

Intervención sindical y salud laboral en la Unión Europea: dimensiones, cobertura e impacto

Union intervention and occupational health in the European Union: Dimensions, coverage and impact

Raúl Payá Castiblanque

 <https://orcid.org/0000-0002-7967-8660>

Universidad de Valencia-EG, España.

raul.paya@uv.es

Pere J. Beneyto Calatayud

 <https://orcid.org/0000-0003-0052-590X>

Universidad de Valencia-EG, España.

pere.j.beneyto@uv.es

Recibido: 03-08-2018
Aceptado: 04-09-2018



Resumen

Los factores determinantes de la calidad del empleo y la salud laboral de los trabajadores son múltiples y diferentes, incluyendo desde los de carácter estructural (sector productivo, tamaño de empresa, organización del trabajo, tipo de contrato) y contextual (ciclo económico, regulación normativa), a los de dimensión institucional (sistema de relaciones laborales, participación sindical, negociación colectiva, Inspección de Trabajo) e, incluso, cultural (modelo de gestión empresarial, programas de formación preventiva y evaluación de riesgos). Respecto de la influencia del primer grupo de dichos factores (estructurales y contextuales) sobre la evolución de la siniestralidad laboral se dispone ya de una importante literatura especializada y estudios empíricos, por lo que centraremos nuestra investigación en analizar las dimensiones, cobertura e impacto de los factores institucionales y culturales. A tal efecto utilizaremos las principales bases de datos europeas sobre la materia para la construcción de indicadores e identificación de las variables correspondientes, cuya explotación estadística y posterior análisis nos permitan evaluar el impacto de la intervención sindical y los modelos de gestión empresarial en la reducción de la siniestralidad y la mejora de la salud laboral en la Unión Europea.

Palabras clave: formación, fortaleza sindical, liderazgo empresarial, participación, salud laboral.

Abstract

The determining factors of workers' quality of employment and occupational health are many and different, including from those of a structural nature (productive sector, size of company, labour organization, type of contract) and contextual (economic cycle, normative regulation), to those with an institutional dimension (system of labor relations, union participation, collective bargaining, Labor Inspection) and, even, cultural (business management model, preventive training programs and risk assessment). Regarding the influence of the first group of such factors (structural and contextual) on the evolution of occupational accidents, there is already important specialized literature and empirical studies, so we will focus our research on analyzing the dimensions, coverage and impact of the institutional and cultural factors. To this end, we will use the European databases specialized in the matter for the construction of indicators and identification of the corresponding variables, whose statistical exploitation and subsequent analysis will allow us to evaluate the impact of trade union intervention and business management models in the reduction of the accident rate and the improvement of occupational health in the European Union.

Key words: Training, Union strength, Business leadership, Participation, Occupational health.

Sumario

1. Introducción | 2. Objetivos y metodología | 3. Sistemas de relaciones laborales y representación de los trabajadores | 4. Fortaleza sindical y salud laboral: análisis de resultados | 5. Conclusiones y propuestas | Referencias bibliográficas

Cómo citar este artículo

Payá, R. y Beneyto, P. J. (2018): "Intervención sindical y salud laboral en la Unión Europea: dimensiones, cobertura e impacto", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 6 (2): 210-226. <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v6i2.238>

1. Introducción

Hasta bien entrada la década de los ochenta del pasado siglo, el enfoque dominante en materia de salud laboral era de carácter eminentemente técnico, reactivo y descoordinado, limitándose a la recomendación de diferentes medidas de seguridad e higiene industrial (Camas, 2003; Vogel, 2015), de alcance y eficacia desiguales, cuyas limitaciones y alternativas habían sido ya planteadas por el primer *Informe Robens* (2012) sobre la situación de la salud en el trabajo en Gran Bretaña.

El cambio de modelo se iniciaría con la aprobación en 1989 de la Directiva Marco comunitaria sobre la materia¹ y su posterior traslación a la legislación nacional de los estados miembro que, en el caso español, se demoraría aun seis años². La evidencia empírica acumulada en las tres décadas transcurridas desde entonces permite evaluar el impacto de dicho modelo, tanto en la progresiva reducción de la siniestralidad laboral (European Commission, 2017) como en la eficacia de las estrategias y medidas desplegadas para ello.

El nuevo enfoque se basaba en el diseño e implementación por parte de las empresas de los correspondientes sistemas de gestión integral (evaluación de riesgos, reorganización productiva, actividades preventivas, formación especializada) de la salud laboral (Wadsworth y Walters, 2014; Walters et al., 2016), planteando en cada fase la necesaria participación directa de los trabajadores y/o indirecta a través de sus representantes, tanto los de cobertura general como los específicamente dedicados a tareas de seguridad y prevención de riesgos laborales (arts. 3c y 11 de la Directiva Marco).

En la fase exploratoria de nuestra investigación hemos revisado las aportaciones de diversos estudios parciales que acreditan, por una parte, la mayor eficacia de la participación colectiva e institucionalizada (delegados, comités) de los trabajadores sobre la individual y desagregada (Boix y Vogel, 2009) y, por otra, las diferencias derivadas de los sucesivos niveles de participación (información, consulta, negociación) en las actividades preventivas (Reilly et al., 1995; Walters y Nichols, 2007; Coutrot, 2009; Robinson y Smallman, 2013).

La sindicalización de la representación de los trabajadores opera, asimismo, 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), tal y como ponen de manifiesto diversos estudios de caso (Guillen et al, 2002; Shaw y Turner, 2003; Tompa et al., 2007; Koster et al., 2011; Levine et al, 2012), referidos a sectores, países y factores diferentes, cuya capacidad explicativa pretendemos evaluar seguidamente de forma generalizada.

2. Objetivos y metodología

En el presente artículo damos cuenta de los primeros resultados de una investigación más amplia en la que, de forma sistemática y comparativa, analizamos la cobertura e impacto de la intervención sindical sobre los principales factores institucionales y culturales que intervienen en la gestión de la salud laboral en la Unión Europea.

A tal efecto, utilizaremos las bases de datos comunitarias sobre, por una parte, los indicadores de intervención sindical y su distribución en los principales sistemas de relaciones laborales (afiliación, representación, cobertura de la negociación colectiva) y, por otra los de salud laboral, atendiendo tanto a sus variables independientes (liderazgo empresarial, participación activa/pasiva de los trabajadores, gestión preventiva, intervención de la Inspección de Trabajo) como dependientes (tasas de siniestralidad, impacto del trabajo sobre la salud).

¹ 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>

² 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>

Se trata, en el primer caso, de las bases de datos de la Universidad de Amsterdam³ y del Instituto Sindical Europeo⁴, mientras que la información relativa a las diferentes dimensiones de la salud laboral procede de las encuestas realizadas por la agencia europea correspondiente⁵ en 2009 (ESENER-1) y 2014 (ESENER-2) entre sendas muestras representativas de directivos empresariales y delegados de los trabajadores de la UE (28.649 en la primera y 49.320 en la segunda), en relación a las variables independientes del proceso y, en 2015, por parte de Eurofound⁶ sobre las definidas como dependientes.

El objetivo central de nuestra investigación es evaluar el impacto de la intervención sindical sobre la salud laboral de los trabajadores, para lo que hemos elaborado un indicador sintético que denominamos *fortaleza sindical* (FS), que integra las tres dimensiones de la misma (presencia afiliativa, audiencia representativa e influencia negociadora) para analizar su posible correlación con las principales variables dependientes sobre salud laboral: tasa estandarizada de accidentes fatales (TEAF) y autopercepción de salud en el trabajo (AST). Se procederá, asimismo, al análisis de correlaciones y regresión jerárquica con otras variables que, como ya se ha indicado, la literatura especializada identifica como determinantes de la salud laboral, tales como el liderazgo empresarial, la participación (activa o pasiva) de los trabajadores, su formación preventiva y la intervención de la Inspección de Trabajo.

Conforme a dichos objetivos, procederemos de entrada a la definición y construcción de los indicadores y variables que, posteriormente, someteremos a los correspondientes análisis estadísticos. En primer lugar, el indicador de fortaleza sindical (FS) estaría integrado por la densidad afiliativa (presencia sindical, PS), la tasa de representación general (unitaria y sindical) y especializada en salud laboral (delegado de prevención, comités de seguridad y salud laboral) que constituye la audiencia electoral (AE) y por los niveles de cobertura de la negociación colectiva (influencia sindical, IS), cuyo cálculo se construye conforme a la siguiente fórmula, en una escala de 0 (nivel mínimo de FS) a 1 (máxima FS):

$$FS = \frac{PS + \sum \frac{AE}{4} + IS}{3}$$

Las dimensiones que integran la FS están fuertemente correlacionadas entre sí puesto que la PS impulsa la intervención de representantes electos en las empresas (AE) ($R=0,789$, $p<0,01$ para los de carácter general/unitario y $R=0,521$, $p<0,01$ para los comités de seguridad y salud laboral) y mejora los niveles de cobertura en la negociación colectiva ($R=0,457$, $p<0,05$). La fiabilidad de la escala de medida es de Alfa de Cronbach= 0,801, considerándose adecuada (George y Mallery, 2003) y válida para estudios confirmatorios (Huth et al., 2006).

Para medir el liderazgo empresarial, entendido aquí en función del grado de implicación de la dirección y los mandos intermedios de las empresas con la realización de acciones en materia de salud laboral, utilizamos las respuestas a dos preguntas de la ESENER-1:

³ AIAS (Amsterdam Institute for Advanced Labour Studies), *Database on Institutional Characteristics of Trade Unions, Wage Setting, State Intervention and Social Pacts*, ICTWSS (version 5.1). <http://uva-aias-net/en/ictwss> (recuperado el 15 de mayo de 2018).

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

⁵ EU-OSHA (European Agency Safety and Health at Work). *The European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks, 2009 (ESENER-1)*. https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/esener1_osh_management/view
Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks, 2014 (ESENER2). <https://osha.europa.eu/es/surveys-and-statistics-osh/esener> (recuperadas el 29 de abril de 2018)

⁶ EUROFOUND. *European Working Conditions Surveys (EWCS)*. <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-europeanworking-conditions-survey-2015> (recuperado el 4 de mayo de 2018)

- *¿La seguridad y la salud son temas que se abordan en las reuniones de la dirección a alto nivel con frecuencia, ocasionalmente o prácticamente nunca?* Las respuestas estaban divididas en una escala Likert de tres puntos, dicotomizándose la escala de respuestas en 1= frecuentemente vs. 2= ocasionalmente y prácticamente nunca.
- *En general, ¿cómo valoraría el grado de implicación de los jefes intermedios y supervisores en la gestión de la seguridad y la salud? ¿Es muy elevado, bastante elevado, bastante bajo o muy bajo?* La escala de respuesta se dividió entre 1= muy elevado vs 2= resto.
(Alfa de Cronbach = 0,872)
Se consideraron, asimismo, dos preguntas de la ESENER-2 para la construcción de la variable *participación activa de los trabajadores*, con una consistencia interna aceptable (Alfa de Cronbach=0,794), siendo seleccionadas las siguientes:
 - *En caso de que sea necesario tomar medidas después de una evaluación de riesgos, ¿se implica normalmente a los trabajadores en su diseño y aplicación?* Las respuestas estaban divididas en: (1) "Sí", (2) "No" y (3), y se agruparon en 1= Sí vs. 2 = Resto.
 - *¿Participaron los trabajadores en el diseño y la adopción de medidas para prevenir los riesgos psicosociales?* Las respuestas estaban divididas en (1) "Sí", (2) "No".
La participación pasiva mide el grado en el que los trabajadores son receptores de información sobre los riesgos de su centro trabajo, seleccionando para ello, la siguiente pregunta de la ESENER-2:
 - *¿Se informa al personal de los resultados de las evaluaciones de riesgos en el lugar de trabajo?* Las respuestas se dividen en (1) "Sí", (2) "No".
Por su parte, la *formación de los trabajadores en salud laboral* se construyó en base a cinco variables dicotómicas (Sí=1, No=2) de la ESENER-2, con buena fiabilidad interna (Alfa de Cronbach=0,843), según las materias en las que los trabajadores hubieran sido formados. La pregunta utilizada fue:
 - *¿Sobre cuál de los siguientes temas facilita su centro de trabajo formación a los trabajadores?*
 - a. *La utilización y ajuste correctos de sus equipos y mobiliario.*
 - b. *El uso de sustancias peligrosas*
 - c. *Cómo prevenir riesgos psicosociales, como el estrés o el acoso.*
 - d. *Cómo levantar o mover cargas pesadas o personas*
 - e. *Procedimientos de emergencia*La variable independiente definida como *gestión preventiva de seguridad y salud laboral en la empresa* se elaboró a partir de tres preguntas dicotómicas (1=Sí; 2=No), con buena consistencia interna (Alfa de Cronbach=0,843) de la ESENER-1, que miden el grado en que las empresas de los distintos Estados miembros de la Unión Europea disponen de una política en salud laboral e identifican los riesgos a través de evaluaciones periódicas:
 - *¿Hay una política documentada, un sistema de gestión establecido o un plan de acción sobre seguridad y salud en su establecimiento?*
 - *¿En su centro de trabajo, se comprueban regularmente los riesgos de seguridad y salud como parte de un plan de evaluación de riesgos u otro similar?*
 - *¿Su establecimiento realiza regularmente evaluaciones de riesgo en el lugar de trabajo?*Finalmente, la *intervención de la Inspección de Trabajo* se construyó como una variable dicotómica de ESENER-2 (1=Sí; 2=No), en función de las respuestas a la siguiente pregunta:
 - *¿Ha recibido su centro de trabajo alguna visita de la Inspección de Trabajo en los últimos 3 años para la comprobación del cumplimiento de la normativa sobre prevención de riesgos laborales?*

Estas seis variables independientes nos informan acerca de los niveles de seguridad y salud laboral de los entornos de trabajo, para cuya evaluación en términos de impacto sobre la siniestralidad necesitamos disponer de los correspondientes indicadores y variables dependientes.

El problema radica en encontrar indicadores uniformes para los diferentes Estados de UE, ya que los sistemas de notificación y registro de los accidentes laborales difieren de un país a otro (Hämäläinen et al., 2006), estimándose que pocos Estados miembros declaran el 100% de los accidentes no fatales que causan bajas de 3 o más días (Dupré, 2001). Y es que, pese a los esfuerzos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) por establecer sistemas de registro estandarizados, algunos países siguen utilizando diferentes fuentes de recogida de la información (procedentes en unos casos de aseguradoras y en otros de la inspección de trabajo), tipo de accidente (los accidentes de tráfico *en itinere* en algunos países se contabilizan y en otros no) o población (en algunos estados se contabilizan a los autónomos mientras que en otros sólo los trabajadores por cuenta ajena) (Benavides, et al., 2005). Sin embargo, distintos estudios han demostrado que los sistemas de registro y notificación de los accidentes mortales son más precisos y fiables (Takala, 1999) por lo que, habida cuenta de las dificultades de registro general ya señaladas y la mayor estabilidad y precisión de los datos de Eurostat, escogimos como principal variable dependiente de nuestra investigación la tasa estandarizada de accidentes fatales (TEAF) por cada 100.000 trabajadores, utilizando los promedios correspondientes al período 2008-2014, con objeto de evitar sobre o sub-estimaciones.

La segunda variable dependiente que utilizamos es la de autopercepción de salud en el trabajo (AST) y la información para su construcción procede de la encuesta EWCS, concretamente de las respuestas a la siguiente pregunta:

- *¿Cree que su trabajo afecta a su salud?* Las respuestas estaban divididas en (1) "No", (2) "Sí, principalmente de forma negativa", (3) "Sí, principalmente de forma positiva", y las hemos convertido en una variable dicotómica (1= Sí, de forma positiva vs. 2=Resto).

Para el análisis de los datos utilizaremos el programa estadístico SPSS (versión 24), realizando en primer lugar un análisis descriptivo de los resultados más relevantes en términos comparativos de los Estados miembros de la EU, en relación con los indicadores diseñados para, posteriormente, aplicar un análisis de correlación de orden cero mediante el cálculo del coeficiente r de Pearson con el objetivo de explorar las relaciones entre las variables independientes y dependientes. Finalmente, se realizará un análisis de regresión múltiple jerárquica con las variables independientes que presenten correlación con las dependientes para observar la fortaleza explicativa de cada variable independiente sobre la salud laboral de los trabajadores.

Como hipótesis principal planteamos la existencia de una correlación positiva entre fortaleza sindical y salud laboral, de manera que los países y/o sistemas de relaciones laborales caracterizados por la presencia e intervención de sindicatos altamente representativos registran menores tasas de siniestralidad laboral, al tiempo que la FS puede actuar (hipótesis secundaria) como mecanismo de activación de otras variables independientes (liderazgo empresarial, participación activa, presencia de la Inspección de Trabajo) que contribuyen, asimismo, a mejorar los indicadores de salud laboral en las empresas.

Para la adecuada contextualización de los resultados obtenidos procederemos, de entrada, a la presentación de los modelos de intervención sindical en los principales sistemas de relaciones laborales europeos para centrarnos, posteriormente, en la descripción y evaluación de los resultados derivados de los correspondientes análisis estadísticos.

3. Sistemas de relaciones laborales y representación de los trabajadores

Las principales bases de datos (ICTWSS, ETUI) y numerosos estudios comparados (Schnabel, 2013; Beneyto, 2013, 2014; Bernaciak et al., 2015; Crouch, 2017; y Lehndorff et al., 2017) han permitido constatar que en la Unión Europea la densidad afiliativa de cada país (Tabla 1) o área (escandinava, centroeuropea, anglosajona, mediterránea y oriental) está muy determinada por las características del sistema de relaciones laborales en que operan los sindicatos, manteniendo asimismo complejas conexiones con los demás indicadores de sindicalización (representatividad y cobertura de la negociación colectiva).

Tabla 1. Sistemas de relaciones laborales e indicadores de sindicalización, 2014

Sistema RR.LL.	Afiliación	Representación	Cobertura NC
Escandinavo (DK-FI-SE)	67,7	78	89
Centroeuropo (AT-BE-DE-LU-NL-SI)	26,5	56	83
Mediterráneo (EL-ES-FR-IT-PT)	19,2	55	69
Anglosajón (CY-IE-MT-UK)	25,9	43	31
Oriental (BG-CZ-EE-HR-LV-LI-HU-PL-RO-SK)	12,8	32	25
Total UE-28	22,3	50	61

Fuente: ICTWSS.

Así vemos como los países escandinavos, caracterizados por un sistema consolidado de Estado de Bienestar de tradición socialdemócrata, concertación social corporatista, concentración de la negociación colectiva y participación institucional de los sindicatos (sistema Ghent), presentan tasas de afiliación muy altas (67,7% de media en 2014), aun habiendo experimentado un significativo retroceso en la última década.

Por su parte, el modelo germánico de relaciones laborales (nivel medio-alto de institucionalización de la participación sindical, negociación colectiva sectorial de amplia cobertura y diálogo social tripartito) presenta actualmente una tasa media de afiliación del 21,3% (salvo en Bélgica, donde tuvo su origen el *Sistema Ghent*, que alcanza el 55,1%), que compensa con un sistema de representación dual (sindicatos y comités de empresa) muy desarrollado.

En el área anglosajona, de tradición liberal y escasa regulación legal de las relaciones laborales, la estructura sindical y de negociación colectiva está muy fragmentada y reducida prácticamente a los centros de trabajo, lo que configura un sindicalismo de fuerte base afiliativa (25,9% de media), aunque con dificultades de proyección supraempresarial.

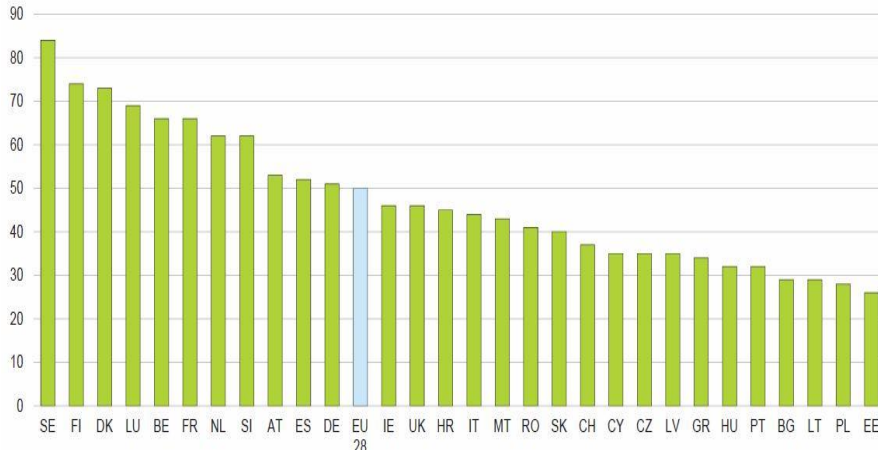
El sistema mediterráneo de relaciones laborales presenta un pluralismo sindical mayor y menores niveles de afiliación (19,2% de media, oscilando entre el 7,7% de Francia y el 37,3% de Italia), así como estructuras de representación dual, negociación colectiva universal y participación institucional (objeto reciente de reformas restrictivas), lo que constituye, paradójicamente, tanto la fortaleza del modelo (amplia representatividad y cobertura) como su debilidad (efecto *free rider* que desincentiva la afiliación y la participación), resultando por ello más sensible al impacto de la crisis económica y los cambios políticos. Finalmente, los países del área oriental se caracterizan por la débil regulación normativa e institucional de sus relaciones laborales, baja cobertura de la negociación colectiva y una estructura sindical muy débil y fragmentada (12,8% de media), en la que se concentra más de la mitad de la caída de la afiliación total de la UE entre 2000 y 2014.

La representación de los trabajadores en las empresas se articula tanto a través de la afiliación directa en las secciones sindicales (SSE) como de diversos mecanismos electorales (delegados, comités de empresa, de salud laboral), actuando en ambos casos como un factor determinante en la mejora de las relaciones laborales y, más concretamente, de la salud laboral en los centros de trabajo.

La última *Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo* (EWCS) informa que prácticamente la mitad de los trabajadores de la UE-28 disponen en su empresa de representación sindical de carácter general (SSE-Comité), si bien dicha tasa media varía considerablemente (Gráfico 1), alcanzando niveles de cobertura próximos al 80% en los países escandinavos y de apenas un tercio en los del área oriental, situándose los países latinos y centroeuropeos en torno a la media.

La cobertura de dicha representación sindical presenta, asimismo, una distribución desigual según el tamaño de las empresas, siendo del 87% de los trabajadores europeos de grandes empresas (de más de 250 empleados), del 70% en las medianas empresas (de entre 50 y 249 trabajadores), del 37% en las pequeñas (con 10-49 empleados) y de sólo del 17% en las microempresas.

Gráfico 1. Representación de los trabajadores en la empresa



Fuente: Eurofound: European Working Conditions Survey 2015.

La representación sindical de carácter general se completa con la dedicada específicamente a funciones de prevención de riesgos y promoción de la salud laboral en los centros de trabajo, para lo que la una Directiva Marco de 1989 estableció la elección de los correspondientes delegados y comités, desarrollándose desde entonces diferentes modelos en los países de la UE (Tabla 2), en función de su construcción orgánica, umbrales de elección y facultades de sus miembros (Fulton, 2013; Pawlowska, 2013; Payá, 2014).

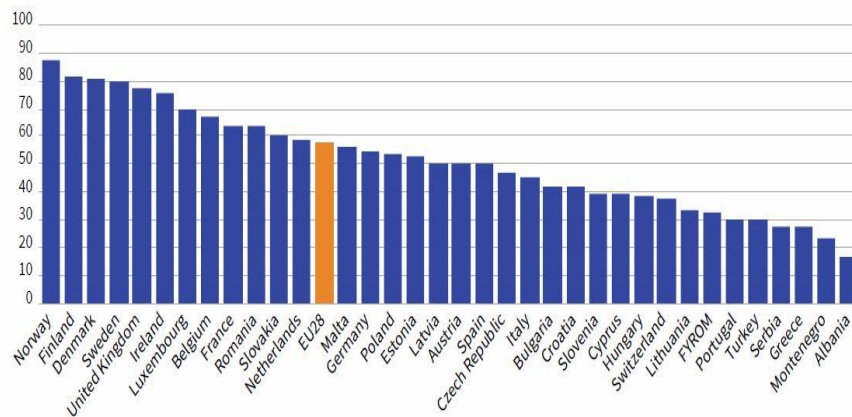
Tabla 2. Tipo de participación orgánica y representativa en salud y seguridad, por tamaño de empresa en EU-27

Número de trabajadores	Comité de Empresa	Delegado de prevención	Delegado de prevención y/o Comité de seguridad y salud laboral	Comité de salud laboral
Sin umbral		Irlanda; Italia; Portuga;Eslovenia	Francia	
Hasta 20 trabajadores	Republica Checa	Dinamarca; Grecia	Austria; Chipre;Alemania, Estonia,España; Finlandia; Luxemburgo; Suecia	Bulgaria
50 trabajadores	Holanda	Hungria; Latvia; Reino Unido	Belgica	Lituania; Romania
Más de 100 trabajadores				Polonia; Eslovakia
No definido		Malta		

Fuente: Pawlowska (2013). Elaboración propia.

Según datos correspondientes a 2015, la tasa de cobertura media de los delegados y comités de seguridad laboral se situaría en torno al 58% de los trabajadores europeos (Gráfico 2) y aproximadamente del 50% en el caso español, según la segunda edición de la *Encuesta Europea sobre riesgos laborales en las empresas* (ESENER-2).

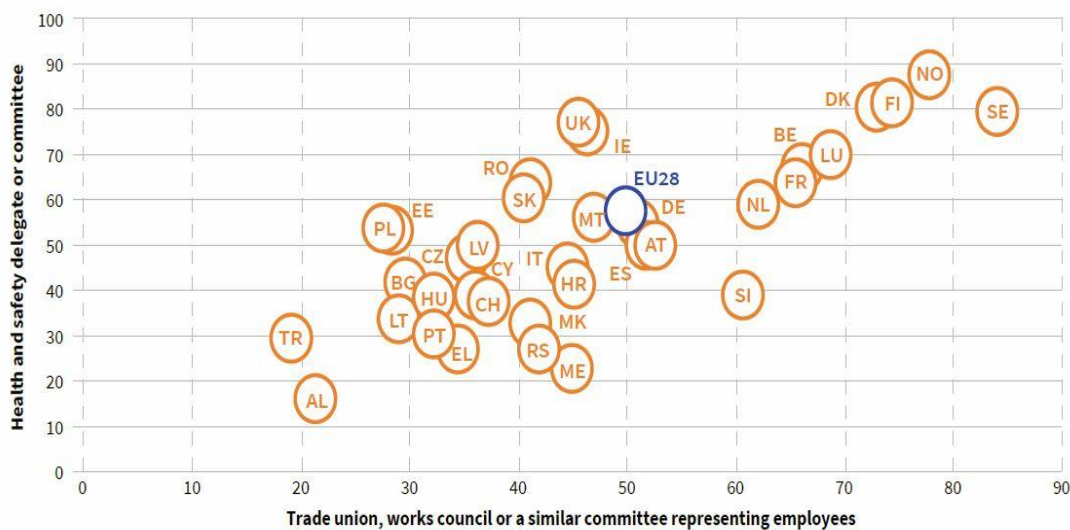
Gráfico 2. Cobertura de los delegados y comités de salud laboral



Fuente: Eurofound (2016), 6th European Working Conditions Survey.

Ambas formas de representación mantienen entre sí relaciones diversas según los países, desde vías paralelas a superpuestas y/o complementarias, con una cobertura agregada en torno al 65% del total de trabajadores (Gráfico 3), presentando asimismo una significativa dispersión según el modelo de relaciones laborales.

Gráfico 3. Cobertura de la representación sindical y de los delegados/comités de salud laboral



Fuente: Eurofound (2016), 6th European Working Conditions Survey.

4. Fortaleza sindical y salud laboral: análisis de resultados

Un primer análisis descriptivo (Tabla 3) confirma que son los países escandinavos los que presentan mayores índices de FS (0.7 en Suecia, 0.68 en Finlandia y 0.66 en Dinamarca), muy superiores a la media europea que se sitúa en 0.39. Los sistemas de relaciones laborales continentales presentan una FS moderada próxima a la media europea (0.33 en Austria, 0.40 en Alemania, 0.41 en Holanda) siendo superior en el caso belga (FS= 0.58). Por otra parte, los países mediterráneos presentan también una FS moderada derivada por el alcance de la AE y la IS pese a tener una reducida PS (0.09 en Francia, 0.19 en España y Portugal). Por último, los países del sistema oriental y anglosajón presentan menores índices de FS debido, en el primer caso, a su

débil regulación normativa e institucional que dificulta los procesos de AE y IS (Woolfson et al., 2008) y, en el segundo, a la estructura pluralista y fragmentada del modelo sindical anglosajón (Beneyto, 2014).

Tabla 3. Construcción de la variable de fortaleza sindical en salud laboral EU-27

País	Audiencia		Presencia			Influencia	Fortaleza Sindical en Seguridad y Salud Laboral
	Tasa de Afiliación Sindical	Representación Unitaria	Representación Sindical	Delegados de prevención	Comité de Seguridad y Salud Laboral	Cobertura de la Negociación Colectiva	
Austria	0.31	0.22	-	0.67	0.07	0.44	0.33
Bélgica	0.50	0.25	0.27	0.31	0.34	0.96	0.58
Bulgaria	0.20	-	0.11	0.75	0.45	0.30	0.31
Chipre	0.55	-	0.25	0.48	0.35	0.52	0.48
República Checa	0.17	0.05	0.11	0.58	0.08	0.38	0.25
Dinamarca	0.67	0.39	0.44	0.69	0.50	0.80	0.66
Estonia	0.10	-	0.07	0.62	0.19	0.33	0.24
Finlandia	0.74	0.29	0.37	0.60	0.34	0.91	0.68
Francia	0.08	0.39	0.22	0.25	0.25	0.98	0.45
Alemania	0.18	0.22	-	0.72	0.25	0.62	0.40
Grecia	0.25	0.10	0.07	0.17	0.10	0.65	0.34
Hungría	0.12	0.09	0.08	0.45	0.03	0.33	0.20
Irlanda	0.31	0.35	0.19	0.67	0.30	0.44	0.38
Italia	0.35	0.27	0.11	0.87	0.10	0.80	0.50
Letonia	0.13	0.15	0.12	0.27	0.02	0.34	0.20
Lituania	0.10	0.20	0.01	0.78	0.13	0.15	0.18
Luxemburgo	0.41	0.41	-	0.67	0.08	0.50	0.43
Malta	0.51	0.08	0.14	0.51	0.14	0.61	0.45
Holanda	0.20	0.21	0.09	0.40	0.12	0.81	0.41
Polonia	0.15	0.08	0.01	0.26	0.17	0.15	0.14
Portugal	0.19	0.05	0.09	0.24	0.11	0.92	0.41
Rumania	0.33	0.37	0.13	0.78	0.30	0.36	0.36
Eslovaquia	0.17	0.40	0.16	0.64	0.24	0.35	0.29
Eslovenia	0.27	0.14	0.02	0.34	-	0.90	0.45
España	0.19	0.34	0.26	0.51	0.20	0.70	0.41
Suecia	0.70	-	0.54	0.71	0.31	0.88	0.70
Reino Unido	0.29	0.33	0.16	0.70	0.27	0.29	0.32

Fuente: European Trade Union Institute, ETUI (Fulton, 2013) y encuesta ESENER-2. Elaboración propia.

Por lo que refiere a la siniestralidad laboral (Tabla 4), los países escandinavos presentan unas tasas de TEAF (1,65 en Finlandia, 1,83 en Suecia y 2,43 en Dinamarca) sensiblemente inferiores a la media europea (3,39), poniendo de manifiesto la existencia de una posible relación inversa entre ambas variables. Por su parte, Grecia, Reino Unido y Holanda, también presentan resultados positivos (TEAF < 2), mientras que Portugal, Lituania, Latvia y Polonia registran tasas más elevadas (TEAF > 5). El Reino Unido es, por sus antecedentes históricos y culturales el país que presenta mayores peculiaridades comparativas ya que, pese a que presenta a una FS relativamente baja, como consecuencia de la escasa cobertura de su negociación colectiva, los sindicatos poseen una fuerte presencia en los centros de trabajo y una larga tradición en materia de prevención de riesgos, derivada de la regulación de los *Safety Representatives and Safety Committee* (SRSC) de 1977, previa a la Directiva Marco Comunitaria 89/391 CEE, que establece, que en aquellos centro de trabajo donde existan sindicatos reconocidos de forma voluntaria por la empresa, serán los únicos que dispongan el derecho a designar representantes de los trabajadores en salud laboral (Walters y Nichols, 2007).

Tabla 4. Accidentes laborales mortales y TEAF cada 100.000 trabajadores en EU-27, promedio (2008-2014)

País	Número	TEAF
Austria	138,57	4,87
Bélgica	63,29	3,13
Bulgaria	93,43	4,47
Chipre	8,71	4,39
Republica	116,71	3,32
Checa	35,29	2,43
Dinamarca	14,57	2,99
Estonia	28,14	1,65
Finlandia	463	3,80
Francia	486,14	1,63
Alemania	31	1,41
Grecia	78,43	3,09
Hungría	41,14	3,22
Irlanda	556,57	3,51
Italia	31,43	5,05
Letonia	53	5,50
Lituania	9,14	3,61
Luxemburgo	3,71	3,77
Malta	53,29	1,42
Holanda	321,57	4,97
Polonia	117,71	7,51
Portugal	313,86	2,97
Rumania	22,14	3,53
Eslovaquia	47,86	2,97
Eslovenia	321,71	3,20
España	42,57	1,83
Reino Unido	170,43	1,55

Fuente: Eurostat. Elaboración propia.

Atendiendo ahora al análisis comparado del resto de variables (medidas de 0 nivel más bajo a 1 nivel más alto), destacan los datos de la segunda de las variables dependientes (AST), detectándose, de nuevo, una posible relación entre FS y autopercepción de salud en el trabajo (Tabla 3), puesto que los países escandinavos (0,28 en Suecia, 0,23 en Finlandia, 0,21 en Dinamarca) y Holanda con 0,24, presentan los mejores resultados muy por encima de la media europea de 0,11. En el caso opuesto encontramos a los países del área oriental (0,04 en Rumania y Lituania y 0,05 en la Republica Checa).

Tabla 5. Factores y variables de salud laboral. Análisis descriptivo. Media y desviación estándar

Variable	Media	DT
Fortaleza sindical en SSL	0.39	0.14
Liderazgo empresarial en SSL	0.29	0.09
Participación activa de los trabajadores	0.70	0.07
Participación pasiva de los trabajadores	0.82	0.10
Formación de los empleados	0.68	0.07
Gestión de la SSL	0.78	0.12
Inspección de trabajo	0.57	0.12
El trabajo afecta de forma positiva a la salud.	0.11	0.06
Accidentes Mortales	3.39	1.42

Fuente: Elaboración propia.

Nota: N=27 Países Europeos; DT= Desviación Típica

A nivel europeo, y en términos agregados (Tabla 5), los datos muestran cómo en general existe bajo compromiso y liderazgo empresarial (media=0.39), una elevada presencia de sistemas de gestión que evalúan los riesgos (media=0.78) derivado de las exigencias legales de la Directiva Marco Comunitaria 89/391 CEE, pero una menor participación activa de los trabajadores en dicha gestión (media=0.7), siendo receptores pasivos de la información de la evaluación de riesgos (media=0,82) constatando que en Europa, existe más información y consulta y menores niveles de participación activa de los trabajadores (Agra, 2005; Robinson y Smallman, 2013).

Por su parte, un primer análisis exploratorio de correlación entre los diferentes factores, nos permitió identificar el impacto de las diferentes variables independientes utilizadas sobre las dos dependientes (TEAF y AST) que miden la salud laboral (Tabla 6), con el siguiente resultado:

- La FS tiene un efecto positivo sobre la siniestralidad laboral (TEAF) encontrándose inversamente relacionadas ($R=-0,385$, $p < 0.05$), constatando en parte, la hipótesis principal de investigación, observándose que cuando los sindicatos tienen mayor presencia en los centros de trabajo, la probabilidad de tener accidentes mortales se reduce
- El compromiso y liderazgo de los directivos empresariales en la gestión de la salud laboral presenta una fuerte correlación inversa con la TEAF ($R=-0,511$, $p < 0.01$), operando como un factor determinante del nivel de salud laboral de los trabajadores.
- La participación activa de los trabajadores a través de mecanismos de codecisión en el establecimiento de medidas prevención tiene un impacto importante sobre la TEAF, correlacionándose negativamente ($R=-0,399$, $p < 0.05$).

Tabla 6. Factores y variables de salud laboral. Análisis de correlaciones

		Fortaleza sindical en SS	Liderazgo empresarial en SSL	Participación activa de los trabajadores	Participación pasiva de los trabajadores	Formación de los empleados	Gestión de la SSL	Inspección de trabajo	El trabajo afecta de forma positiva a la salud.	Accidentes Mortales
Fortaleza sindical en SSL	R	1								
	Sig.									
	N	27								
Liderazgo empresarial en SSL	R	,508**	1							
	Sig.	,007								
	N	27	27							
Participación activa de los trabajadores	R	,675**	,360	1						
	Sig.	,000	,065							
	N	27	27	27						
Participación pasiva de los trabajadores	R	-,217	-,043	-,147	1					
	Sig.	,287	,836	,474						
	N	26	26	26	26					
Formación de los empleados	R	,015	,196	,053	,207	1				
	Sig.	,940	,328	,792	,311					
	N	27	27	27	26	27				
Gestión de la SSL	R	-,036	,294	-,099	,556**	,527**	1			
	Sig.	,857	,137	,624	,003	,005				
	N	27	27	27	26	27	27			
Inspección de trabajo	R	-,198	-,186	,020	,279	,032	,265	1		
	Sig.	,323	,352	,919	,167	,875	,182			
	N	27	27	27	26	27	27	27		
El trabajo afecta de forma positiva a la salud.	R	,589**	,456*	,603**	,053	,055	,038	-,199	1	
	Sig.	,001	,017	,001	,797	,785	,851	,320		
	N	27	27	27	26	27	27	27	27	
Accidentes Mortales	R	-,385*	-,511**	-,399*	,121	-,082	-,031	,114	-,594**	1
	Sig.	,048	,006	,039	,556	,683	,876	,572	,001	
	N	27	27	27	26	27	27	27	27	27

Fuente: Elaboración propia.

Las tres variables independientes (FS, Liderazgo empresarial y participación activa) inversamente relacionadas con la TEAF, también correlacionan positivamente con el indicador de salud positiva (AST):

- La FS presenta una fuerte asociación positiva ($R=0,589$, $p<0,01$) con la favorable percepción de los trabajadores sobre su salud, confirmándose de nuevo la hipótesis principal de nuestra investigación, según la cual allá donde la presencia sindical en los centros de trabajo es más fuerte existen mejores condiciones de trabajo lo que afecta positivamente sobre la salud de los trabajadores.
- Así mismo, la participación activa también presenta una fuerte correlación sobre la salud ($R=0,603$, $p<0,01$), observándose que cuando existe una cultura participativa y se involucra a los trabajadores en la gestión de la salud laboral, mejoran los resultados de la misma.
- Por último, el liderazgo e implicación empresarial en la materia también aporta resultados positivos sobre la salud de los trabajadores ($R=0,456$, $p<0,05$), aunque tal y como se observó ya en el análisis descriptivo dicha influencia sea de alcance reducido.

Otra correlación interesante es la fuerte relación entre la FS con el liderazgo empresarial en salud laboral ($R=0,508$, $p < 0,01$) y con la participación activa de los trabajadores en la gestión e implementación de medidas de acción preventiva ($R=0,675$, $p<0,01$) confirmando nuestra hipótesis secundaria referida que la existencia e intervención de delegados de prevención y comités de seguridad sindicalizados contribuye decisivamente a la activación y desarrollo de la cultura preventiva en las empresas, haciendo que los empleadores y trabajadores mejoren su comunicación e implicación en la gestión de la seguridad y salud laboral.

Cabe señalar, asimismo, que si bien la participación activa de los trabajadores tiene, como ya se ha indicado, un impacto positivo sobre las variables dependientes de salud laboral, la mera recepción de la información de la evaluación de riesgos por parte de los trabajadores (participación pasiva) no resulta significativa para la reducción de la siniestralidad laboral.

Por su parte, la simple gestión formal de la normativa de salud laboral, la formación de los trabajadores y la intervención de la Inspección de Trabajo no presentan relaciones significativas con la reducción de la TEAF, lo que contrasta con algunos estudios anteriores en la materia (Lindell, 1997; Tompa et al., 2007; Levine et al., 2012), lo que obliga a profundizar más en el estudio de dichas variables.

Finalmente, realizamos un análisis de regresión múltiple con las dos variables dependientes de salud laboral y las tres que resultaron significativamente correlacionadas con ellas en el estudio exploratorio previo (fortaleza sindical, liderazgo empresarial y participación activa de los trabajadores), con objeto de conocer cuál tenía mayor poder de predicción, realizando a tal efecto una regresión jerárquica por pasos, incluyendo en cada modelo una de las variables, empezando por la FS y finalizando por la participación activa.⁷

En referencia a la primera de las regresiones (Tabla 7), se observó en el Modelo 1 como la FS fue un predictor estadísticamente significativo de la reducción de la accidentabilidad TEAF, con un valor explicativo de $\beta=-1,38$, $p<0,05$, no obstante R cuadrado fue bajo: 0.14 (R cuadrado ajustado 0.11).

⁷ Las regresiones cumplían con los supuestos de normalidad (como se comparan los 27 países de la UE se utilizó la prueba Shapiro-Wilck que dió como resultado un nivel de significación de $\alpha >0,05$ y fue confirmado con los gráficos de probabilidad normal Q-Q), ausencia de autocorrelación en los residuos (el estadístico de Durbin-Watson que para $n= 27$ y un número de regresores del modelo de $K=3$ y con una nivel de significación de $\alpha= 0,05$ los límites de la prueba se situaron en $DL > 1,162$ y $Du < 1,651$, resultando el modelo: 1,325), falta de colinealidad (el VIF mayor correspondo a la FS en el modelo 3 con un $VIF= 2,157$ muy inferior al valor límite de referencia de $VIF < 10$), la gráfica de dispersión de residuos nuestro la ausencia de homocedasticidad y los diagramas de dispersión descartaron la linealidad.

Tabla 7. Regresión jerárquica para las variables que predicen la TEAF

Variable	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Beta	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Beta	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Beta
Fortaleza Sindical	-3.69	1.77	-1.38*	-1.62	1.92	-0.16	-0.68	2.43	-0.07
Liderazgo empresarial				-6.48	3.06	-0.42*	-6.40	3.06	-0.42*
Participación activa							-4.93	4.74	-0.24
R2			0.14			0.28			0.31
Cambio en R2			-			0.13			0.03
Cambio en F			4.34			4.48			1,08
Sig. cambio F			0.04			0.04			0.30

Fuente: Elaboración propia.

Nota: ***p < 0,001 | ** p<0,01 | * p<0,05

En el modelo 2 se introdujo la variable de liderazgo empresarial mostrándose como un predictor estadísticamente significativo (beta=-0.42, p < 0,05), con un cambio de R cuadro de 0.13, doblando la precisión del modelo con un R cuadrado de 0.28 (R cuadrado ajustado 0.22).

Finalmente, en el paso 3 se incorporó la variable de participación activa de los trabajadores, mostrándose el liderazgo empresarial únicamente estadísticamente significativo ((beta=-0.42, p < 0,05). El R cuadrado fue de 0.31(R cuadrado ajustado 0.22), no siendo el cambio de R significativo.

Tabla 8. Regresión jerárquica para las variables que predicen el impacto positivo del trabajo sobre la salud

Variable	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Beta	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Beta	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Beta
Fortaleza Sindical	0.26	0.07	0.58***	0.21	0.08	0.48*	0.21	0.10	0.23
Liderazgo empresarial				0.15	0.13	0.21	0.14	0.12	0.20
Participación activa							0.35	0.19	0.37
R2			0.34			0.38			0.45
Cambio en R2			-			0.03			0.07
Cambio en F			13.24			1.29			0.31
Sig. cambio F			0.001			0.26			0.08

Fuente: Elaboración propia.

Note: ***p < 0,001 | ** p<0,01 | * p<0,05

Tales resultados confirman de nuevo la hipótesis principal de nuestra investigación, mostrando cómo en los países que presentan una mayor FS, los trabajadores tienen menor probabilidad estadística de sufrir accidentes laborales mortales. Asimismo, se constató que el compromiso y liderazgo empresarial en salud laboral, tiene un elevado poder de predicción, explicando cómo los países donde existe mayor compromiso organizacional y una cultura proactiva y participativa presentan resultados positivos en materia de salud laboral, mientras que donde la dirección funciona de arriba hacia abajo los resultados son más pobres en cuanto a los índices de accidentabilidad.

Por lo que refiere a la segunda de las regresiones (Tabla 8), se observó en el paso 1 como la FS fue un predictor estadísticamente muy significativo y de impacto positivo sobre las condiciones de trabajo según la propia percepción de los trabajadores (AST), con un valor explicativo de beta=0.58, p<0,001, donde el R cuadrado del modelo fue: 0.34 (R cuadrado ajustado 0.32). Los cambios producidos en R cuadrado no fueron

estadísticamente significativos en los pasos 2 y 3. Lo que refuerza, asimismo, la hipótesis central de investigación, observando como la FS fue un determinante explicativo de las diferencias de salud laboral positiva entre los distintos Estados miembros de EU-27.

5. Conclusiones y propuestas

El objetivo central de la presente investigación ha sido evaluar el impacto de la intervención sindical sobre la salud laboral en las empresas de la UE, siendo su principal hallazgo la confirmación de que la FS correlaciona negativamente con la TEAF ($R=-0,385$, $p<0.05$) y de forma directa con salud positiva de los trabajadores ($R=0,589$, $p<0.01$).

El análisis descriptivo ha puesto de manifiesto la existencia de grandes diferencias entre el sistema de relaciones laborales escandinavo, con una elevada FS, y el resto de países de la EU-27, con alguna excepción como Bélgica o Italia con una $FS>0.5$. Suecia, Dinamarca y Finlandia representan el modelo social más desarrollado y con mayor influencia sindical, aportando asimismo los mejores resultados también en lo referente a la salud laboral, operando tradicionalmente como modelo de referencia para el resto de países y sistemas europeos.

Sin embargo, en los últimos años y, especialmente, desde el inicio de la recesión económica se registra un deterioro creciente del mercado de trabajo (precariedad) y de las relaciones laborales (desregulación), que amenaza los frágiles equilibrios entre capital y trabajo, debilitando la capacidad de intervención sindical y la cobertura y estructura de las instituciones laborales (participación, negociación colectiva) e, incluso, una grave regresión en cuanto a los estándares de seguridad y salud laboral (Sedano et al., 2014).

Por otro lado, las reestructuraciones del mercado de trabajo en la búsqueda de flexibilización y aumento de la eficiencia empresarial han hecho que proliferen procesos de subcontratación y cadenas de suministro con empresas cada vez más pequeñas, lo que opera como barrera para el desarrollo e intervención de la representación sindical, en función de los umbrales mínimos de representación que establecen la mayoría de las legislaciones de los países de la EU-27 (Fulton, 2013; Payá, 2014).

Así las cosas, los sindicatos de algunos países europeos han buscado diferentes alternativas para poder mejorar su capacidad de intervención (FS) a través del aumento de la representatividad (audiencia sindical), con el establecimiento de estructuras bipartitas y/o tripartitas negociadas a nivel sectorial y regional (Walters, 2004a y 2004b).

Especialmente interesante a estos efectos resulta la experiencia del modelo sueco de delegados de prevención territoriales, desarrollada en base a una norma legal que, desde 1949, ha permitido que alrededor de 700.000 trabajadores de 160.000 empresas con menos de 50 trabajadores, cuenten con unos 1.400 delegados territoriales de salud laboral afiliados a la confederación LO, con potestad para: inspeccionar las condiciones de trabajo en las PYMEs y microempresas y presentar propuestas de mejora, fomentando la participación activa de los trabajadores proporcionándoles formación e información, activando asimismo los sistemas gestión y control interno (Frick y Walters, 1998).

Aunque menos desarrollado que el modelo sueco, los casos de Italia y Reino Unido son también importante a estos efectos. Mientras que en Italia existe una legislación que promueve la figura de los delegados de prevención territoriales, aplicado sobre todo en la construcción y la industria artesanal en las regiones del norte de Italia (Istituto per il Lavoro, 2006), mejorando los niveles audiencia electoral (delegados de prevención= 0.87, vid. tabla 3), la tradición voluntarista del modelo anglosajón se manifiesta con la promoción de representantes supra-empresariales (Walters, 2004a) por parte de los sindicatos Union of Shop Distributive and Allied Workers (USDAW) y the Graphical, Media and Printing Union (GMPU). Algo similar a los delegados territoriales promovidos en Asturias y otras comunidades autónomas españolas por acuerdo entre sus respectivas asociaciones patronales y los sindicatos CC.OO. y UGT (González, 2006).

La FS no sólo influye de manera directa sobre la reducción de la siniestralidad laboral y la salud positiva de los trabajadores, si no que lo hace también indirectamente sobre liderazgo empresarial y la participación activa de los trabajadores en la gestión de la seguridad y salud laboral, siendo éste el segundo hallazgo relevante de la presente investigación que ha permitido constatar cómo en los países donde es mayor la FS actúa como canalizador y activador de una cultura preventiva que a través de mecanismos de formación e información hace que directivos y trabajadores adquieran una mayor consciencia, modificando

sus hábitos hacia estrategias más participativas y colaborativas, dando mejores resultados en ambas variables.

En este punto, el análisis comparado entre los países de la UE-27, muestra diferencias significativas en cuanto a la participación activa y pasiva de los trabajadores, ya que, mientras los procesos de consulta y negociación tienen un impacto positivo sobre la reducción de la siniestralidad laboral y, sobre todo, en la salud positiva de los trabajadores, la mera recepción pasiva de información sobre riesgos laborales no correlaciona con ambos indicadores.

Por su parte, el liderazgo empresarial es un factor determinante para la reducción de la siniestralidad laboral en los centros de trabajo, siendo también significativas las diferencias entre los países, si bien se constata que, en términos generales, existe poco compromiso e implicación del empresariado europeo en la materia (0.29 sobre 1 de media, vid. tabla 5).

Finalmente, hemos constatado que otras variables citadas por la literatura especializada, tales como la existencia de un sistema de gestión en seguridad y salud laboral, la capacitación de los trabajadores y la inspección de trabajo, no resultaron relacionadas significativamente en el estudio comparado, lo que difiere de algunos estudios anteriores.

Con todo, procede hacer constar algunas limitaciones del estudio realizado, derivadas fundamentalmente de la falta de homogenización en los sistemas de notificación y registro de accidentabilidad laboral en cada país, así como de las divergencias en la distribución de la fuerza de trabajo en los diferentes sectores de actividad, asimetrías en educación, experiencia, capacitación y aprendizaje en los distintos países (Spangenberg et al., 2003) así como las diferencias estructurales y normativas que complican los análisis comparados.

Referencias bibliográficas

- Agra, B. (2005): "Participación y representación de los trabajadores en prevención de riesgos laborales. Especial referencia a las previsiones al respecto contenidas en los convenios colectivos en Castilla y León", *Revista de investigación económico y social de Castilla y León*, 8: 13-109.
- Benavides, F. G., Benach, J., Martínez, J. M. y González, S. (2005): "Description of fatal occupational injury rates in five selected European Union countries: Austria, Finland, France, Spain and Sweden", *Safety Science*, 43 (8): 497-502. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2005.04.005>
- Beneyto, P. (2013): "Teoría (y práctica) del capital humano. Un análisis crítico del caso español", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 1 (1): 53-81. <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v1i1.25>
- (2014): *La representación de los trabajadores en la Unión Europea y España. Modelos, cobertura y recursos*. Madrid: Fundación 1º de Mayo, col. Estudios, nº 78
- Bernaciak, M., Gubrell-McCormick, R. y Hyman, R. (2015): *El sindicalismo europeo: ¿de la crisis a la renovación?* Madrid: Fundación 1º de Mayo
- Boix, P. y Vogel, L. (2009): *Participación de los trabajadores*. Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud. [22/02/2017]. Disponible en web: <http://www.istas.net>
- Camas, F. (2003): *La normativa internacional y comunitaria de seguridad y salud en el trabajo*, Valencia: Tirant lo Blanch.
- 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. <http://dx.doi.org/10.4000/travailemploi.4108>
- Crouch, C. (2017): "Membership density and trade union power", *Transfer*, 23 (1): 47-61. <https://doi.org/10.1177/1024258916673533>
- Dupré, D. (2001): *Accidents at work in the EU 1998-1999. Statistics in focus, theme 3-16/2001, 7*. Eurostat. [22/02/2017]. Disponible en web: <https://core.ac.uk/download/pdf/80601269.pdf>
- Frick, K. y Walters, D. (1998): "Worker representation on health and safety in small enterprises: Lessons from a Swedish approach", *International Labour Review*, 367-389.
- Fulton, L. (2013): *Health and Safety Representation in Europe*. European Trade Union Institute (ETUI). [25/02/2017]. Disponible en web: <https://www.worker-participation.eu/National-Industrial-Relations/Across-Europe/Health-and-Safety2>
- George, D., y Mallery, P. (2003). *SPSS/PC+step by step: a simple guide and reference*. EEUU: Wadsworth Publishing Co. Belmont, CA.

- 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. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4375\(02\)00002-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4375(02)00002-6)
- González, H. M. (2006): "Los delegados y delegadas territoriales de prevención ya una realidad en Asturias", *Revista de salud laboral de CCOO*, 34. [25/02/2017]. Disponible en web: <https://www.porexperiencia.com>
- Hämäläinen, P., Takalab, J. y Saarela, K. L. (2006): "Global estimates of occupational accidents", *Safety Science*, 44 (2): 137-156. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2005.08.017>
- Huth, J., DeLorme, D. E. y Reid, L. N. (2006): "Perceived third-person effects and consumer attitudes on prevetting and banning DTC advertising", *Journal of Consumer Affairs*, 40 (1): 90-116. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6606.2006.00047.x>
- Instituto per il Lavoro (2006): *The Role of the Safety Representative in Italy*. Instituto per il Lavoro.
- James, P., y Walters, D. (2002): "Worker representation in health and safety: options for regulatory reform", *Industrial Relations Journal*, 33 (2): 141-156. <https://doi.org/10.1111/1468-2338.00225>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2011.06.005>
- Lehndorff, S., Dribbusch, H. y Schulten, T. (2017): *European Trade Unions in a Time of Crises*. Bruselas: ETUI
- 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: 907-911. <http://dx.doi.org/10.1126/science.1215191>
- Lindell, M. K. (1997): "Occupational safety and health inspection scores predict rates of workers' lost-time injuries", *Accident Analysis & Prevention*, 29 (5): 563-571. [https://doi.org/10.1016/S0001-4575\(97\)00009-2](https://doi.org/10.1016/S0001-4575(97)00009-2)
- Pawlowska, Z. (2013). *Occupational safety and health management systems and workers' participation*. OHSWIKI. [25/02/2017]. Disponible en web: https://oshwiki.eu/wiki/Occupational_safety_and_health_management_systems_and_workers%E2%80%99_participation
- Payá, R. (2014): *La participación de los trabajadores en seguridad y salud laboral. Una perspectiva europea*. Madrid: Fundación primero de mayo.
- Reilly, B., Paci, P. y Holl, P. (1995): "Unions, safety committees and workplace injuries", *British Journal of Industrial Relations*, 33(2): 275-288. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8543.1995.tb00435.x>
- Robens Report (2012): *Safety and health at work*. Londres: Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- 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. <https://doi.org/10.1177/0950017012460307>
- Schnabel, C. (2013): "Union membership and density: Some (not so) stylized facts and challenges", *European Journal of Industrial Relations*, 19 (3): 255-272. <https://doi.org/10.1177/0959680113493373>
- Sedano, V., Camino, M. A., Fontaneda, I., Gonzalez, O. J. y Ritzel, D. O. (2014): "The impact of the economic crisis on occupational injuries", *Journal of Safety Research*, 48: 77-85. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2013.12.007>
- Shaw, N., y Turner, R. (2003): *The Worker Safety Advisors (WSA) pilot*. Leeds: HSE BOOKS.
- Spangenberg, S., Baarts, C., Dyreborg, J., Jensen, L., Kinesa, P. y Mikkelsen, K. L. (2003): "Factors contributing to the differences in work related injury rates between Danish and Swedish construction workers", *Safety Science*, 41 (6): 517-530. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(02\)00007-3](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(02)00007-3)
- Takala, J. (1999): "Global estimates of fatal occupational accidents", *Epidemiology*, 10 (5): 640-646.
- Tompa, E., Trevithick, S. y McLeod, C. (2007): "Systematic review of the prevention incentives of insurance and regulatory mechanisms for occupational health and safety", *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 33 (2): 85-95. Disponible en web: <https://www.jstor.org/stable/40967630>
- Vogel, L. (2015): *The machinery of occupational safety and health policy in the European Union- History, institutions, actors*. Brussels: European Trade Union Institute (ETUI).
- Wadsworth, E., y Walters, D. (2014): "The determinants of workplace health and safety practice in the UK", *Policy and Practice in Health and Safety*, 12 (2): 3-22. <https://doi.org/10.1080/14774003.2014.11667801>

- Walters, D. (2004a): "Making things work: strategies for effective worker representation on health and safety in small firms in Europe", *Policy and Practice in Health and Safety*, 2 (1): 53-73. <https://doi.org/10.1080/14774003.2004.11667643>
- (2004b): "Worker representation and health and safety in small enterprises in Europe", *Industrial Relations Journal*, 35 (2): 169-186. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2338.2004.00307.x>
- y Nichols, T. (2007): *Worker Representation and Workplace Health and Safety*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- , Johnstone, R., Michael, Q. y Wadsworth, E. (2016): "Safeguarding Workers: A Study of Health and Safety Representatives in the Queensland Coalmining Industry, 1990-2013", *Relations Industrielles*, 71 (3):418-441. <http://dx.doi.org/10.7202/1037659ar>
- Woolfson, C., Calite, D. y Kallaste, E. (2008): "Employee 'voice' and working environment in post-communist New Member States:an empirical analysis of Estonia, Latviaand and Lithuania", *Industrial Relations Journal*, 39 (4): 314-334. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2338.2008.00490.x>

Breve CV de los autores

Raúl Payá Castiblanque es Graduado en Relaciones Laborales, Master en Dirección y Gestión de Recursos Humanos por la Universidad de Valencia y Técnico en Prevención de Riesgos Laborales, con diez años de experiencia profesional. Investigador FPU en el Departamento de Sociología de la Universidad de Valencia, donde prepara su Tesis doctoral sobre los sistemas europeos de participación de los trabajadores en prevención de riesgos.

Pere J. Beneyto Calatayud es Doctor en Sociología, profesor titular de la Universidad de Valencia y del programa de postgrado de la UNED. Sus líneas de investigación preferente son el mercado de trabajo, las relaciones laborales y los grupos de interés (sindicatos y asociaciones empresariales), la cualificación y formación de recursos humanos; en torno a las que ha desarrollado su actividad académica y profesional.