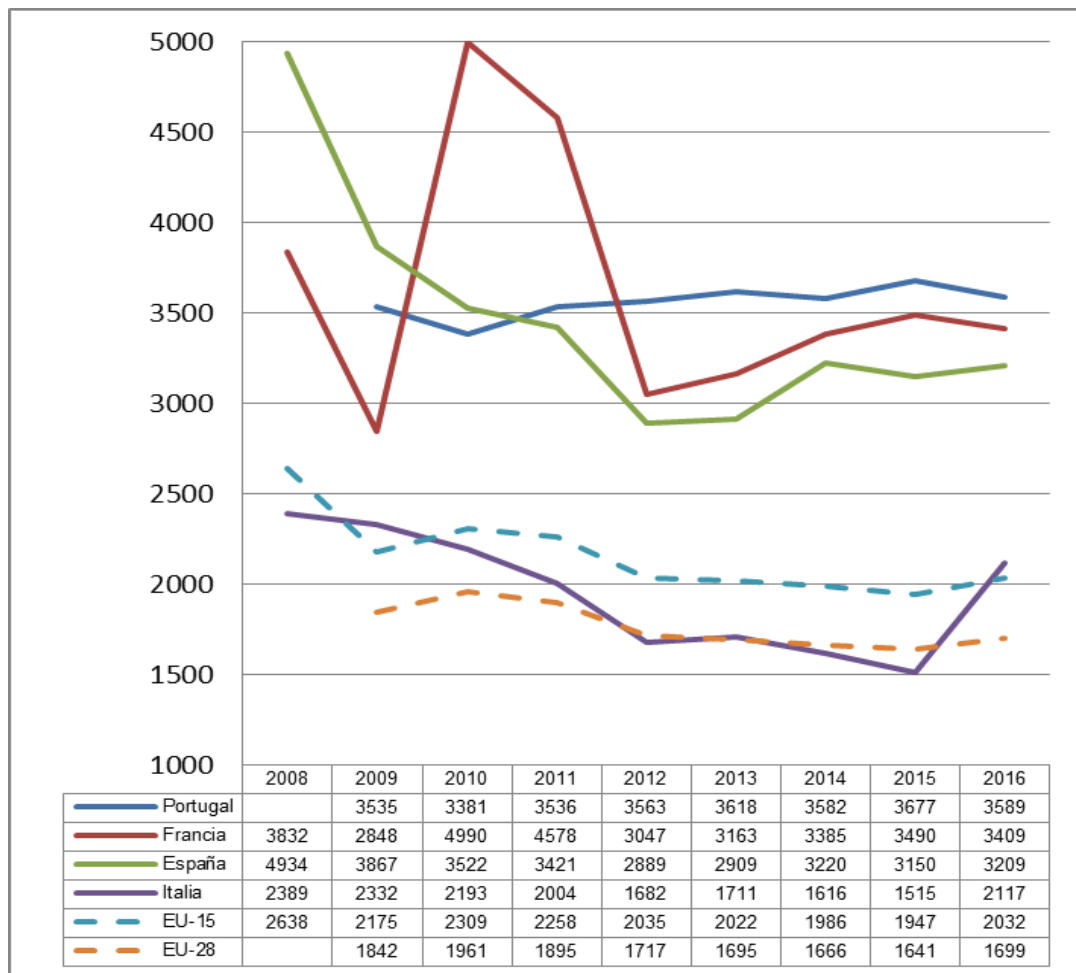
A los efectos de nuestra investigación, cabe señalar que la precariedad laboral impuesta opera negativamente en dos sentidos. En primer lugar, pone en peligro el Estado de Bienestar, en la medida que el sistema de protección (asistencia sanitaria y prestaciones sociales) se financia en la mayoría de los países europeos a través de las aportaciones de los/las empresarios/as y trabajadores/as por el rendimiento del trabajo. En consecuencia, las medidas de austeridad reducen los ingresos estatales, que dependen en gran medida de políticas de pleno empleo y salarios decentes, provocando fuertes recortes en gasto público sanitario y otros de índole social (Benavides *et al.*, 2018).

En segundo lugar, dichas políticas impactan negativamente en los estándares de salud laboral, en la medida que la contratación temporal opera como un elemento diferencial en el aumento de los accidentes de trabajo (Boix *et al.*, 1997; Benavides *et al.*, 2006), como lo hace también, la intensificación del trabajo (Askenazy, 2005). Por su parte, las altas tasas de desempleo erosionan el poder de negociación de los trabajadores y sus organizaciones de clase, retroalimentando la espiral de desregulación y deterioro de las condiciones de trabajo y salud laboral (Arocena Garro y Núñez Aldaz, 2005), consideradas, en el discurso legitimador del capitalismo neoliberal, como una especie de “peaje” o “daño colateral” para la salida de la crisis económica (Terrés *et al.*, 2004).

En este punto, los datos oficiales registrados por Eurostat sobre la distribución y evolución reciente del índice de incidencia por accidentes de trabajo estandarizados (número de accidentes por cada 100 000 personas trabajadoras con cuatro o más días de baja laboral) permiten constatar que son los países periféricos del sur de Europa –

salvo el caso de Italia que por sus condiciones particulares que analizaremos posteriormente –, los que presentan una mayor accidentabilidad (ver Gráfica I), doblando incluso la media comunitaria que registra, además, una evolución positiva.

**GRÁFICA I – Índice de incidencia de accidentes de trabajo en los países del Sur de Europa (2004-2016)**



Nota: No se analiza el caso de Grecia dado que, según Eurostat, no contabiliza los empleados que no están asegurados por la Social Insurance Foundation (IKA, en el acrónimo griego) y que suponen alrededor del 60-70 % de los trabajadores, por lo que los datos resultantes no acreditan la fiabilidad y homogeneidad necesarias para su utilización en estudios comparados.

Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat (s. d.).

Así las cosas, la hipótesis que nos planteamos como eje vertebrador de nuestra investigación es que el efecto combinado de la agresiva desregulación del mercado de trabajo y de las relaciones laborales en los países europeos periféricos, con el consiguiente aumento de la precariedad contractual, debilitamiento de las instituciones de participación y representación de los/as trabajadores/as y la reducción de la cobertura y eficacia de la negociación colectiva, estaría operando como factor determinante de los

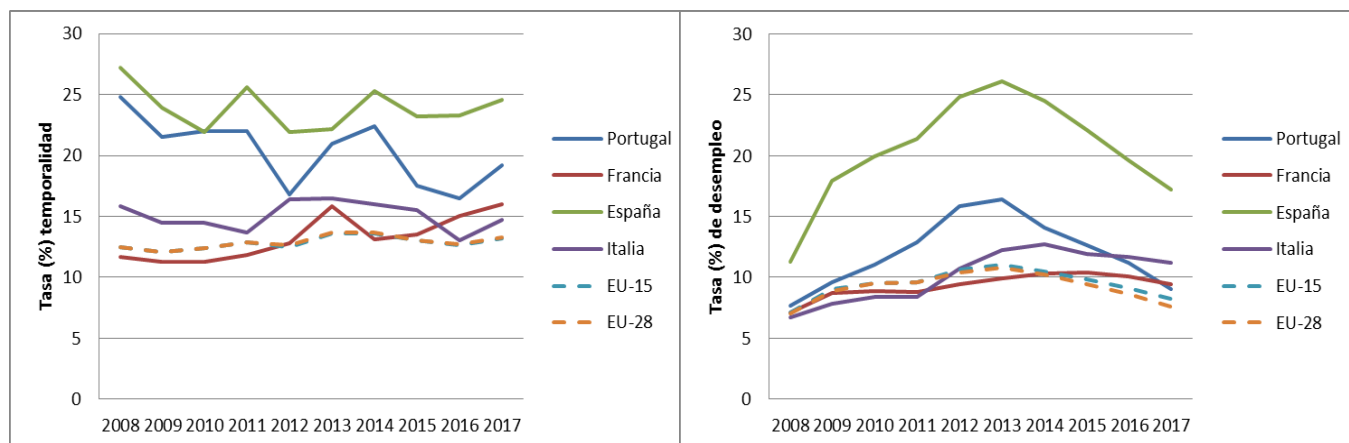
elevados índices de incidencia de la siniestralidad laboral, así como de su evolución reciente.

A tal efecto analizaremos, en primer lugar, la evolución y distribución de los principales indicadores de precariedad laboral<sup>1</sup> (contratación temporal, índices de rotación, segmentación) y sus efectos sobre los accidentes de trabajo para centrarnos, posteriormente, en evaluar el impacto y límites de la intervención sindical (presencia, audiencia e influencia) sobre la calidad del empleo y la salud laboral de los trabajadores (Beneyto, 2017).

## 1. CRISIS ECONÓMICA, PRECARIEDAD LABORAL Y ACCIDENTABILIDAD

El modelo de crecimiento económico de los países del sur de Europa se centra, en gran medida, en sectores que aportan bajo valor añadido y un uso intensivo de mano de obra poco cualificada, lo que puede explicar el impacto diferencial que ha tenido sobre los indicadores sociolaborales tanto en términos de precariedad como de salud laboral (Santos *et al.*, 2010).

**GRÁFICA II – Tasa de temporalidad y de desempleo en los países del sur de Europa (2008-2016)**



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat.

Eurostat. Temporary employees as percentage of the total number of employees, by sex, age and citizenship (%). Consultado el 16.12.2018, en

[https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsa\\_etpgan&lang=en](https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsa_etpgan&lang=en);

Eurostat. Unemployment rates by sex, age and citizenship (%). Consultado el 16.12.2018 de

[https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsa\\_urgan&lang=en](https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsa_urgan&lang=en).

<sup>1</sup> La precariedad laboral tiene múltiples dimensiones, entre otros, el trabajo no declarado e informal, sin embargo, para realizar análisis estadísticos comparados, solo se disponen datos cuantitativos sobre algunas de las principales dimensiones de la precariedad (contratación temporal, antigüedad, segmentación).

En efecto, tal y como podemos observar en la Gráfica II, mientras que Italia y Francia se encuentra en torno a la media de la Unión Europea (UE), las medidas de flexibilización llevadas a cabo por las reformas laborales de 2012 en España, y en menor medida Portugal, han derivado en elevadas tasas de temporalidad y desempleo, llegando a doblar la media europea en el caso español (Alós *et al.*, 2017), por lo que centraremos en ambos países nuestro análisis del impacto de dichas medidas sobre los accidentes de trabajo, según características de la empresa (sector de actividad y tamaño del centro de trabajo) y de los trabajadores (sexo, edad, situación profesional, tipo de contrato y antigüedad) en el periodo comprendido entre el inicio de las reformas laborales (2012) y el de los últimos datos disponibles en materia de siniestralidad (2016).

A tal efecto, se han realizado diversas operaciones estadísticas, transformando, en primer lugar, los datos absolutos de los accidentes totales en índices de incidencia (n.º de personas accidentadas/n.º de personas expuestas por cada 100 000 trabajadores/as) con objeto de garantizar la comparabilidad de los datos resultantes. Para efectuar las operaciones, se han utilizado los datos correspondientes al número de accidentes del Gabinete de Estrategia e Planeamiento (GEP/MTSSS)<sup>2</sup> para Portugal y las estadísticas de accidentes de trabajo del *Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*<sup>3</sup> para el caso español. El universo de control, es decir, el número – total de personas expuestas, se ha extraído de la *Encuesta de Población Activa* (EPA)<sup>4</sup> de cada país.

Para analizar las probabilidades de sufrir accidentes de trabajo por parte de los diferentes colectivos, se ha procedido al *cálculo del riesgo relativo* (en adelante RR), con un intervalo de confianza del 95 % (en adelante IC95 %), comúnmente utilizado en estudios epidemiológicos de salud pública, lo que nos proporciona información sobre el grado de asociación estadística de sufrir accidentes de trabajo entre un colectivo respecto a un grupo de control. De esta manera si el RR resultante es superior a 1, el colectivo correspondiente tendrá mayor probabilidad de sufrir un accidente de trabajo, mientras que si es inferior la probabilidad de registrar accidentes será menor. El IC95 %, nos proporciona información sobre si la relación es estadísticamente significativa en un nivel de confianza del 95 %. En este sentido el RR de sufrir accidentes de un grupo de personas trabajadoras frente a otro colectivo de control será significativa cuando entre el IC inferior y superior no se encuentra comprendido el valor número uno.

<sup>2</sup> Gabinete de Estrategia e Planeamento (GEP/MTSSS). Consultado el 22.12.2018, en <http://gep.msess.gov.pt/estatistica/acidentes/index.html>.

<sup>3</sup> *Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*. Consultado el 22.12.2018, en <http://www.mitramiss.gob.es/estadisticas/eat/welcome.htm>.

<sup>4</sup> EPA Portugal. Consultado el 21.12.2018, en [https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0005543&contexto=bd&selTab=tab2](https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005543&contexto=bd&selTab=tab2); EPA España. Consultado el 18.12.2018, en [https://www.ine.es/prensa/epa\\_prensa.htm](https://www.ine.es/prensa/epa_prensa.htm).

### 1.1. ACCIDENTES DE TRABAJO SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA EMPRESA

La Tabla I registra las desigualdades intersectoriales de los índices de incidencia por accidentes de trabajo, tanto en Portugal como en España, en la medida que el sector secundario, y más concretamente el de la construcción para el caso español, doblan prácticamente las respectivas medias nacionales, siendo máximas las diferencias en 2016 (RR= 2,07; IC95 % 1,99-2,15).

Tales resultados no hacen sino confirmar la hipótesis de estudios anteriores, en la medida que en los países mediterráneos la especialización productiva en sectores precarios e intensivos en mano de obra constituye un factor explicativo de los elevados índices de incidencia de accidentes de trabajo (Santos *et al.*, 2010; Payá y Beneyto, 2018a). La sectorialización del riesgo en la construcción y la industria manufacturera (Lima, 2002), no solo tendría que ver con aspectos meramente técnicos, sino también con factores sociales y tradiciones culturales en la gestión de la fuerza de trabajo (deslocalización productiva, alteración constante de las condiciones de trabajo, concentrado mayoritariamente en pequeñas empresas, con escasa o incluso nula regulación legal y cualificación profesional) (Lima, 2004: 5).

Por lo que refiere al tamaño de los centros de trabajo, los resultados obtenidos, muestran cómo las empresas de entre 1 a 9 trabajadores/as en Portugal, tienen mayor probabilidad de sufrir accidentes de trabajo, presentando las máximas diferencias en 2014 (RR= 1,28; IC95 % 1,23-1,33), mientras que en España se producen más accidentes en los centros de trabajo de entre 10 a 49 trabajadores/as (RR= 1,28; IC95 % 1,22-1,34; para el año 2012). Por contra, las personas ocupadas en empresas más grandes tienen una menor probabilidad de sufrir accidentes de trabajo, tanto en España (RR= 0,83; IC95 % 0,79-0,88, en 2016) como en Portugal (RR= 0,91; IC95 % 0,87-0,95, en 2016). Sin embargo, las empresas más pequeñas (de 1 a 9 personas) en España se encuentran por debajo de la media, lo que podría ser explicado por la infranotificación de accidentes de trabajo derivada de la débil o inexistente representación sindical que lucha por la notificación y registro de los accidentes de trabajo (Eaton y Nocerino, 2000).

Estudios previos han identificado una combinación de factores determinantes que vendrían a explicar la mayor siniestralidad laboral en las pymes, que presentan menores índices de gestión preventiva (Walters, 2004: 171; Naroki, 1997: 163), en función tanto de variables cuantitativas –falta de recursos humanos y materiales– como cualitativa –cultura familiar, patriarcal y autoritaria– y de representación (Alós *et al.*, 2013: 1073-1075) que limitan la capacidad de defensa y reivindicación de sus trabajadores (Lima, 2015: 195).

En definitiva, la especialización productiva en sectores intensivos en mano de obra y la fragmentación empresarial, derivadas de la creciente dinámica de las economías globales

hacia la subcontratación a empresas cada vez más pequeñas,<sup>5</sup> y con peores condiciones de trabajo, operan como factores determinantes de los índices de accidentes de trabajo, especialmente en los países del sur de Europa (Naroki, 1997; Monjardino *et al.*, 2017).

**TABLA I – Índice de Incidencia de accidentes totales y Riesgo Relativo por sector de actividad y tamaño de empresa en Portugal y España (2012-2016)**

|   | Año  | Portugal |                  | España  |                  |
|---|------|----------|------------------|---------|------------------|
|   |      | II*      | RR** (95 %)**    | II*     | RR** (95 %)**    |
| <b>Total</b>  | 2012 | 4.258,1  | 1                | 2.948,9 | 1                |
|   | 2013 | 4.415,5  | 1                | 3.009,2 | 1                |
|   | 2014 | 4.523,8  | 1                | 3.111,3 | 1                |
|   | 2015 | 4.582,8  | 1                | 3.252,0 | 1                |
|   | 2016 | 4.507,2  | 1                | 3.364,0 | 1                |
| <b>Sector de Actividad</b>                            |      |          |                  |         |                  |
| <b>Agrario</b>  | 2012 | 1.188,2  | 0,29 (0,27-0,31) | 4.339,2 | 1,45 (1,39-1,52) |
|   | 2013 | 1.448,7  | 0,34 (0,32-0,36) | 4.599,7 | 1,51 (1,44-1,57) |
|   | 2014 | 2.211,0  | 0,50 (0,48-0,53) | 4.768,8 | 1,51 (1,44-1,58) |
|   | 2015 | 2.545,1  | 0,57 (0,54-0,59) | 5.167,6 | 1,56 (1,49-1,63) |
|   | 2016 | 2.478,6  | 0,56 (0,55-0,57) | 5.143,4 | 1,50 (1,44-1,57) |
| <b>Industria</b><br>[Sector Secundario para Portugal] | 2012 | 7.339,3  | 1,67 (1,61-1,74) | 4.652,0 | 1,55 (1,48-1,62) |
|   | 2013 | 7.823,7  | 1,72 (1,66-1,78) | 4.590,7 | 1,50 (1,44-1,57) |
|   | 2014 | 7.956,5  | 1,70 (1,64-1,73) | 4.781,2 | 1,51 (1,45-1,58) |
|   | 2015 | 7.626,3  | 1,62 (1,56-1,68) | 5.087,5 | 1,54 (1,47-1,60) |
|   | 2016 | 7.121,7  | 1,54 (1,49-1,60) | 5.290,8 | 1,54 (1,48-1,61) |
| <b>Construcción</b>                                   | 2012 | -        | -                | 6.296,9 | 2,07 (1,98-2,16) |
|   | 2013 | -        | -                | 6.024,1 | 1,94 (1,86-2,03) |
|   | 2014 | -        | -                | 6.314,7 | 1,97 (1,89-2,05) |
|   | 2015 | -        | -                | 6.794,5 | 2,02 (1,94-2,10) |
|   | 2016 | -        | -                | 7.217,2 | 2,07 (1,99-2,15) |
| <b>Servicios</b>                                      | 2012 | 3.565,6  | 0,84 (0,81-0,84) | 2.305,6 | 0,79 (0,17-0,25) |
|   | 2013 | 3.645,8  | 0,83 (0,80-0,87) | 2.433,3 | 0,81 (0,77-0,86) |
|   | 2014 | 3.584,9  | 0,80 (0,77-0,83) | 2.513,7 | 0,81 (0,77-0,86) |
|   | 2015 | 3.696,8  | 0,81 (0,78-0,85) | 2.591,7 | 0,80 (0,76-0,84) |
|   | 2016 | 3.777,7  | 0,84 (0,81-0,88) | 2.677,9 | 0,80 (0,76-0,84) |

<sup>5</sup> Según Monjardino *et al.* (2017: 7) en Portugal “El 97% de las empresas son de 10 o menos trabajadores, las cuales concentran al 29% de los trabajadores, si bien 773 (0,1% del total) de empresas de más de 250 trabajadores concentran un 26% de los trabajadores”.



| Tamaño de centro de trabajo |      |         |                  |         |                  |
|-----------------------------|------|---------|------------------|---------|------------------|
| 1 a 9<br>trabajadores/as    | 2012 | 5.030,7 | 1,17 (1,13-1,22) | 2.183,1 | 0,75 (0,71-0,79) |
|                             | 2013 | 5.500,1 | 1,23 (1,19-1,28) | 2.118,2 | 0,71 (0,67-0,75) |
|                             | 2014 | 5.859,8 | 1,28 (1,23-1,33) | 2.210,7 | 0,72 (0,68-0,76) |
|                             | 2015 | 5.506,6 | 1,19 (1,15-1,24) | 2.280,5 | 0,71 (0,67-0,75) |
|                             | 2016 | 5.183,8 | 1,14 (1,10-1,19) | 2.320,7 | 0,70 (0,66-0,73) |
| 10 a 49<br>trabajadores/as  | 2012 | 4.989,4 | 1,16 (1,12-1,21) | 3.799,3 | 1,28 (1,22-1,34) |
|                             | 2013 | 4.453,8 | 1,01 (0,97-1,05) | 3.644,3 | 1,20 (1,15-1,26) |
|                             | 2014 | 4.563,3 | 1,01 (0,97-1,05) | 3.746,8 | 1,20 (1,14-1,25) |
|                             | 2015 | 4.318,4 | 0,94 (0,91-0,98) | 3.962,3 | 1,21 (1,16-1,27) |
|                             | 2016 | 4.296,3 | 0,96 (0,92-1,00) | 4.147,9 | 1,22 (1,17-1,28) |
| 50 o más<br>trabajadores/as | 2012 | 4.210,5 | 0,99 (0,95-1,03) | 2.459,5 | 0,84 (0,79-0,88) |
|                             | 2013 | 3.859,0 | 0,88 (0,84-0,92) | 2.441,0 | 0,82 (0,77-0,85) |
|                             | 2014 | 3.890,2 | 0,87 (0,83-0,90) | 2.497,0 | 0,81 (0,77-0,85) |
|                             | 2015 | 3.938,3 | 0,86 (0,83-0,90) | 2.693,1 | 0,83 (0,79-0,88) |
|                             | 2016 | 4.077,6 | 0,91 (0,87-0,95) | 2.790,4 | 0,83 (0,79-0,88) |

\* II= índice de incidencia de accidentes totales.

\*\* RR= riesgo relativo por sector de actividad o tamaño de empresa respecto a los índices de incidencia totales de cada país correspondiente a cada año.

\*\*\* IC95 %= Intervalo de confianza del riesgo relativo del 95 %.

Fuente: (GEP/MTSSS) de Portugal, *Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social de España* y EPA de ambos países. Cálculos y elaboración propia.

## 1.2. ACCIDENTES DE TRABAJO SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LOS/AS TRABAJADORES/AS

Si analizamos los índices de incidencia de los accidentes de trabajo por sexo (Tabla II) se puede observar cómo los hombres presentan, en ambos países, el doble de probabilidades de sufrir accidentes de trabajo que las mujeres (RR= 2,00; 1,92-2,09 y RR= 2,03; 1,93-2,13; respectivamente para el año 2016). Ahora bien, estas desigualdades en salud laboral puestas de manifiesto por las estadísticas oficiales podrían estar invisibilizando enfermedades no registradas que afectan con mayor prevalencia a las mujeres trabajadoras.

**TABLA II – Índice de Incidencia de accidentes totales y Riesgo Relativo por sexo en Portugal y España (2012-2016)**

| Año    | Portugal    |             |                  |
|--------|-------------|-------------|------------------|
|        | II* Hombres | II* Mujeres | RR** (95 %)**    |
| 2012   | 5.694,0     | 2.712,2     | 2,04 (1,95-2,13) |
| 2013   | 5.894,2     | 3.155,2     | 1,84 (1,77-1,92) |
| 2014   | 6.200,9     | 2.739,4     | 2,19 (2,10-2,29) |
| 2015   | 6.183,2     | 2.895,7     | 2,07 (1,98-2,16) |
| 2016   | 6.020,2     | 2.915,0     | 2,00 (1,92-2,09) |
| España |             |             |                  |
| 2012   | 2.982,6     | 1.815,0     | 1,62 (1,53-1,72) |
| 2013   | 3.968,6     | 1.963,4     | 1,98 (1,88-2,09) |
| 2014   | 4.095,9     | 2.039,1     | 1,97 (1,87-2,07) |
| 2015   | 4.313,6     | 2.088,9     | 2,02 (1,92-2,13) |
| 2016   | 4.466,1     | 2.155,5     | 2,03 (1,93-2,13) |

\* II= índice de incidencia de accidentes totales.

\*\* RR= riesgo relativo de los hombres respecto a las mujeres en cada país y año.

\*\*\* IC95 %= Intervalo de confianza del riesgo relativo del 95 %.

Fuente: (GEP/MTSSS) de Portugal, *Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social de España* y EPA de ambos países. Cálculos y elaboración propia.

Las políticas de desregulación y precarización de las condiciones de empleo y trabajo impuestas han derivado en un aumento de las patologías psicosociales (estrés, depresión, nerviosismo, problemas de sueño, etc.) (EU-OSHA, 2010). Diferentes investigaciones han puesto de manifiesto que el efecto combinado de la división sexual del trabajo, los roles familiares y las peores condiciones de trabajo hacen que las mujeres trabajadoras sufran con mayor prevalencia estos riesgos psicosociales (Artazcoz *et al.*, 2011; Arcas *et al.*, 2013). Sin embargo, estas patologías no se encuentran reconocidas legalmente como enfermedades profesionales en la mayoría de los países de la UE, estimándose para el caso español que “si se añadieran a las bajas por enfermedades profesionales reconocidas los aproximadamente 400.000 casos anuales de bajas por contingencia común provocadas por causas psicológicas o psiquiátricas, la cifra total aumentaría en casi un 40 %” (Sánchez y Conde, 2008: 287), lo que podría llegar a suponer una discriminación indirecta hacia las mujeres trabajadores en la medida que sufren con mayor intensidad estas patologías laborales.

Por lo que refiere a la edad de las personas trabajadoras también se constatan desigualdades en materia de salud laboral (Lima, 2015: 191). Mientras que los/as más jóvenes entre 15 y 24 años presentan mayor probabilidad de sufrir accidentes de trabajo que la media nacional, tanto en Portugal (RR= 1,54; IC95 % 1,49-1,60; en 2016) como en España (RR= 1,17; IC95 % 1,12-1,23; en 2016), las personas de mayor edad (55 o más

años) registran tasas de accidentes inferiores a la media (RR= 0,73; IC95 % 0,70-0,76; RR= 0,64; IC95 % 0,61-0,68; respectivamente).

Tales diferencias se explicarían no tanto por factores sectoriales (mayor o menor concentración de trabajadores en actividades de riesgo) sino por los de carácter estructural (desigual impacto de la crisis y el paro) y contractual (precariedad, temporalidad). Respecto del primer caso, la encuesta de población activa española permite identificar que la tasa de empleo en la construcción para trabajadores/as de 50 a 64 años fue del 5,8 % en 2012 y del 6 % en 2016, mientras que para los de 16 a 24 años fue del 5,4 % al 3,1 % respectivamente; diferencia que se mantiene en la industria manufacturera con tasas de ocupación del 12,5 % en 2012 y del 11,5 % en 2016 para los/las más mayores y del 9,67 % al 10,6 % respectivamente, para los/las más jóvenes.

En cuanto al desigual impacto de la crisis económica sobre el desempleo y la precariedad contractual, la encuesta de población activa de ambos países sitúan el nivel de desempleo de los/las jóvenes (34,2 % en 2012 y 26,16 % en 2016 para trabajadores/as de 20 a 24 años en Portugal y del 48,8 % al 41,4 % respectivamente, en España) muy por encima de las personas trabajadoras de mayor edad (12,7 % en 2012 y 11,2 % en 2016, para los/as trabajadores/as de 55 a 64 años en Portugal, y de un 17,4 % al 19,7 % respectivamente, para España), siendo aun mayor la diferencia en materia de precariedad, con tasas de temporalidad del 52,6 % en 2012 y del 62,8 % en 2016 para los/as trabajadores/as de 15 a 24 años en Portugal, y del 56,8 % al 67,7 % respectivamente, para el caso español, mientras que para los 55 a 64 años fue del 6,7 % en 2012 en ambos países y del 7,4 % en 2016 para Portugal y del 8,8 % en España.

Así pues, la débil posición de las personas más jóvenes en el mercado de trabajo hace que se vean obligados a aceptar condiciones precarias y, en consecuencia, susceptibles de sufrir más accidentes de trabajo (ver Tabla III) (Terrés *et al.*, 2004; Arocena Garro y Núñez Aldaz, 2005).

**TABLA III – Índice de Incidencia de accidentes totales y Riesgo Relativo por edad en Portugal y España (2012-2016)**

| Edad  | Año  | Portugal |                  | España  |                  |
|---|------|----------|------------------|---------|------------------|
|   |      | II*      | RR** (95 %)**    | II*     | RR** (95 %)**    |
| De 15 a 24 años<br>De 16 a 24 años<br>en España | 2012 | 6.772,5  | 1,55 (1,50-1,61) | 3.581,8 | 1,21 (1,15-1,27) |
|   | 2013 | 6.635,8  | 1,47 (1,42-1,53) | 3.164,7 | 1,05 (1,00-1,10) |
|   | 2014 | 6.946,0  | 1,50 (1,45-1,56) | 3.239,6 | 1,04 (0,99-1,09) |
|   | 2015 | 7.281,9  | 1,55 (1,49-1,61) | 3.529,1 | 1,08 (1,03-1,13) |
|   | 2016 | 7.121,6  | 1,54 (1,49-1,60) | 3.974,2 | 1,17 (1,12-1,23) |
| De 25 a 34 años                                 | 2012 | 5.009,0  | 1,17 (1,12-1,22) | 2.602,4 | 0,89 (0,84-0,93) |
|   | 2013 | 5.040,0  | 1,13 (1,09-1,18) | 2.528,6 | 0,84 (0,80-0,89) |
|   | 2014 | 5.035,9  | 1,11 (1,07-1,15) | 2.567,0 | 0,83 (0,79-0,87) |
|   | 2015 | 4.813,9  | 1,05 (1,01-1,09) | 2.749,8 | 0,85 (0,81-0,89) |
|   | 2016 | 4.804,9  | 1,06 (1,02-1,11) | 2.853,3 | 0,85 (0,81-0,90) |
| De 35 a 44 años                                 | 2012 | 4.473,9  | 1,05 (1,01-1,09) | 2.317,4 | 0,79 (0,75-0,83) |
|   | 2013 | 4.550,2  | 1,03 (0,99-1,07) | 2.321,8 | 0,78 (0,74-0,82) |
|   | 2014 | 4.481,0  | 0,99 (0,95-1,03) | 2.417,4 | 0,78 (0,74-0,82) |
|   | 2015 | 4.485,8  | 0,98 (0,94-1,02) | 2.531,7 | 0,78 (0,74-0,82) |
|   | 2016 | 4.286,8  | 0,95 (0,91-0,99) | 2.666,3 | 0,80 (0,76-0,84) |
| De 45 a 54 años                                 | 2012 | 4.145,1  | 0,97 (0,93-1,02) | 2.211,8 | 0,76 (0,72-0,80) |
|   | 2013 | 4.166,9  | 0,95 (0,91-0,99) | 2.308,7 | 0,77 (0,73-0,81) |
|   | 2014 | 4.416,1  | 0,98 (0,94-1,02) | 2.351,5 | 0,76 (0,72-0,80) |
|   | 2015 | 4.494,5  | 0,98 (0,94-1,02) | 2.462,3 | 0,76 (0,72-0,80) |
|   | 2016 | 4.475,5  | 0,99 (0,95-1,03) | 2.543,9 | 0,76 (0,72-0,80) |
| 55 o más años                                   | 2012 | 2.408,4  | 0,58 (0,55-0,60) | 1.899,1 | 0,65 (0,61-0,69) |
|   | 2013 | 2.423,3  | 0,56 (0,53-0,59) | 2.019,8 | 0,68 (0,64-0,71) |
|   | 2014 | 3.041,6  | 0,68 (0,65-0,71) | 2.070,1 | 0,67 (0,64-0,71) |
|   | 2015 | 3.280,9  | 0,72 (0,69-0,76) | 2.077,0 | 0,65 (0,61-0,68) |
|   | 2016 | 3.244,9  | 0,73 (0,70-0,76) | 2.136,0 | 0,64 (0,61-0,68) |

\* II= índice de incidencia de accidentes totales.

\*\* RR= riesgo relativo por tramo de edad respecto a los índices de incidencia totales de cada país correspondiente a cada año.

\*\*\* IC95 %= Intervalo de confianza del riesgo relativo del 95 %.

Fuente: GEP/MTSSS de Portugal, *Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social de España* y EPA de ambos países. Cálculos y elaboración propia.

### 1.3. ACCIDENTES DE TRABAJO SEGÚN SITUACIÓN PROFESIONAL Y TIPO DE CONTRATO

Por lo que refiere a las desigualdades de salud entre clases sociales, los análisis estadísticos realizados sobre la erosión del Estado de Bienestar por Stuckler *et al.* concluyeron que “la rápida privatización masiva como estrategia de transición económica fue un determinante crucial de las diferencias en las tendencias de mortalidad de adultos” (Stuckler *et al.*, 2009: 399; traducción propia). Esta situación, podría quedar también

reflejada en las estadísticas de salud laboral puesto que los/as trabajadores/as por cuenta ajena en el caso portugués llegan a quintuplicar las probabilidades de sufrir accidentes de trabajo con respecto a los/las propietarios/as de los medios de producción (RR= 5,73; IC95 % 5,33-6,15; en 2012), siendo también significativa dicha diferencia, aunque en menor medida, para el caso español (RR= 1,21; IC95 % 1,14-1,28; en 2012) (Tabla IV). La desregulación del mercado de trabajo español podría haber producido un efecto similar a la privatización de los servicios públicos de salud en la medida que la probabilidad de sufrir accidentes de trabajo entre empresarios/as y trabajadores/as aumentó desde un (RR= 1,21; IC95 % 1,14-1,28) en 2012 hasta un (RR= 1,54; IC95 % 1,45-1,62) en 2016, mientras que en Portugal las prevalencias no presentaron una tendencia temporal lineal.

**TABLA IV – Índice de Incidencia de accidentes totales y Riesgo Relativo por situación profesional en Portugal y España (2012-2016)**

|      | Portugal                          |                                 |                  |
|------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------|
| Año  | II* Trabajador/a por Cuenta Ajena | II* Trabajador/a Autónomo/a y/o | RR** (95 %)**    |
| 2012 | 5.147,2                           | 862,3                           | 5,73 (5,33-6,15) |
| 2013 | 5.313,2                           | 1.036,6                         | 4,92 (4,60-5,25) |
| 2014 | 5.054,9                           | 1.991,1                         | 2,46 (2,34-2,59) |
| 2015 | 4.628,4                           | 1.747,3                         | 2,58 (2,44-2,72) |
| 2016 | 4.866,3                           | 1.481,1                         | 3,18 (3,00-3,37) |
|      | España                            |                                 |                  |
| 2012 | 2.764,4                           | 2.277,3                         | 1,21 (1,14-1,28) |
| 2013 | 2.774,2                           | 2.241,1                         | 1,23 (1,17-1,30) |
| 2014 | 2.840,2                           | 2.220,5                         | 1,27 (1,20-1,34) |
| 2015 | 3.076,1                           | 2.025,9                         | 1,50 (1,42-1,59) |
| 2016 | 3.099,4                           | 1.995,6                         | 1,54 (1,45-1,62) |

\* I= índice de incidencia de accidentes totales.

\*\* RR= riesgo relativo de los/as trabajadores/as por cuenta ajena respecto a los/as autónomos/as y/o empresarios/as en cada país y año.

\*\*\* IC95 %= Intervalo de confianza del riesgo relativo del 95 %.

Fuente: GEP/MTSSS de Portugal, *Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social de España* y EPA de ambos países. Cálculos y elaboración propia.

Además de las desigualdades sociales entre capital y trabajo, las estadísticas españolas permiten comparar las diferencias de salud laboral entre la clase trabajadora, estudiando para tal efecto las desigualdades entre trabajadores/as por cuenta ajena según tipo de relación contractual (Tabla V) y antigüedad en la empresa (Tabla VI).

**TABLA V – Índice de Incidencia de accidentes totales y Riesgo Relativo por tipo de contrato en España (2012-2016)**

| Año             | II* Temporal | II* Indefinido | RR** (95 %)**    |
|-----------------|--------------|----------------|------------------|
|                 | <b>Leves</b> |                |                  |
| 2012            | 3.765,1      | 2.363,1        | 1,60 (1,59-1,61) |
| 2013            | 3.870,8      | 2.430,7        | 1,59 (1,58-1,61) |
| 2014            | 4.176,8      | 2.450,8        | 1,71 (1,70-1,72) |
| 2015            | 4.521,4      | 2.488,3        | 1,82 (1,81-1,83) |
| 2016            | 4.740,5      | 2.541,9        | 1,87 (1,86-1,88) |
| <b>Graves</b>   |              |                |                  |
| 2012            | 36,9         | 19,3           | 1,91 (1,78-2,05) |
| 2013            | 33,0         | 18,4           | 1,79 (1,66-1,93) |
| 2014            | 35,1         | 17,2           | 2,05 (1,90-2,20) |
| 2015            | 36,2         | 17,1           | 2,12 (1,97-2,27) |
| 2016            | 37,9         | 17,1           | 2,18 (2,02-2,34) |
| <b>Mortales</b> |              |                |                  |
| 2012            | 4,4          | 2,5            | 1,75 (1,43-2,13) |
| 2013            | 4,3          | 2,7            | 1,59 (1,30-1,95) |
| 2014            | 4,9          | 2,5            | 1,93 (1,59-2,34) |
| 2015            | 4,7          | 2,9            | 1,62 (1,35-1,95) |
| 2016            | 4,6          | 2,6            | 1,80 (1,49-2,16) |

\* II= índice de incidencia de accidentes leves, graves y mortales

\*\* RR= riesgo relativo de los/as trabajadores/as con contrato temporal respecto a los/as trabajadores/as con contrato indefinido para cada año.

\*\*\* IC95 %= Intervalo de confianza del riesgo relativo del 95 %.

Fuente: *Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social* y EPA.  
Cálculos y elaboración propia.

Los resultados obtenidos muestran cómo la modalidad contractual es un factor determinante de las desigualdades en salud laboral en la medida que las personas contratadas temporalmente refieren mayor número de accidentes de trabajo, tanto para los accidentes leves (RR= 1,87; IC95 % 1,86-1,88), como los graves (RR= 2,18; IC95 % 2,02-2,34) y mortales (RR= 1,80; IC95 % 1,49-2,16) para el año 2016, confirmando así los análisis de estudios previos (Boix *et al.*, 1997; Benavides *et al.*, 2006), según los cuales las políticas neoliberales de flexibilización estarían impactando negativamente sobre la salud de las personas trabajadoras, en especial en España y Portugal que presentan índices de temporalidad elevados (ver Gráfica II).

**TABLA VI – Índice de incidencia de accidentes totales y riesgo relativo según antigüedad en la empresa en España (2012-2016)**

| Año      | II* menor a 1 año | II* de 1 a 3 años | II* más de 3 años | RR** (95 %)****** | RR*** (95 %)****** |
|----------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
|          | Leves             |                   |                   |                   |                    |
| 2012     | 5.277,3           | 2.767,8           | 1.691,3           | 1,91 (1,89-1,92)  | 3,22 (3,20-3,24)   |
| 2013     | 5.258,5           | 2.797,3           | 1.710,2           | 1,88 (1,86-1,90)  | 3,10 (3,20-3,24)   |
| 2014     | 5.430,0           | 2.773,2           | 1.719,3           | 1,96 (1,94-1,98)  | 3,16 (3,14-3,18)   |
| 2015     | 5.953,6           | 2.728,1           | 1.697,6           | 2,18 (2,16-2,20)  | 3,48 (3,46-3,50)   |
| 2016     | 6.372,2           | 2.838,5           | 1.637,7           | 2,24 (2,23-2,26)  | 3,77 (3,75-3,79)   |
| Graves   |                   |                   |                   |                   |                    |
| 2012     | 48,9              | 21,2              | 15,35             | 2,44 (2,19-2,71)  | 3,37 (3,14-3,61)   |
| 2013     | 47,8              | 20,6              | 14,8              | 2,18 (1,95-2,44)  | 3,03 (2,81-3,26)   |
| 2014     | 46,4              | 21,1              | 13,0              | 2,19 (1,97-2,45)  | 3,57 (3,32-3,84)   |
| 2015     | 44,8              | 20,1              | 12,7              | 2,38 (2,14-2,65)  | 3,76 (3,50-4,04)   |
| 2016     | 51,7              | 21,8              | 14,5              | 2,24 (2,03-2,47)  | 3,93 (3,66-4,22)   |
| Mortales |                   |                   |                   |                   |                    |
| 2012     | 6,2               | 2,4               | 1,9               | 2,62 (1,92-3,58)  | 3,29 (2,69-4,03)   |
| 2013     | 5,8               | 2,5               | 2,0               | 2,28 (1,66-3,12)  | 2,89 (2,35-3,55)   |
| 2014     | 6,6               | 2,6               | 1,9               | 2,55 (1,88-3,46)  | 3,52 (2,90-4,27)   |
| 2015     | 6,2               | 3,1               | 2,1               | 2,04 (1,54-2,69)  | 3,02 (2,5-3,64)    |
| 2016     | 5,8               | 3,1               | 1,9               | 1,89 (1,45-2,47)  | 3,09 (2,55-3,75)   |

\* II= índice de incidencia de accidentes leves, graves y mortales.

\*\* RR= riesgo relativo de los/as trabajadores/as con menos de un año de antigüedad respecto a los/as trabajadores/as con 1 a 3 años de antigüedad en el centro de trabajo para cada año de referencia.

\*\*\* RR= riesgo relativo de los/as trabajadores/as con menos de un año de antigüedad respecto a los/as trabajadores/as con 3 o más años de antigüedad en el centro de trabajo para cada año de referencia.

\*\*\*\* IC95 %= Intervalo de confianza del riesgo relativo del 95 %.

Fuente: *Anuario de Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social* y EPA.  
Cálculos y elaboración propia.

La precariedad laboral en España ha llegado a ser de tal magnitud que la contratación temporal es cada vez de menor duración (50,6 días de media en 2017) afectando negativamente a la salud de las personas trabajadoras (Payá y Beneyto, 2018a). Los resultados aportados en el curso de nuestra investigación (Tabla VI) muestran una relación inversa entre antigüedad en el centro de trabajo y accidentabilidad laboral. Los/as trabajadores/as con menos de un año de antigüedad refieren el doble de accidentes de trabajo respecto a las personas que llevan de 1 a 3 años en la empresa, tanto para los accidentes leves (RR= 2,24; IC95 % 2,23-2,26; en 2016), como para los graves (RR= 2,24; IC95 % 2,03-2,47, para 2016) y mortales (RR=1,89; IC95 % 1,45-

2,47), llegando a triplicarse ampliamente cuando se compara con las personas con 3 o más años de antigüedad en el centro de trabajo.

En conclusión, la fragilidad del mercado laboral junto a las políticas neoliberales de flexibilización han afectado gravemente a la salud de las personas trabajadoras operando como factores determinantes de los elevados índices de accidentes laborales en los países del sur de Europa, poniendo de manifiesto, asimismo, las múltiples desigualdades de salud entre clases sociales, identificadas importantes diferencias entre empresarios/as y asalariados/as; trabajadores/as jóvenes y mayores; temporales y indefinidos, entre personal inexperto y los de mayor antigüedad, agravado todo ello por la discriminación indirecta por cuestión de género.

## **2. IMPACTO Y LÍMITES DE LA LUCHA SINDICAL EN SALUD LABORAL**

### **2.1. IMPACTO**

Observado las desigualdades sociales, consideramos que la salud laboral no puede verse únicamente desde un punto de vista tecnocrático y pretendidamente objetivo derivado de criterios prefijados por los profesionales de la prevención de riesgos laborales, sino que debe analizarse en el marco de las relaciones asimétricas entre capital y trabajo, como una dimensión más de la lucha obrera por la mejora de sus condiciones de vida y de trabajo:

La subjetividad obrera se inscribe en el centro de la construcción de la salud que es una movilización, consciente o no, individual o colectiva, de las potencialidades de adaptación del ser humano que le permite interactuar con su entorno de manera más o menos eficaz en su lucha contra el sufrimiento (físico o psíquico), las discapacidades, las patologías o la muerte. (Vogel, 2016a: 14)

Desde un punto de vista histórico, consideramos que dos hitos representan la lucha obrera en materia de seguridad y salud laboral en Europa occidental. En primer lugar, las protestas llevadas a cabo en Francia contra la *céruse* (albaya de plomo) utilizada para elaborar la pintura blanca que recubría las paredes de los edificios en el siglo XIX y principios del XX, responsable del saturnismo que padecían millones de pintores. La fabricación de la *céruse* fue muy importante para la economía de Francia que aglutinaba en la región de Lille la mayor parte de la producción europea. Desde mediados del siglo XIX los higienistas ya conocían que el blanco de plomo provocaba graves problemas de salud y, además, se podía sustituir fácilmente por el inofensivo óxido de zinc pero, sin embargo, era mucho más caro que la *céruse*, por lo que los/as grandes patronos/as de Lille con objeto de preservar su *lobby* presionaron al gobierno y medios de



comunicación. El gobierno francés no se planteó prohibir de manera definitiva el uso de la *céruse* hasta la intervención de la Unión Sindical de Pintores de la Confederación General del Trabajo (CGT), que provocó grandes huelgas durante tres semanas (desde el 13 de marzo hasta el 3 de abril 1906), con el paro de doscientas cuarenta empresas de pintura en Lille y la participación de más de mil pintores/as, la mayoría sindicados/as, lo que obligó a la aprobación del decreto que prohibía la utilización del plomo blanco para la fabricación de pinturas (Rainhorn, 2010).

El segundo hito histórico de la lucha sindical en defensa de la salud de los/as trabajadores/as fue la utilización a partir de 1830 del fósforo blanco para la elaboración de cerillas, responsable de la necrosis de mandíbula entre los/as obreros/as del sector. Al igual que en el caso de la *céruse*, entre 1845-1850, se comprobaron las elevadas tasas de mortalidad que producía el que denominaban comúnmente “veneno blanco”, y en 1844, se descubrió el fósforo rojo que realizaba la misma función pero sin producir daños para la salud. Sin embargo, los/as empresarios/as defendían el fósforo blanco porque los/las clientes lo preferían al ser más fáciles de encender, por lo que, al igual que en el caso de la *céruse*, presionaron y consiguieron retrasar en más de 40 años su prohibición. En este periodo cabe destacar las huelgas de las fábricas de cerillas Bryantand May en 1888 en Londres como un movimiento clave en la lucha contra el fósforo blanco y, a su vez, muchos/as historiadores/as lo consideraron la génesis de la independencia política de la clase obrera británica (Vogel, 2016a).

Estos dos episodios ponen de manifiesto que la salud laboral no es una simple variable tecnocrática objetiva, y que la lucha sindical ha tenido y tiene un papel fundamental en la defensa de los derechos a la seguridad y salud de los/as trabajadores/as en el ejercicio de su actividad.

En la actualidad, con la aprobación de la Directiva Marco 89/391-CEE de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los/as trabajadores/as en el trabajo, de carácter vinculante y de obligada transposición para todos los estados pertenecientes a la UE, se reconoce, en su artículo 11.3, el derecho de los/as trabajadores/as a ser informados/as, consultados/as y a participar a través de representantes especializados/as (delegados/as de prevención o comités de salud laboral, según la configuración de cada país) en la gestión de la prevención de riesgos laborales en la empresa (Benavides *et al.*, 2018). Así pues, dicha directiva crea un nuevo órgano de representación especializado complementario e incluso superpuesto a los tradicionales de carácter general (unitaria y/o sindical) (Payá, 2014).

Diversas investigaciones econométricas llevadas a cabo en diferentes sistemas y contextos de relaciones laborales, como los casos del Reino Unido (Walters y Nichols, 2007), Francia (Coutrot, 2009), Italia (Istituto per il Lavoro, 2006) y España (Ollé-Espluga

*et al.*, 2015; Payá y Beneyto, 2018a), han puesto de manifiesto que en aquellos centros de trabajo en los que hay representantes especializados/as, se logra implementar niveles y estándares más elevados de gestión preventiva. Es decir, las empresas que cuentan con delegados/as de prevención tienen mayor probabilidad de que se evalúen los riesgos y se planifiquen acciones de prevención para eliminarlos. Además, también ha quedado acreditado en numerosas investigaciones que la presencia de representación especializada garantiza un menor número de accidentes de trabajo (Reilly *et al.*, 1995; Nichols *et al.*, 2007; Robinson y Smallman, 2013). A todo ello, habría que añadir que estudios comparados han identificado que los Estados que cuentan con una mayor fortaleza sindical presentan una tasa de accidentes de trabajo menor (Rueda, 2004; Payá y Beneyto, 2018b).

## 2.2. LÍMITES A LA INTERVENCIÓN SINDICAL

Constatado el impacto positivo de la acción sindical sobre la salud laboral, consideramos que, además de los factores contextuales y modalidades contractuales que condicionan la evolución de la accidentabilidad laboral vistos en el primer apartado, las políticas neoliberales también han erosionado los recursos de poder sindical de los países del sur de Europa y, por tanto, devienen como un factor explicativo de la elevada tasa de accidentes de trabajo, por lo que nos centraremos ahora en su análisis y evaluación (Payá y Beneyto, 2018b; Vogel, 2016).

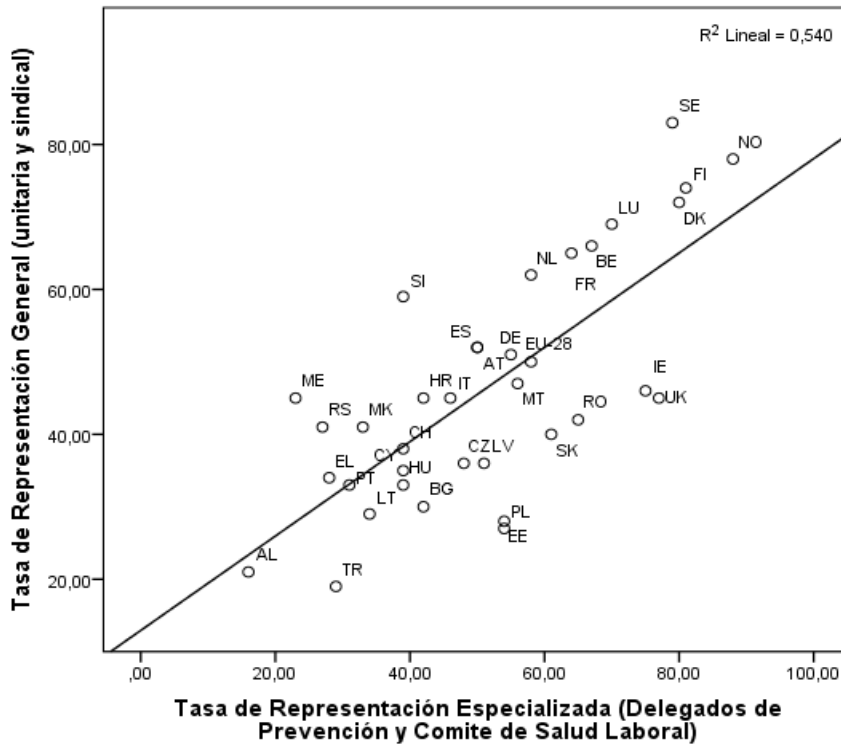
Para ello, en primer lugar, es necesario identificar los recursos de poder sindical. En este sentido, Gumbrell-McCormick y Hyman (2013: 30-31) enumeran y sintetizan los distintos recursos de poder sindical que cuentan con amplio reconocimiento internacional, pudiéndose diferenciar entre: a) el *poder estructural* (posición y poder de negociación de los/as trabajadores/as en el mercado de trabajo); b) el *poder asociativo*, que a su vez puede dividirse en *presencia* (tasa de afiliación sindical) y *audiencia electoral* (elección democrática de representantes de los/as trabajadores/as en los centros de trabajo) (Beneyto, 2017); c) el *poder institucional* (acuerdos institucionales fruto de la concertación y/o diálogo social y la negociación colectiva) y, por último, d) el *poder social o societal*, que puede dividirse entre el poder discursivo y colaborativo, del que no nos ocupamos en este artículo por ocuparse de problemáticas (relaciones entre sindicatos y nuevos movimientos sociales) que exceden los objetivos de nuestra investigación y han sido analizadas en profundidad por otros autores (Fonseca y Estanque, 2018; Beneyto, 2017).

### 2.2.1. EROSIÓN DEL PODER ASOCIATIVO EN SALUD LABORAL

En referencia al *poder asociativo*, la última *Encuesta Europea sobre las Condiciones de Trabajo* (Eurofound, 2015) informa de la tasa de *presencia e influencia* sindical, tanto de

la representación general (unitaria y sindical) como de la especializada (delegados/as de prevención y comités de salud laboral). Del análisis de regresión lineal realizado sobre ambas series de datos (Gráfica III) se pueden extraer varias conclusiones.

**GRAFICA III – Relación entre representación general y especializada en salud laboral en EU-28**



Fuente: *Sixth European Working Conditions Survey* (Eurofound, 2015).  
Cálculos y elaboración propia.

En primer lugar, que existe una correlación positiva entre dichos sistemas de representación ( $R^2 = 0,540$ ;  $p < 0,000$ ), por lo que aquellos países con mayor densidad de afiliación sindical también presentan una mayor tasa de representación especializada en salud laboral, debido a que en la mayoría de los casos los/las delegados/as de prevención son elegidos/as por la representación sindical (Payá, 2014). En segundo lugar, se observa como prácticamente la mitad de las empresas de EU-28 tiene representación tanto general como especializada, pero sin embargo, existe una elevada heterogeneidad: mientras que los países del sistema escandinavo presentan una cobertura representativa en torno al 80 % de los centros de trabajo y los del área germánica o centro europea próximos a la media, los países del área oriental y sur de Europa registran, en términos generales, resultados muy por debajo de la media, lo que podría explicar en parte, tal y como manifestaban los estudios previos, la elevada tasa de accidentes de trabajo de los países del sur.

Diferentes características estructurales (históricas y culturales) y coyunturales (regulación legal, mercado laboral y ciclo económico) podrían explicar la heterogeneidad del *poder asociativo* entre los países europeos. En referencia a las primeras características, diferentes estudios comparados de los sistemas de relaciones laborales (Crouch, 2017; Lehdorff *et al.*, 2017) ponen de manifiesto que los países del sistema escandinavo presentan elevada cobertura representativa derivada, entre otras causas, de su tradición socialdemócrata, una cultura de cooperación entre capital y trabajo proyectada a través de la concertación social tripartita y la implementación del sistema Ghent, en el que los sindicatos participan institucionalmente en la gestión de las prestaciones por desempleo.

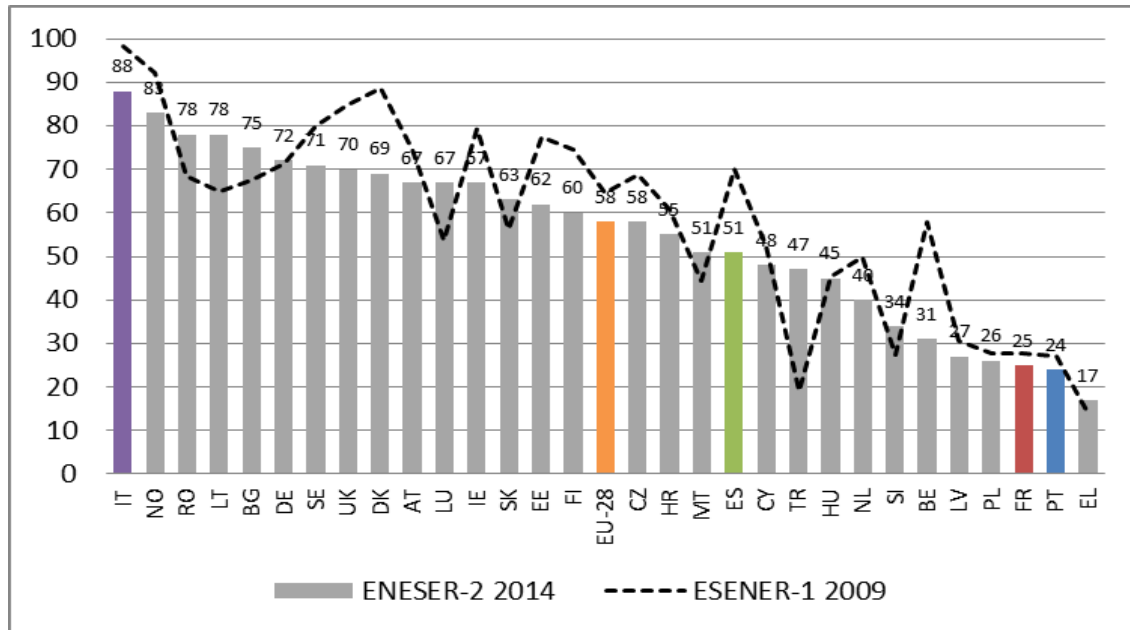
Por el contrario, el sistema de relaciones laborales del sur de Europa, se ha caracterizado históricamente por una mayor conflictividad entre capital y trabajo, mayor intervención estatal en la regulación de las normas de empleo y la extensión *erga omnes* (eficacia general) de los convenios colectivos, lo que activa el efecto *free rider*, desincentivando la afiliación sindical y explicando, en cierta medida, el *bajo poder asociativo* (niveles de afiliación del 19,2 % de media en los países del sur, oscilando entre el 7,7 % de Francia y el 37,3 % de Italia). Sin embargo, dicho sistema garantiza, por otro lado, un elevado *poder institucional*, puesto que la eficacia general de los convenios colectivos estatales y sectoriales negociados por los sindicatos más representativos se aplica a todas las personas trabajadoras, garantizando una cobertura de la negociación colectiva próxima al 80 %.

Por lo que refiere a las características coyunturales, la flexibilización y desregulación de las condiciones de trabajo no solo ha impactado directamente sobre la salud de las personas, sino que también lo ha hecho indirectamente, puesto que, las políticas neoliberales han debilitado los recursos de intervención de los sindicatos en la medida que erosionan el *poder estructural* y este a su vez el *poder asociativo*. Así pues, es conocido que altas tasas de desempleo, de rotación y temporalidad de los/as trabajadores/as limitan su capacidad de negociación (*poder estructural*), siendo este uno de los principales motivos de desafiliación (*poder asociativo*), debilitando con ello la capacidad de presión sindical en los centros de trabajo en defensa, entre otras reivindicaciones, de las relacionadas con la salud laboral y la prevención de riesgos (Alós *et al.*, 2013).

De hecho, al comparar los datos registrados de las dos *Encuestas Europeas de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes* (ESENER-1) realizadas en 2009 (EU-OSHA, 2009) y ESENER-2 en 2014 (EU-OSHA, 2014) sobre la tasa de representación especializada en salud laboral (Gráfica IV), se observa una reducción de la cobertura de delegados/as de prevención, que paso de una tasa media europea del 64,6 % en el 2009

al 58 % en 2014, registrándose un descenso generalizado del nivel de cobertura, siendo muy significativo el caso de España que pasó de una tasa del 70 % en 2009 a un 51 % en 2014, lo que se explicaría por las altas tasa de desempleo y temporalidad del mercado de trabajo español y la consiguiente erosión de los recursos de intervención sindical.

**GRÁFICA IV – Evolución tasa de delegados/as de prevención en EU-28 (2009 y 2014)**



Fuente: ESENER (EU-OSHA, 2009) y ESENER 2 (EU-OSHA, 2014). Elaboración propia.

El efecto combinado del reducido *poder asociativo* de la representación general y especializada del sistema mediterráneo de relaciones laborales junto a la erosión y desregulación de las condiciones de trabajo, ha hecho que Francia y Portugal como también Grecia, registren la tasa más baja de delegados/as de prevención situándose en un 25 %, 24 % y 17 % respectivamente, muy lejos de la media europea situada en un 58 %.

El tamaño de la empresa es, también, un factor determinante, tanto a nivel de representatividad, siendo menor en las pymes que en las grandes empresas (Alós *et al.*, 2013) como a nivel cualitativo, puesto que disponen menos recursos materiales y humanos para gestionar la salud laboral (Walters, 2004), y la existencia de una cultura paternalista y autoritaria impide la participación sindical (Narocki, 1997), lo que vendría a explicar la mayor tasa de accidentes de trabajo en las pymes (ver Tabla I).

En términos de cobertura de la representación especializada, al igual que la representación general, la mayoría de los países de Europa establecen, por transposición a sus legislaciones nacionales de la Directiva Marco 89/391-CEE, umbrales mínimos de trabajadores/as para poder realizar elecciones de órganos de representación especializados (Payá, 2014). Así, la Ley 102/2009, de 10 de Septiembre sobre el

Régimen Jurídico da Promoción de la Seguridad y Salud en el Trabajo (en adelante LPSST) de Portugal o la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante LPRL) de España, fijan el número de representantes especializados en función de la plantilla del centro de trabajo (Tabla VII). Ahora bien, mientras que en Portugal no existe umbral mínimo para elegir un o una representante, en España es necesario que la empresa cuente, al menos, con seis trabajadores/as.

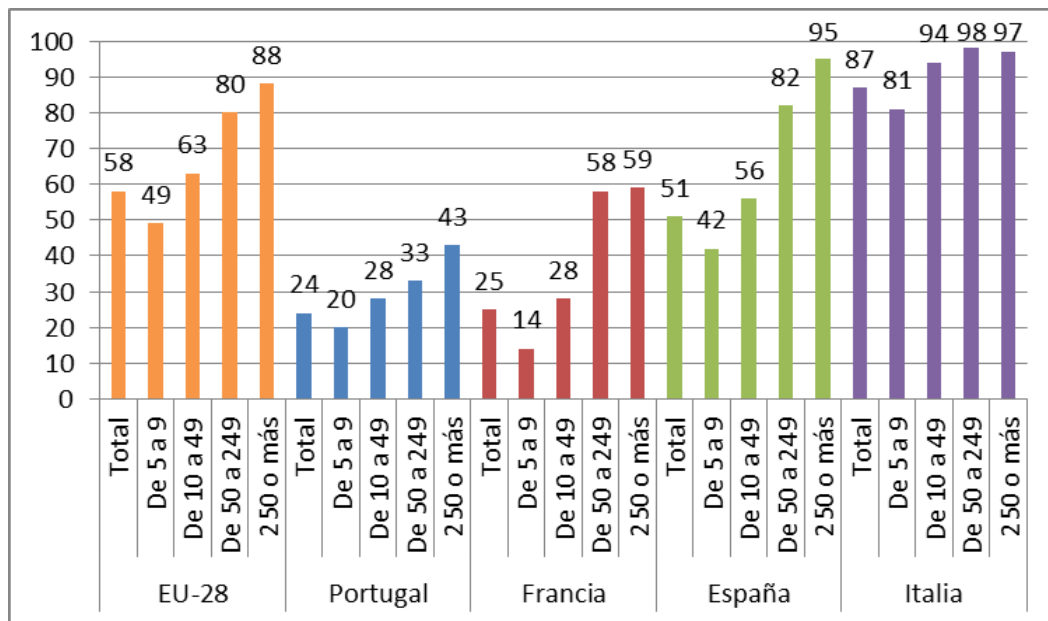
**TABLA VII – Número de representantes especializados por tamaño del centro de trabajo en Portugal y España**

| Portugal               |                       | España                 |                       |
|------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| N.º de trabajadores/as | N.º de representantes | N.º de trabajadores/as | N.º de representantes |
| Menos de 61            | 1                     | De 6 a 49              | 1                     |
| De 61 a 150            | 2                     | De 50 a 100            | 2                     |
| De 151 a 300           | 3                     | De 101 a 500           | 3                     |
| De 301 a 500           | 4                     | De 501 a 1.000         | 4                     |
| De 501 a 1000          | 5                     | De 1001 a 2000         | 5                     |
| De 1000 a 1500         | 6                     | De 2001 a 3000         | 6                     |
| Más de 1500            | 7                     | De 3001 a 4000         | 7                     |
| -                      | -                     | De 4001 en adelante    | 8                     |

Fuente: Artículo 21.4 de la LPSST, y artículos 34.1 y 35.2 de la LPRL.  
Elaboración propia.

A todo ello, cabría añadir, que la configuración española socava las posibilidades de representación en las empresas más pequeñas puesto que recaerá sobre la misma persona las competencias de la representación general y la específica en salud laboral, acumulando ambas funciones ya que estos últimos son elegidos *por y entre* la representación general. Sin embargo, la ley no amplía el crédito de horas de representación más allá de las atribuidas al sistema general (art. 37.1 de la LPRL) salvo que se disponga por negociación colectiva (Disposición transitoria primera de la LPRL), mientras que la normativa portuguesa, otorga cinco horas al mes exclusivas para la defensa de los intereses específicos en salud laboral (art. 21.7 de la LPSST).

Así las cosas, la configuración legal de los órganos de representación especializados en salud laboral vendría a explicar la desigual cobertura entre las empresas más pequeñas y las de mayor tamaño tanto para los países del sur como para la media europea, salvo Italia, por las particularidades que a continuación analizamos (Gráfica V).

**GRÁFICA V – Tasa de representación especializada según el tamaño de empresa**

Fuente: ESENER-2 (EU-OSHA, 2014). Elaboración propia.

### 2.2.2. EL MODELO ITALIANO. LOS/LAS DELEGADOS/AS DE PREVENCIÓN TERRITORIALES COMO RECURSO DE PODER ASOCIATIVO EN SALUD LABORAL

El caso italiano merece un análisis pormenorizado por cuanto que, a diferencia del resto de países del sur, presenta una densidad de delegados de prevención del 88 % (ver Gráfica IV) situándose como el país europeo con mayor cobertura en la materia, por delante incluso de los países del área escandinava, lo que podría explicar en cierta medida su menor tasa de accidentes de trabajo (ver Gráfica I). Sin embargo, es uno de los pocos países en los que la representación general y especializada no correlaciona puesto que la tasa de afiliación sindical (*presencia*) se sitúa en torno al 37 %.

Esta situación se explica históricamente por el denominado “modelo obrero italiano” construido a partir de los años 60 y 70 del siglo XX y que ha tenido un importante impacto en el cambio del enfoque tradicional de la seguridad y salud laboral de toda Europa. Dicho modelo se caracterizó por una fuerte lucha sindical y movilizaciones masivas en defensa de la salud en el trabajo bajo dos principios. El primero “la salud no se vende” en la medida que los sindicatos no se planteaban como objetivo conseguir mejores condiciones económicas a través de la negociación colectiva mediante pluses de toxicidad o nocturnidad, sino que la lucha sindical se centraba en reivindicar la eliminación de los riesgos laborales. El segundo “la salud no se delega” que inspiró la actual Directiva Marco, puesto que se centra en la subjetividad de la salud laboral. Así pues, la lucha del movimiento sindical italiano reclamaba la participación obrera en la

toma de decisiones en salud laboral y que no se vinculara únicamente a decisiones tecnocráticas de especialistas en prevención de riesgos (Vogel, 2016b).

Dicha tradición histórica derivó en que los sindicatos italianos crearan, entre otras, la figura de los/as delegados/as de prevención territoriales por sector y localización geográfica, los/as llamados/as *rappresentante dei lavoratori per la sicurezza territoriale o di comparto* (“representantes/as de los/as trabajadores/as territoriales o sectoriales para la seguridad”), configurando una red de representantes especializados/as de carácter supraempresarial que ha permitido la penetración sindical en las empresas más pequeñas sin representación propia (Fulton, 2018), lo que explica su elevada cobertura representativa que llega, incluso, al 81 % en las empresas más pequeñas (ver Gráfica V).

Así pues, observado el éxito del modelo italiano, la estrategia sindical del resto de países del sur podría pasar por consolidar sistemas de representación territorial para aumentar la cobertura en un tejido empresarial fragmentado. En este sentido, el artículo 35.4 de la LPRL permite en España crear, a través de la negociación colectiva, ámbitos de representación distintos a los propios del centro de trabajo pero, sin embargo, pocos convenios recogen dichas cláusulas. La experiencia más desarrollada en España son los Acuerdos Interconfederales para la creación y regulación de los delegados territoriales de prevención en el Principado de Asturias que llevan aplicándose desde el año 2005 con resultados positivos (González-Lada, 2006).

### 2.2.3. EROSIÓN Y LÍMITES DEL PODER INSTITUCIONAL EN SALUD LABORAL

Las políticas neoliberales también han erosionado los recursos de poder institucional en los que históricamente se ha sostenido la fortaleza sindical del sistema latino o mediterráneo de relaciones laborales. Las reformas laborales de 2012 fueron utilizadas para debilitar el *poder institucional* de los sindicatos portugueses y españoles. Tal como señalan Alós *et al.* (2017), en España, la erosión de la negociación colectiva se articuló en tres frentes: a) descentralización de ámbitos priorizando el convenio de empresa al sectorial; b) facilitación a las empresas del descuelgue o inaplicación de los convenios sectoriales y c) eliminación de la ultraactividad, es decir, del carácter vinculante de los convenios colectivos tras expirar su período de vigencia y en tanto se renovaba su contenido.

Leite *et al.* (2014) y Lima (2016) describen una situación similar en Portugal, sin embargo, la diferencia más importante, radica en que la normativa portuguesa ha limitado la extensión *erga omnes* de los convenios colectivos, lo que podría explicar (ver Tabla VIII) que a partir de 2012 empiece a reducirse notablemente la tasa de cobertura de los convenios publicados anualmente (del 48,4 % en 2012 al 19,3 % en 2015). No obstante, la cobertura total en 2015 fue del 80,1 %. A pesar de ello esta estadística general puede



ser engañosa, en la medida que los acuerdos anteriores a la reforma laboral todavía están vigentes. Mientras tanto, España al preservar la extensión de los convenios y sus cualidades durkheimianas, mantendrían el poder institucional en una tasa de cobertura estable alrededor del 70 % (Rigby y García-Calavia, 2018).

**TABLA VIII – Evolución de la tasa de cobertura de la negociación colectiva en Portugal y España (2005-2015)**

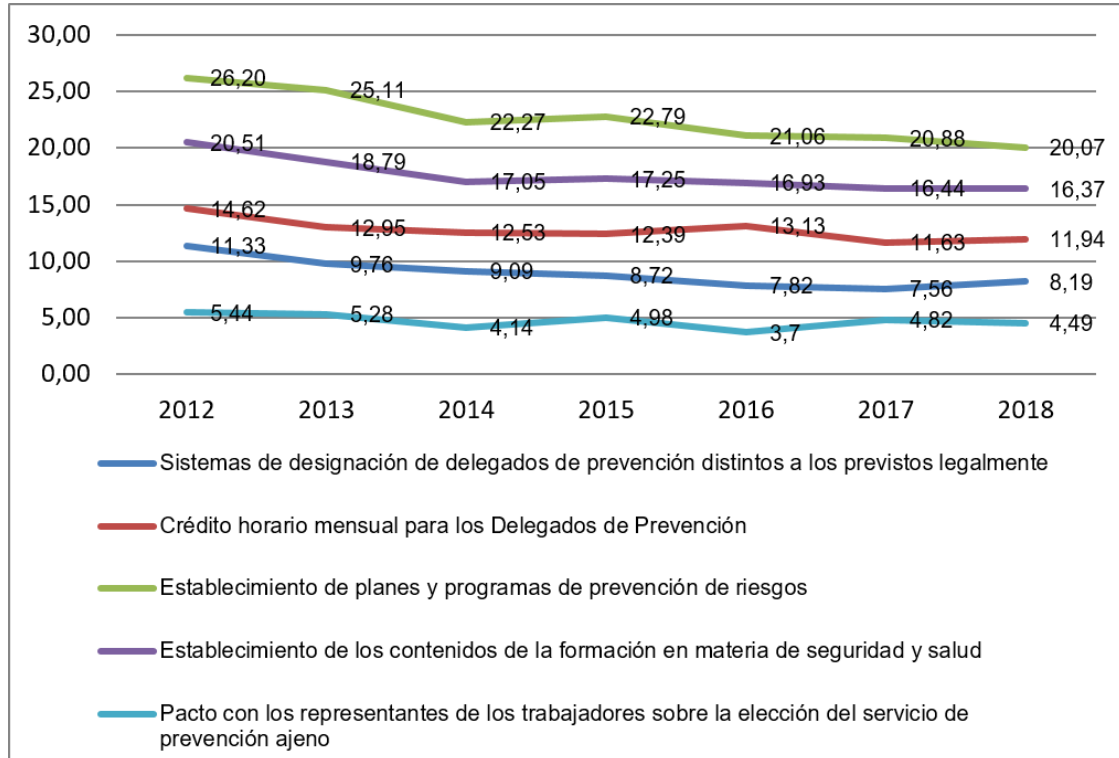
| Año  | Portugal             |   |   | España               |   |   |
|------|----------------------|---|---|----------------------|---|---|
|      | Convenios publicados | Tasa de cobertura de convenios publicados | Tasa de cobertura de convenios en vigor | Convenios publicados | Tasa de cobertura de convenios publicados | Tasa de cobertura de convenios en vigor |
| 2005 | 255                  | 40,9                                      | 84,8                                    | 2406                 | 27,1                                      | 67,1                                    |
| 2006 | 244                  | 52,6                                      | 83,6                                    | 2323                 | 22,0                                      | 67,8                                    |
| 2007 | 251                  | 53,4                                      | 83,9                                    | 2269                 | 30,2                                      | 68,4                                    |
| 2008 | 296                  | 65,5                                      | 83,7                                    | 2376                 | 24,8                                      | 71,0                                    |
| 2009 | 251                  | 50,6                                      | 83,5                                    | 1752                 | 19,5                                      | 72,8                                    |
| 2010 | 230                  | 54,1                                      | 85,4                                    | 1460                 | 16,9                                      | 69,2                                    |
| 2011 | 170                  | 48,4                                      | 84,6                                    | 1445                 | 17,7                                      | 69,3                                    |
| 2012 | 85                   | 13,7                                      | 81,9                                    | 1580                 | 21,9                                      | 69,3                                    |
| 2013 | 94                   | 10,1                                      | 81,0                                    | 2501                 | 37,3                                      | 73,0                                    |
| 2014 | 152                  | 10,0                                      | 80,5                                    | 1859                 | 15,2                                      | 72,1                                    |
| 2015 | 138                  | 19,3                                      | 80,1                                    | 1606                 | 24,0                                      | 69,2                                    |

Fuentes: Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT)/Centro de Relações Laborais (CLS) para Portugal; Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (MITRAMISS) para España. DGERT/CLS. Negociação coletiva em números. Consultado el 08.11.2019, en <https://www.crlaborais.pt/inf-estatistica>; MITRAMISS. Estadística de Convenios Colectivos de Trabajo. Consultado el 08.11.2019, en <http://www.mitramiss.gob.es/estadisticas/cct/welcome.htm>.

Ahora bien, el hecho de mantener cierta tasa de cobertura puede encubrir las dificultades de negociar aspectos cualitativos. De hecho, los estudios realizados muestran cómo condiciones de trabajo esenciales para la salud laboral (horario de trabajo, ritmos de producción, distribución regular de horarios etc.) habrían experimentado una fuerte erosión (Leite *et al.*, 2014); Lima, 2016). A ello habría que sumar el retroceso en las estadísticas de las cláusulas cualitativas referidas a la salud y seguridad en el trabajo. En este sentido, tal y como se muestra en la Gráfica VI todos los

aspectos relativos a la seguridad y salud laboral en España habrían sufrido una significativa reducción.

**GRAFICA VI – Evolución de las cláusulas cualitativas sobre salud laboral en España (2012-2018 – datos provisionales)**



Fuente: Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (MITRAMISS). Elaboración propia.

Finalmente, las políticas de austeridad también habrían debilitado la capacidad de intervención de la Inspección de Trabajo, encargada de vigilar y controlar el cumplimiento normativo en materia de salud laboral. Dicha institución ha experimentado un fuerte descenso en el número de inspectores/as en los países del sur de Europa, como acreditan los respectivos informes anuales de las Inspecciones de Trabajo<sup>6</sup> (Portugal ha pasado de disponer 359 inspectores/as en 2012 a 314 en 2016, España de 1871 a 1797 y Francia de 1428 a 745 para el mismo periodo). A todo ello habría que sumar que a diferencia del resto de países europeos que disponen una inspección especialista en salud laboral, en los del sur la inspección es de carácter generalista, acumulando una elevada carga de trabajo por tener que controlar el cumplimiento de toda la normativa, tanto la relativa a las relaciones de empleo y seguridad social como la correspondiente a

<sup>6</sup> Portugal: [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/SobreACT/DocumentosOrientadores/RelatorioActividades/Documents/RelatorioAI2016\\_20170910.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/SobreACT/DocumentosOrientadores/RelatorioActividades/Documents/RelatorioAI2016_20170910.pdf).

España: [http://www.mitramiss.gob.es/itss/ITSS/ITSS\\_Descargas/Que\\_hacemos/Memorias/Memoria\\_2016.pdf](http://www.mitramiss.gob.es/itss/ITSS/ITSS_Descargas/Que_hacemos/Memorias/Memoria_2016.pdf).

Francia: [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/l\\_inspection\\_du\\_travail\\_en\\_france\\_en\\_2016.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/l_inspection_du_travail_en_france_en_2016.pdf). Documentos consultados el 20.12.2018.

la salud laboral (Castejón y Crespán, 2007). En definitiva, se trata de políticas deliberadas para socavar el poder de la Inspección de Trabajo y a su vez, de reducir las posibilidades de presión sindical para fortalecer las políticas de flexibilización empresarial.

## CONCLUSIONES

La investigación, cuyas principales conclusiones hemos presentado, tenía por objeto analizar el impacto de las políticas de austeridad económica y desregulación impuestas por la *Troika* sobre la salud laboral de los países del sur de Europa.

Por un lado, se han identificado importantes desigualdades sociales entre el capital y trabajo, en la medida que los/las trabajadores/as por cuenta ajena en Portugal presentan cinco veces más probabilidades de sufrir accidentes de trabajo que los/las empresarios/as, como resultado de las condiciones de trabajo precarias a las que se encuentra sometida la población asalariada. Dicha precariedad afecta, asimismo, de forma desigual, siendo los/las trabajadores/as de sectores precarios de la construcción e industria y los/las de las pequeñas empresas los/las que presentan mayores índices de accidentabilidad laboral tanto en España como en Portugal. En segundo lugar, las personas más jóvenes son las que refieren mayor número de accidentes, debido a sus elevadas tasas de precariedad contractual ya que, como se ha analizado, la contratación temporal y la reducida antigüedad devienen como factores determinantes de la siniestralidad laboral.

Por otro lado, tanto el estudio de los movimientos sindicales sobre la lucha contra la *céruse* y el fósforo blanco como el análisis de investigaciones empíricas, han acreditado el impacto positivo de la representación sindical especializada (delegados/as de prevención y comités de salud laboral) sobre la mejora de los estándares de salud laboral y la reducción de la siniestralidad. Sin embargo, las políticas neoliberales, también habrían debilitado los recursos de poder sindical (poder asociativo– reducción de la tasa de representación; poder institucional– erosión de la cobertura de la negociación colectiva en salud laboral), por lo que el efecto combinado de la degradación del mercado de trabajo junto al deterioro de las instituciones de representación sindical explicaría las elevadas tasas de accidentabilidad en los países del sur de Europa – a excepción del caso italiano, cuyo modelo de delegados territoriales de prevención operaría como alternativa estratégica.

## RAÚL PAYÁ CASTIBLANQUE

Instituto Universitario de Estudios de la Mujer, Universitat de València  
Avda. Blasco Ibáñez, 13, 46010 València, España  
Contacto: raul.paya@uv.es

Recibido: 02.01.2019

Aceptación comunicada: 29.05.2019

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alós, Ramón; Beneyto, Pere J.; Jódar, Pere (2017), "Reforma laboral y desregulación del mercado de trabajo", *Anuario IET de Trabajo y Relaciones Laborales*, 4, 73-86. DOI: 10.5565/rev/aiet.55
- Alós, Ramón; Jódar, Pere; Beneyto, Pere J.; Vidal, Sergi (2013), "La dinámica afiliativa sindical y las trayectorias de sus miembros", *Política y Sociedad*, 50(3), 1065-1096. DOI: 10.5209/rev\_POSO.2013.v50.n3.41602
- Arcas, M. Marta; Novoa, Ana M.; Artazcoz, Lucia (2013), "Gender Inequalities in the Association between Demands of Family and Domestic Life and Health in Spanish Workers", *European Journal of Public Health*, 23(5), 883-888. DOI: 10.1093/eurpub/cks095
- Artazcoz, Lucia; Cortès, Imma; Borrell, Carme; Escribà Agüir, Vicenta; Casant, Lorena (2011) "Social Inequalities in the Association between Partner/Marital Status and Health among Workers in Spain", *Social Science and Medicine*, 72(4), 600-607. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.11.035
- Arocena Garro, Pedro; Núñez Aldaz, Imanol (2005), "El comportamiento cíclico de la siniestralidad laboral en España (1986-2004)". Comunicación presentada en el VIII Encuentro de Economía Aplicada, 16-18 de junio, Departamento de Economía Aplicada, Universidad De Murcia, Murcia, España.
- Askenazy, Philippe (2005), "Sur les sources de l'intensification", *Revue économique*, 56(2), 217-236. DOI: 10.3917/reco.562.0217
- Benavides, Fernando; Benach, Joan; Muntaner, Carles; Delclós, Jordi; Catot, Nuria; Amable, Marcelo (2006), "Associations between Temporary Employment and Occupational Injury: What Are the Mechanisms?", *Occupational and Environmental Medicine*, 63(6), 416-421. DOI: 10.1136/oem.2005.022301
- Benavides, Fernando; Delclós, Jordi; Serra, Consol (2018), "Estado de bienestar y salud pública: el papel de la salud laboral", *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 377-380. DOI: 10.1016/j.gaceta.2017.07.007
- Beneyto, Pere Josep (2017), "Crisis y renovación del sindicalismo", *Arxius de Ciències Socials*, 36/37, 15-34.
- Boix, Pere; Orts, Enrique; López, María José; Rodrigo, Fernando (1997), "Trabajo temporal y siniestralidad laboral en España en el período 1988-1995", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 11, 275-319.
- Castejón, Emili; Crespán, Xavier (2007), "Accidentes de trabajo: [casi] todos los porqués", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 25(1), 13-57.

- Costa, Hermes Augusto (2012), "From Europe as a Model to Europe as Austerity: The Impact of the Crisis on Portuguese Trade Unions", *Transfer*, 18(4), 397-410. DOI: 10.1177/1024258912458866
- Coutrot, Thomas (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. DOI: 10.4000/travailemploi.4108
- Crouch, Colin (2017), "Membership Density and Trade Union Power", *Transfer*, 23(1), 47-61. DOI: 10.1177/1024258916673533
- Eaton, Adrienne; Nocerino, Thomas (2000), "The Effectiveness of Health and Safety Committees: Results of a Survey of Public-Sector Workplaces", *Industrial Relations*, 39(2), 265-290. DOI: 10.1111/0019-8676.00166
- Eurostat (s. d.), "Accidents at Work (ESAW, 2008 onwards) (hsw\_acc\_work)". Consultado el 12.11.2018, en [https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/fr/hsw\\_acc\\_work\\_esms.htm](https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/fr/hsw_acc_work_esms.htm).
- Eurofound (2015), "Sixth European Working Conditions Survey: 2015". Consultado el 27.11.2018, en <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015>.
- EU-OSHA (2009), "European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER)". Consultado el 27.11.2018, en <https://osha.europa.eu/es/surveys-and-statistics-osh/esener/2009es>.
- EU-OSHA (2010), "European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks: Managing Safety and Health at Work". Luxembourg: Publications Office of the European Union. Consultado el 20.11.2018, en [https://osha.europa.eu/en/node/6745/file\\_view](https://osha.europa.eu/en/node/6745/file_view).
- EU-OSHA (2014), "Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2)". Consultado el 27.11.2018, en <https://osha.europa.eu/es/surveys-and-statistics-osh/esener/2014es>.
- Fonseca, Dora; Estanque, Elísio (2018), "Sindicalismo e lutas sociais em tempos de crise", *e-cadernos CES*, 29, 213-236. DOI: 10.4000/eces.3483
- Fulton, L. (2018), "Health and Safety Representation in Europe", *Labour Research Department and ETUI*. Consultado el 28.11.2018, en <http://www.worker-participation.eu/National-Industrial-Relations/Countries/Italy/Health-and-Safety>.
- González-Lada, Heidi María (2006), "Los delegados y delegadas territoriales de prevención ya son una realidad en Asturias", *porExperiencia – Revista de Salud Laboral de ISTAS-CCOO*, 34. Consultado el 28.11.2018, en <https://www.porexperiencia.com/articulo.asp?num=34&pag=20&titulo=Los-delegados-y-delegadas-territoriales-de-prevencion-ya-son-una-realidad-en-Asturias>.
- Gumbrell-McCormick, Rebecca; Hyman, Richard (2013), *Trade Unions in Western Europe: Hard Times, Hard Choices*. Oxford: Oxford University Press.
- Instituto per il Lavoro (2006), "The Role of the Safety Representative in Italy". Consultado el 27.11.2018, en <https://www.etui.org/content/download/2632/29453/file/IPL.pdf&sa=U&ei=m->

[jRUOKuOPT64QTY6iCoAg&ved=0CBYQFjAA&usg=AFQjCNHJyM4D3dRoroCN59alwP2nyxK1Ug.pdf](https://www.ces.uc.pt/observatorios/crisalt/documentos/cadernos/CadernoObserv_VIII_N8_VERSAO_REFORMULADA.pdf).

- Leite, Jorge; Costa, Hermes Augusto; Silva, Manuel Carvalho da; Almeida, João Ramos de (2014), “Austeridade, reformas laborais e desvalorização do trabalho”, in José Reis (coord.), *A economia política do retrocesso: crise, causas e objetivos*. Coimbra: CES/Almedina, 127-188.
- Lehndorff, Steffen (2015), “Acting in Different Worlds. Challenges to Transnational Trade Union Cooperation in the Eurozone Crisis”, *Transfer*, 21(2), 157-170. DOI: 10.1177/1024258915573184
- Lehndorff, Steffen; Dribbusch, Heiner; Schulten, Thorsten (2017), *European Trade Unions in a Time of Crises*. Brussels: European Trade Union Institute.
- Lima, Maria da Paz Campos (2016), “O desmantelamento do regime de negociação coletiva em Portugal, os desafios e as alternativas”, *Cadernos do Observatório*, 8. Consultado el 29.11.2018, en [https://www.ces.uc.pt/observatorios/crisalt/documentos/cadernos/CadernoObserv\\_VIII\\_N8\\_VERSAO\\_REFORMULADA.pdf](https://www.ces.uc.pt/observatorios/crisalt/documentos/cadernos/CadernoObserv_VIII_N8_VERSAO_REFORMULADA.pdf).
- Lima, Teresa Maneca (2002), “A (in)sustentável segurança no mundo das incertezas: políticas de regulação do risco”. Tese de licenciatura em Sociologia, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Lima, Teresa Maneca (2004), “Trabalho e risco no sector da construção civil em Portugal: desafios a uma cultura de prevenção”, *Oficina do CES*, 211. Consultado el 16.10.2018, en <https://ces.uc.pt/pt/publicacoes/outras-publicacoes-e-colecoes/oficina-do-ces/numeros/oficina-211>.
- Lima, Teresa Maneca (2015), “O que a lei não vê e o trabalhador sente: o modelo de reparação dos acidentes de trabalho em Portugal”. Tese de Doutoramento em “Direito, Justiça e Cidadania no século XXI”, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Monjardino, Teresa; Lucas, Raquel; Benavides, Fernando G. (2017), “Trabalho e Saúde em Portugal 2016, un primer informe sobre la salud laboral en Portugal”, *Archivos de Prevención de riesgos laborales*, 20(1), 6-8. DOI: 10.12961/apr.2017.20.01.1
- Narocki, Claudia (1997), “La prevención de riesgos laborales en las pequeñas y medianas empresas españolas”, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 10, 157-181.
- Nichols, Theo; Walters, David; Tasiran, Ali C. (2007), “Trade Unions, Institutional Mediation and Industrial Safety: Evidence from the UK”, *Journal of Industrial Relations*, 49(2), 211-225. DOI: 10.1177/0022185607074919
- Ollé-Espluga, Laia; Vergara-Duarte, Montse; Belvis, Francesc; Menéndez-Fuster, María; Jódar, Pere; Benach, Joan (2015), “What is the Impact on Occupational Health and Safety When Workers Know They Have Safety Representatives?”, *Safety Science*, 74, 55-58. DOI: 10.1016/j.ssci.2014.11.022

- Payá, Raúl (2014), “La participación de los trabajadores en seguridad y salud laboral. Una perspectiva europea”, *Estudios*, 88. Consultado el 27.11.2018, en <http://www.relats.org/documentos/SST.Europa.PayaCastiblanque.pdf>.
- Payá, Raúl; Beneyto, Pere Josep (2018a), “Participación sindical y salud laboral: una relación positiva”, *Barataria – Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 24, 61-81. DOI: 10.20932/barataria.v0i24.402
- Payá, Raúl; Beneyto, Pere J. (2018b), “Intervención sindical y salud laboral en la Unión Europea: dimensiones, cobertura e impacto”, *methaodos.revista de ciencias sociales*, 6(2), 210-226. DOI: 10.17502/m.rcs.v6i2.238
- Rainhorn, Judith (2010), “Le mouvement ouvrier contre la peinture au plomb. Stratégie syndicale, expérience locale et transgression du discours dominant au début du XXe siècle”, *Politix* 3(91), 7-26. DOI: 10.3917/pox.091.0007
- Reilly, Barry; Paci, Pierella; Holl, Peter (1995), “Unions, Safety Committees and Workplace Injuries”, *British Journal of Industrial Relations*, 33(2), 275-288. DOI: 10.1111/j.1467-8543.1995.tb00435.x
- Rigby, Mike; García-Calavia, Miguel Ángel (2018), “Institutional Resources as a Source of Trade Union Power in Southern Europe”, *European Journal of Industrial Relations*, 24(2), 129-143. DOI: 10.1177/0959680117708369
- Robinson, Andrew M.; Smallman, Clive (2013), “Workplace Injury and Voice: A Comparison of Management and Union Perceptions”, *Work, Employment and Society*, 27(4), 674-693. DOI: 10.1177/0950017012460307
- Rueda, Silvia (2004), “Siniestralidad laboral y fortaleza sindical en la OCDE”, *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 7(4), 146-152.
- Terrés, Fernando; Rodríguez, Pedro; Álvarez, Enrique; Castejón, Emilio (2004), “Economic Fluctuations Affecting Occupational Safety. The Spanish Case”, *Occupational Ergonomics*, 4(4), 211-228.
- Sánchez, Carmen; Conde, Pilar (2008), “La protección social y los riesgos psicosociales”, *Anales de Derecho*, 26, 257-297.
- Santos, Boaventura de Sousa; Gomes, Conceição; Ribeiro, Tiago; Soares, Carla (2010), “A indemnização da vida e do corpo na lei e nas decisões judiciais”. Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Stuckler, David; King, Lawrence; McKee, Martin (2009), “Mass Privatisation and the Post-Communist Mortality Crisis: A Cross-National Analysis”, *The Lancet*, 373(9661), 399-407. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60005-2
- Vogel, Laurent (2016a), “El decisivo papel de la representación de los trabajadores para la salud en el trabajo”, *RELATS – Red Eurolatinoamericana de Análisis sobre Trabajo y Sindicalismo*. Consultado el 27.11.2018, en <http://www.relats.org/documentos/SST.Europa.Vogel2016.pdf>.
- Vogel, Laurent (2016b), “La actualidad del modelo obrero italiano para la lucha a favor de la salud en el trabajo”, *Laboreal*, 12(2), 10-17. DOI: 10.15667/LABOREALXII0216LV

Walters, David (2004), "Worker Representation and Health and Safety in Small Enterprises in Europe", *Industrial Relations Journal*, 35(2), 169-186. DOI: 10.1111/j.1468-2338.2004.00307.x

Walters, David; Nichols, Theo (2007), *Worker Representation and Workplace Health and Safety*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.