

Presencia sindical y gestión de riesgos laborales de origen psicosocial. Un análisis del caso español

Raúl Payá

Universidad de Valencia

Raul.Paya@uv.es

Alejandro Pizzi

Universidad de Valencia

alejandro.pizzi@uv.es

Resumen: La desregulación y precarización del mercado de trabajo ha derivado en un incremento de los riesgos y enfermedades de origen psicosocial en Europa en general y en España en particular. Ante tal contexto, el objetivo de la presente investigación es evaluar el impacto de la representación sindical especializada (delegados de prevención) sobre la implementación de medidas de prevención de riesgos psicosociales en las empresas. A tal efecto, utilizamos la Segunda Encuesta Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER 2 - España 2014). Comparamos los indicadores de gestión de riesgos psicosociales con la presencia o ausencia de delegados de prevención en las empresas. Estimamos las odds ratio a través de regresiones logísticas binarias ajustadas mediante variables sociodemográficas. Los resultados obtenidos muestran que en los centros de trabajo que cuentan con delegados de prevención se realizan con mayor prevalencia evaluaciones de riesgos psicosociales, tanto en aspectos relacionales como organizativos. También la presencia de delegados de prevención se relaciona positivamente con el establecimiento de planes y procedimientos para evitar el estrés laboral, así como amenazas, insultos o agresiones. Asimismo, promueve la formación y asesoramiento a los trabajadores ante dichos riesgos, y favorece la existencia de mecanismos para la resolución de conflictos. Pese a encontrar evidencia empírica

de un impacto positivo de los delegados de prevención, se han identificado diferentes factores coyunturales, legales e institucionales que socavan los recursos de poder sindical (estructural, asociativo, institucional y social) y debilitan dicha correlación.

Palabras clave: representación sindical; participación; riesgos psicosociales; gestión preventiva.

Trade union presence and management of occupational risks of psychosocial origin. An analysis of the Spanish case

Abstract: The deregulation and precariousness of the labor market has led to an increase in the risks and psychosocial diseases in Europe in general, and in Spain in particular. In this context, the objective of this research is to evaluate the impact of specialized union representation (prevention delegates) on the implementation of measures to prevent psychosocial risks in companies. To this end, we used the Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 2 - Spain 2014). We compared the indicators of psychosocial risk management with the presence or absence of prevention delegates in companies. We estimate the odds ratio through binary logistic regressions adjusted by sociodemographic variables. The results obtained show that in work centers that have prevention delegates, evaluations of psychosocial risks are carried out with greater frequency, both in relational and organizational aspects. Also the presence of prevention delegates is positively related to the establishment of plans and procedures to avoid work-related stress, as well as threats, insults or aggression. Likewise, it promotes training and advice for workers regarding such risks, and encourages the existence of mechanisms to resolve conflicts. Despite finding empirical evidence that prevention delegates have a positive impact, different contextual, legal and institutional factors have been identified that undermine union power resources (structural, associative, institutional and social) and weaken this correlation.

Keywords: union representation; participation; psychosocial risks; preventive management

1. Introducción

Los riesgos laborales tradicionales, así como los de carácter psicosocial en particular, parecen profundizarse en Europa a partir de procesos macrosociales de debilitamiento y corrosión de las relaciones laborales institucionalizadas desde hace décadas. Ello es debido a que la desregulación de las instituciones laborales permite una mayor intensificación de los procesos de trabajo en un contexto de creciente competitividad global (Gil-Monte, 2012; OIT, 2016).

La profundización del debilitamiento de las relaciones laborales se llevó a cabo en Europa a partir de las nuevas formas de gobernanza europea surgidas tras la crisis de 2008. En términos generales, los dos primeros años de crisis tuvieron como respuesta política de la UE un esfuerzo de coordinación para apoyar la recuperación económica de los Estados miembros. Sin embargo, a raíz de la crisis de la deuda pública provocada por los esfuerzos financieros de distintos países, orientados a sostener la actividad productiva, los Estados europeos en crisis perdieron soberanía económica como consecuencia de la forma de intervención de la UE ante dichas crisis. El procedimiento informal de intervención de la UE sobre sus Estados miembros consistía en que el Banco Central Europeo (BCE) compraba deuda soberana de los Estados en crisis (especialmente los países del sur e Irlanda) a cambio de implementación de reformas drásticas de ajuste fiscal por parte de estos últimos, con el objetivo final de fortalecer las bases económicas del euro (Degryse *et alii*, 2015; Eurofound, 2013; Meardi, 2018).

El diagnóstico de la crisis financiera que se ha hecho desde la nueva gobernanza económica europea (Rocha, 2014) incluye distintos argumentos. En primer lugar, constituye una crisis de deuda pública; para resolverla son necesarias unas políticas de fuerte austeridad. En segundo lugar, existe una crisis de competitividad en un conjunto de países «deficitarios» en términos de comercio exterior. Para mejorar la competitividad de estas economías es necesario, según el diagnóstico dominante, reforzar unas políticas que eliminen las rigideces salariales (reducir los costes salariales y los costes laborales unitarios). Por último, existe un tercer tipo de crisis dado por el desempleo estructural. Para resolverlo, según este diagnóstico, se requiere incrementar la flexibilidad de las instituciones que regulan el mercado de trabajo con el objetivo de mejorar las condiciones de contratación, desde el punto de vista de las empresas.

A nivel de los Estados nacionales, a partir de 2010, solo los países nórdicos y algunos continentales enfrentaron los efectos de la crisis recurriendo a la colaboración con los sindicatos, como estrategia para implicarlos en las decisiones políticas y en las responsabilidades de estas (Gago, 2016). En el sur de Europa y en Irlanda, como efecto de la implementación de las medidas de austeridad,

ha habido una erosión de las prácticas de corporativismo y concertación social porque los Gobiernos de dichos Estados carecían de recursos para ofrecer en una negociación con los actores sociales (Marginson, 2015; Brunet *et alii*, 2016; Eurofound, 2015). De esta forma, la lógica neoliberal favorece un modelo que cuestiona derechos colectivos de los sindicatos en las empresas, por un lado, y limita las instancias de diálogo social corporativo, por otro. Dicha lógica promueve un modelo pluralista, en el que los sindicatos funcionen como grupos de interés de la sociedad civil, pero con escasa o nula incidencia dentro de las empresas.

Este proceso de desregulación de las instituciones laborales ha sido analizado y registrado en la Unión Europea. Tal proceso permite una mayor intensificación del trabajo y explotación de los trabajadores, al mismo tiempo que promueve una disminución general de la influencia y participación sindical en las empresas (Marginson, 2015; Crouch, 2015) y un debilitamiento de la *gobernanza asociacional* de las relaciones laborales (Meardi, 2018). En tal contexto de regresión institucional, parecen visibilizarse de forma más clara los llamados riesgos laborales de carácter psicosocial, y las consecuencias a ellos asociadas (estrés, violencia o acoso en el trabajo, ansiedad, depresión, etc.). De hecho, estudios previos realizados en diferentes países de la Unión Europea apuntan al incremento constante de las patologías psicosomáticas. Koukoulaki (2004) estimó que, al inicio del siglo XXI, en Suecia el 14% del absentismo laboral fue causado por el estrés o la tensión mental. En los Países Bajos, el absentismo derivado de trastornos psicosomáticos representó aproximadamente el 22% de las contingencias laborales (Koningsveld *et alii*, 2013). En el Reino Unido, el estrés, la depresión y la ansiedad causaron alrededor de 11,4 millones de días de trabajo perdidos en el período 2008-2009 (HSE, 2010).

Con respecto a España, se ha registrado un incremento de la siniestralidad laboral en un 17,1% entre 2012 y 2017. Esta evolución sitúa a España entre los países europeos con más accidentes de trabajo (Ministerio de Trabajo, 2018). Además, la OMS ha estimado que la ansiedad y la depresión serán la primera causa de baja laboral a partir de 2020 en España (Rafóls, 2018). En este sentido, se observa una evolución creciente de las patologías psicosomáticas en España si comparamos las dos últimas encuestas nacionales sobre condiciones de trabajo. En 2011, el 18,9% de los trabajadores manifestaron sentirse cansados o estar agotados; el 17,2% refirieron padecer estrés, ansiedad o nerviosismo, y el 4,9%, depresión o tristeza (INSHT, 2011). Y, en la última encuesta de 2015, se registró que el 44,6% de los trabajadores sufrían cansancio general, el 29,6%, estrés, y el 17,5%, ansiedad (INSHT, 2015a). Cabe mencionar que, incluso antes del inicio de la crisis económica de 2008, y el mayor abundamiento de las patologías psico-

somáticas, el movimiento sindical español ha tenido un papel de liderazgo en el estudio de los riesgos psicosociales. El Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), gabinete técnico-sindical creado por Comisiones Obreras (CC. OO.) en 1996, ha tenido un impacto relevante en la adaptación y validación del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). Ello ha dotado a los investigadores nacionales de un método fiable de evaluación de riesgos psicosociales (ISTAS21 COPSOQ) (Moncada *et alii*, 2005). Además, proporcionó valores de referencia representativos para la población asalariada en España. Como efecto, ha permitido tener una base para diagnosticar situaciones de riesgos en las empresas y establecer medidas de acción preventiva (Moncada *et alii*, 2008: 673). De hecho, el método se ha consolidado como herramienta de evaluación utilizada en las investigaciones científicas (Moncada *et alii*, 2010; González-Cabrera *et alii*, 2012; Viloria *et alii*, 2018; Moreno-Pimentel, 2019).

Por lo que se refiere al movimiento sindical en Europa, a lo largo de la historia se ha demostrado que no solo ha tenido un impacto positivo sobre la regulación del mercado de trabajo y los sistemas de seguridad social, sino también en la lucha por el establecimiento de leyes sobre seguridad y salud laboral (Johansson y Partanen, 2002; Walters, 2006). Algunos de los hitos históricos más relevantes fueron los movimientos sindicales que concluyeron con leyes que prohibieron la *céruse* (albayalde o blanco de plomo), responsable del saturnismo que padecían millones de pintores franceses (Rainhorn, 2010), o el fósforo blanco, que provocaba necrosis de mandíbula en los trabajadores de las fábricas británicas de cerillas (Vogel, 2016).

Sin embargo, a pesar de estas mejoras históricas, la forma dominante que los Estados y las empresas en Europa han adoptado para enfrentar la crisis financiera conlleva, como se ha mencionado más arriba, un incremento de la explotación laboral junto con una disminución del poder sindical. La consecuencia de ello es un aumento de los riesgos laborales en general, y psicosociales en particular. Esta mayor visibilización de los riesgos psicosociales en los diagnósticos académicos y profesionales, y de forma creciente dentro de los movimientos sindicales, aún parece no tener una traducción equivalente en la planificación de las empresas y en los protocolos de actuación de los organismos de inspección laboral. Por este motivo, el objetivo de la presente investigación es estudiar el impacto y los límites que tiene la presencia de delegados de prevención sobre las formas de gestión de los riesgos laborales (en particular los psicosociales) llevadas a cabo por las empresas españolas, en un contexto de desregulación y erosión del sistema nacional de relaciones laborales.

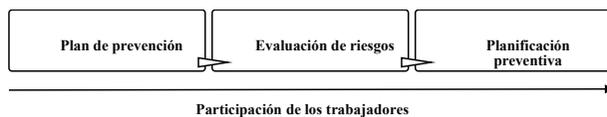
2. Representación sindical y salud laboral

2.1 Tipos de participación en el proceso de gestión preventiva

Por lo que refiere a la protección de los/as trabajadores/as respecto de los riesgos laborales la Directiva Marco 89/391-CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud, ratificada en el caso español por la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), determina que las empresas quedan obligadas a gestionar la prevención en torno a tres ejes (art. 16): a) diseño e implementación de planes de prevención para establecer los recursos, responsabilidades y procedimientos; b) realización de las evaluaciones correspondientes, y c) planificación de medidas de acción preventiva para eliminar o reducir los riesgos observados en el proceso de evaluación. A estas obligaciones de las empresas se articulan derechos de los trabajadores (individuales y colectivos) reconocidos en la misma directiva marco, relativos a información, formación, control y participación en el proceso de gestión preventiva de los riesgos sanitarios (figura 1). Ello incluye tanto el derecho individual del trabajador (art. 21.2 LPRL) para interrumpir su actividad y abandonar el lugar de trabajo —cuando estime que dicha actividad entrañe un riesgo grave e inminente— como el derecho colectivo de paralizar la actividad productiva de los trabajadores afectados (art. 21.3 LPRL y art. 19.5.2.º del ET) cuando la representación unitaria, por mayoría de sus miembros, estime que existe tal riesgo grave e inminente tras ser oídos los delegados de prevención (32.2g LPRL). En este caso, deberán comunicar de inmediato tal acuerdo a la empresa y a la autoridad laboral. Dicha autoridad, en un plazo de veinticuatro horas, anulará o ratificará la paralización acordada (art. 21.3 LPRL y art. 19.5.2.º del ET). De manera subsidiaria, la representación especializada podría acordar, por decisión mayoritaria, la paralización de la actividad cuando no resulte posible reunir con la urgencia necesaria a la representación unitaria (art. 21.3. 4.º LPRL y art. 19.5.2.º del ET). No obstante, cabría matizar que ambas figuras representativas (unitaria y especializada) no tienen inmunidad disciplinaria absoluta, puesto que la garantía no ampara las extralimitaciones abusivas (obrar de mala fe o cometer negligencia grave —art. 21.4 LPRL—) de su función representativa (Camps-Ruiz, 2010: 53), y ha sido aplicada por la doctrina judicial (STSJ Cantabria de 31 de diciembre de 2002, Rec.975/2000).

La participación directa (u *organizacional*) de los trabajadores se produce de manera informal, sin la mediación sindical, a través de dispositivos participativos institucionalizados. Por el contrario, la participación indirecta es de carácter formal, institucionalizada, colectiva y representativa (*participación institucional*) (Laville, 1991). En este sentido, estudios previos (Gustaven y Hunnius, 1981;

Figura 1. Sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales



Fuente: elaboración propia.

Gazzane, 2006; Walters y Nichols, 2006) han identificado que la «participación institucional» es más eficaz que la «participación organizacional» para prevenir riesgos laborales. Ello es debido a que los trabajadores tienen, por un lado, una débil posición estructural en el mercado de trabajo («poder de mercado»), por situaciones cada vez más extendidas de temporalidad y paro. Por otro lado, tienen una inserción crecientemente precaria en los procesos productivos de las empresas («poder de producción»), debida a la extensión de prácticas empresariales de subcontratación, *offshoring*, etc. (Wright, 2000). Ambos procesos explican el relativo bajo poder de participación directa u «organizacional» de los trabajadores. Por este motivo, en contextos de desequilibrios estructurales de poder de mercado y de producción, los sistemas de relaciones laborales que reconocen formalmente la acción representativa de los sindicatos otorgan mayor eficacia relativa a la participación «institucional». De esta manera, la presencia institucionalizada de la representación sindical constituye una variante más eficaz para garantizar la gestión preventiva de los riesgos laborales.

No obstante, la participación directa puede tener una función relevante, no solo por una cuestión de democracia interna, sino de eficacia. La percepción colectiva de los trabajadores sobre los riesgos laborales y psicosociales a los que están expuestos puede favorecer su cohesión social, o «participación cultural» (Laville, 1991). Ello, a su vez, permite complementar el enfoque tecnocrático del conocimiento experto (Boix y Vogel, 2013) producido por las instituciones políticas y organizaciones económicas y sindicales.

En el caso español, y desde el punto de vista de los trabajadores, la participación institucional de los sindicatos en la gestión de riesgos laborales constituye la forma participativa más importante, dadas las características de su modelo de relaciones laborales. Dicho modelo se articula en un doble canal de representación general: unitaria y sindical. Se pueden presentar a las elecciones de delegados de personal en los centros de trabajo tanto las listas sindicadas como candidaturas de trabajadores no adscritos a ningún sindicato (Beneyto *et alii*, 2016). En este marco, los nuevos representantes sindicales especializados en salud laboral son los «delegados de prevención», que son elegidos *por y entre* los delegados de personal (representación unitaria). No obstante, a través de la negociación colectiva

se podrán establecer sistemas alternativos de designación de delegados de prevención, «siempre que se garantice que la facultad de designación corresponde a los representantes del personal o a los propios trabajadores» (art. 35.4 LPRL). Incluso, se podrán crear órganos específicos de representación en salud laboral (por ejemplo, los delegados de prevención territoriales), siempre y cuando se trate de convenio colectivo estatuario con eficacia general *erga omnes* (art. 35.4.1 LPRL). De esta manera, tal y como manifiesta Camps-Ruiz (2010: 37-38), la LPRL permite alterar de una manera flexible el precepto «por y entre». Ello posibilita que los propios trabajadores se constituyan en *electores* y que sean *elegibles* los delegados sindicales así como los trabajadores no designados previamente como representantes. Dicho esquema permite tener sistemas especializados de representación en centros de trabajo donde no existe representación general. No obstante, tal y como analizamos en la discusión (ver tabla 3), son muy pocos los convenios colectivos que establecen este tipo de cláusulas.

En la práctica, el sistema español de representación se ha consolidado, fundamentalmente, en torno a las dos grandes centrales mayoritarias (CC. OO. y UGT), que agrupan a más de dos tercios del total de delegados electos. El porcentaje de los delegados no adscritos es minoritario (ver tabla 1). Por consiguiente, la mayoría de los delegados de prevención son, a su vez, representantes sindicales. De hecho, estudios previos identificaron que en un 89,3% de los casos ambas figuras representativas, sindical y especializada, estaban superpuestas (García *et alii*, 2004). Ello confirmaría que las organizaciones sindicales controlan la mayoría de las prácticas de representación laboral especializada en salud laboral.

Tabla 1. Elecciones de delegados de personal en España (1978-2018)

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

Fuente: Ministerios de Trabajo y AA. PP. para los datos de 1978 a 1990, SIGIS-CC. OO., para las restantes convocatorias (Beneyto y Payá, 2019).

2.2 Impacto de la intervención sindical sobre los riesgos tradicionales

En la revisión de la literatura internacional se han identificado, por un lado, diversos estudios econométricos en diferentes sistemas y contextos de relaciones laborales que muestran un impacto positivo de la presencia de delegados de prevención sobre la implementación de los procesos de gestión de los riesgos tradicionales de higiene y seguridad laboral (enfermedades profesionales y accidentes de trabajo). Es decir, se ha demostrado que el control ejercido sobre la dirección empresarial, por parte de representantes de trabajadores especializados en salud laboral, incentiva un mayor cumplimiento legal de los estándares de prevención (planes, programas y procedimientos) (Nichols y Walters, 2006; Coutrot, 2009; Ollé-Espluga *et alii*, 2015). Por otro lado, también se ha constatado que la presencia de representación laboral especializada garantiza un menor número de accidentes de trabajo. Al respecto, en las últimas décadas diferentes estudios identificaron que en los centros de trabajo que cuentan con delegados de prevención los accidentes de trabajo se reducen significativamente (en relación con los centros que carecen de delegados). Dicha reducción es mayor si los delegados de prevención, además, están sindicalizados (Reilly *et alii*, 1995; Nichols *et alii*, 2007; Robinson y Smallman, 2013). Asimismo, investigaciones comparadas entre países europeos han hallado una relación inversa entre la tasa de afiliación sindical y los niveles de incidencias originadas en accidentes de trabajo (Rueda, 2004; Payá y Beneyto, 2018).

La presencia sindical garantiza una reducción de la accidentalidad laboral, tanto en las empresas más grandes como en las pequeñas. No obstante, en los lugares de trabajo más pequeños las decisiones en materia de salud laboral pueden ser tomadas unilateralmente por parte de la dirección. Ello es consecuencia de una combinación de los siguientes factores, que tienen mayor presencia en este tipo de empresas: una menor probabilidad de sindicalización (Nichols *et alii*, 2007; Beneyto *et alii*, 2016) y estructuras especializadas de representación (ver tabla 2), junto con dificultades de poseer recursos materiales y humanos especializados, así como una cultura gerencial más paternalista (Naroki, 1997; Nichols *et alii*, 2007). Como resultado de esta mayor unilateralidad empresarial en materia de salud laboral los trabajadores están más expuestos a una mayor vulnerabilidad (Nichols, 1986: 302) y posibilidad de accidentarse (Naroki, 1997).

A los comentarios expuestos, cabría añadir que el grado de intervención sindical en materia preventiva y el momento temporal en el que se produce afectan a la eficacia del sistema de prevención. Específicamente, la *profundidad* o *grado* de la participación sindicalizada en temas de prevención laboral puede ser a) «pasiva», referida a acciones de información, formación y consulta sobre riesgos vinculados con los

puestos de trabajo, y b) «activa», referida a acciones de cogestión y codeterminación en el proceso de toma de decisiones relacionadas con la salud (Boix y Vogel, 2013). El *momento temporal* de la participación de representantes laborales se puede producir en dos fases fundamentales: a) «primeras fases», referida a su participación en la elaboración del plan de prevención o identificación de riesgos en la evaluación, y b) «fase final», referida a su participación en la planificación de acciones de prevención (Lahera, 2004). Es decir, ha quedado acreditado que los niveles más «profundos» de participación (activa y al final del ciclo de gestión preventivo) tienen un impacto cuantitativo mayor sobre la reducción de accidentes de trabajo, en relación con una participación «pasiva», basada en la transmisión de información al inicio del sistema de gestión preventiva (Robinson y Smallman, 2013).

Por último, resultan muy significativos los estudios cualitativos que ayudan a precisar conceptualmente cuáles son los diferentes determinantes de la «eficacia» de la participación de los representantes de los trabajadores sobre la prevención de riesgos laborales en Europa (Menéndez *et alii*, 2009; Walters y Wadsworth, 2014). En ellos, se pueden identificar los siguientes determinantes: a) factores macrocontextuales, relacionados con las políticas y sistemas de regulación legal de la salud laboral (Walters y Nichols, 2006); b) el tipo de organización empresarial, que hace referencia al liderazgo y predisposición empresariales, tamaño de la empresa o sector de actividad (Eaton y Nocerino, 2000; Walters, 2004; Walters y Nichols, 2007; Yassi *et alii*, 2013; Ollé-Espluga, *et alii*, 2014), y c) la existencia de representación sindical, que promueva acciones de formación y mejora de capacidades (García *et alii*, 2007; Walters y Nichols, 2007).

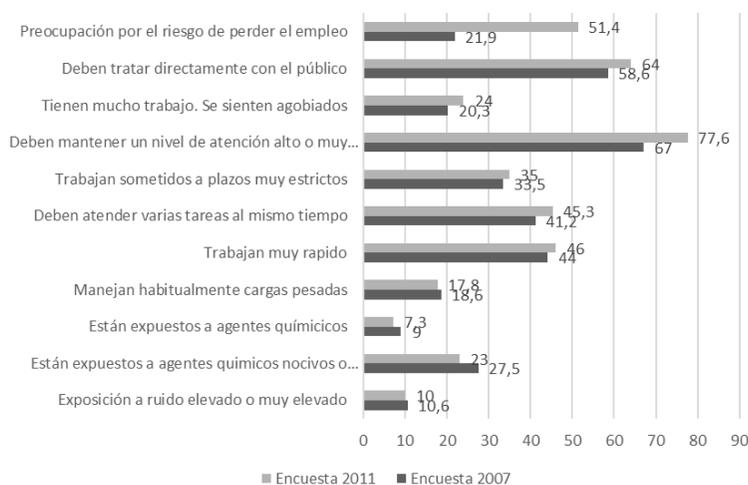
2.3 Participación sobre los riesgos de origen psicosocial

Los riesgos psicosociales, según la OIT (2016), son efectos derivados, por un lado, de la interacción dinámica entre las relaciones humanas (sistemas de comunicación, apoyo social, etc.), y, por otro lado, de la organización del trabajo (ritmos de producción, horarios de trabajo, diseño de puestos, etc.). De dicha definición se puede identificar la amplitud y complejidad de los factores de riesgos psicosociales, que pueden afectar a los derechos fundamentales relacionados con la discriminación, el acoso, el hostigamiento o las agresiones (Moreno y Báez, 2010).

Tales riesgos laborales de origen psicosocial tienen una incidencia creciente dentro de la totalidad de los riesgos laborales en Europa en general, y España en particular. En este sentido, el último informe de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 (INSHT, 2015b) compara la evolución de los distintos factores de riesgo laboral con los datos obtenidos de las encuestas nacionales sobre condiciones de trabajo de 2007 y 2011. El gráfico I muestra, por

un lado, que la exposición a ruido (10,6% en 2007, frente al 10% en 2011) o el manejo de cargas pesadas (17,8% frente a 18,6%) se han mantenido estables. Incluso, otros riesgos tradicionales como los contaminantes químicos (27,5% frente al 23%) o agentes biológicos (9% frente al 7,3%) han visto reducido su nivel de exposición. Sin embargo, por otro lado, los riesgos psicosociales se encuentran afectados por las condiciones de trabajo. En especial, debido a los efectos negativos provenientes de la inquietud por la inestabilidad del empleo (21,9% frente al 51,4), la intensificación de las exigencias *cuantitativas* (tener mucho trabajo pasa del 20,3% al 24%; trabajar con plazos exigentes pasa del 33,5% al 35%; trabajar muy rápido pasa del 44% al 46%), exigencias *sensoriales* (mantener el nivel de atención alto o muy alto pasa del 67% al 77,6%), exigencias *cognitivas* (atender varias tareas al mismo tiempo pasa del 41,2% al 45,3%), y exigencias *emocionales* (tratar directamente con el público pasa del 58,6% al 64%).

Gráfico I. Evolución de los factores de riesgo laboral en España (2007-2011)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 (INSHT, 2015b: 52).

A pesar de este incremento, existe una cantidad relativamente baja de estudios sobre estos riesgos «emergentes» de origen psicosocial, tanto en la esfera internacional como en la española. Algunos de los estudios más recientes al respecto han identificado que la participación organizacional y directa de los trabajadores mejora el ambiente psicosocial y las condiciones de trabajo (Janetzke y Ertel, 2017; Llorens, 2019). También se ha registrado que las prácticas de evaluaciones de riesgos psicosociales dentro de las empresas se llevan a cabo, en mayor proporción, en

firmas de mayor tamaño, en las que ocurren más habitualmente las inspecciones en sus centros de trabajo, y que cuentan con especialistas en psicología (Beck y Lenhardt, 2019). Sin embargo, queda por resolver cuáles son el impacto y los límites que, sobre los riesgos psicosociales, ejerce la representación sindical especializada en salud laboral (*participación institucional*). Al respecto, Walters (2011) registra un posible impacto positivo de la acción sindical, pero requiere investigaciones complementarias que profundicen esta línea de investigación.

Por lo que se refiere el impacto de tales riesgos sobre la salud de los trabajadores, existen investigaciones que han acreditado, a través de los modelos teóricos de *demanda-control* y *apoyo social* de Karasek-Theorell-Johnson-Hall, o los de *esfuerzos y recompensa* de Siegrist (Gilbert-Ouimet *et alii*, 2014), que existe una elevada asociación entre la exposición a riesgos psicosociales y padecer trastornos mentales (Harvey *et alii*, 2017), e incluso cardiovasculares (Theorell *et alii*, 2015). Dados los factores contextuales descritos, junto con la complejidad de dichos riesgos y las consecuencias (sociales y sanitarias) a ellos asociados, este artículo se inscribe dentro de la voluntad académica de avanzar en el conocimiento existente sobre los factores que afectan a los riesgos psicosociales de los trabajadores.

3. Metodología de la investigación

El objetivo de la presente investigación es evaluar el impacto de la representación sindical especializada (delegados de prevención) sobre la implementación de medidas de prevención de riesgos psicosociales en las empresas y centros de trabajo. Específicamente, comparamos los indicadores de gestión de riesgos psicosociales con la presencia o ausencia de delegados de prevención en las empresas. Partimos de la hipótesis según la cual la existencia de políticas empresarias de prevención de riesgos psicosociales está vinculada con el poder de presión que, al respecto, ejerzan los trabajadores organizados. Más en concreto, la presencia activa de delegados de prevención en los centros de trabajo promueve mayores acciones de prevención de riesgos psicosociales por parte de las empresas.

Con relación con la población analizada, hemos llevado a cabo un estudio transversal basado en los datos de la Segunda Encuesta Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER 2 - España, 2014) en centros de trabajo con cinco o más trabajadores de todos los sectores de actividad, a excepción de las secciones T (Actividades de los hogares) y U (Organismos extra-territoriales) de la CNAE Rev. 2 (n.º = 3.162 centros). En dicha encuesta, cada cuestionario ha sido respondido por «la persona que más sabe sobre la salud y seguridad del centro de trabajo» (Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, 2014: 20) a juicio del responsable de la empresa. La encuesta presenta un

nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) y un error de muestreo de $\pm 1,77\%$. Dicha encuesta se considera la más idónea por dos motivos principales. En primer lugar, y a diferencia de las encuestas genéricas de condiciones de trabajo, permite profundizar sobre los riesgos psicosociales que constituyen el objeto central de la presente investigación. Y, en segundo lugar, permite comparar los resultados de la gestión de los riesgos psicosociales con respecto a los riesgos laborales tradicionales.

De la base de datos se han utilizado 26 indicadores dicotomizados sobre la gestión preventiva, considerando tanto los riesgos tradicionales como los de origen psicosocial. Dichos indicadores los hemos agrupado en cuatro dimensiones de análisis: 1) *plan de prevención de riesgos laborales*; 2) *evaluación de riesgos*; 3) *planificación de actividades* para prevenir riesgos psicosociales, y 4) *derechos colectivos y/o individuales* de los trabajadores.

La variable predictora utilizada para identificar el impacto de la representación sindical especializada sobre la gestión de los riesgos es *la presencia o ausencia de delegados de prevención en el centro de trabajo* (Sí/No). En el modelo incluimos variables de ajuste para controlar el efecto de distintos aspectos socioeconómicos: 1) el *tamaño* del centro de trabajo (5-9; 10-49; 50-249; 250 o más trabajadores); 2) el *sector de actividad* (agricultura, ganadería y pesca; industria manufacturera; construcción; comercio, transporte y hostelería; actividades profesionales y administrativas; Administración pública; sanidad, educación y servicios sociales); 3) la *antigüedad* del centro de trabajo (antes de 1990; entre 1990 y 2005; entre 2006 y 2010; después de 2010), y 4) *la situación económica* de la empresa (muy buena; bastante buena; ni buena ni mala; bastante mala; muy mala).

Estas variables de ajuste fueron seleccionadas con base en estudios anteriores que permitieron identificar cómo la presencia de representación general (unitaria y sindical) se incrementa según aumenta el tamaño y la antigüedad, siendo mayor en sectores tradicionales de las relaciones laborales (construcción e industria) y en situaciones económicas favorables (Alós *et alii*, 2013: 1073-1075; Beneyto *et alii*, 2016: 34-36). En consecuencia, estos aspectos pueden afectar al sistema de representación especializado en salud laboral, dado que este queda superpuesto al sistema general, tal como argumentamos en el apartado anterior. Por lo que refiere a la salud laboral, distintos estudios de las últimas décadas han constatado que las empresas más pequeñas presentan menores índices de gestión preventiva (Naroki, 1997; Walters, 2004: 171; Ollé-Espluga *et alii*, 2014), dada la especificidad de sus características cuantitativas (falta de recursos humanos y materiales) y cualitativas (cultura familiar, patriarcal y autoritaria).

Para obtener los resultados llevamos a cabo una regresión logística binaria, en primer lugar, se realizó un análisis bivariado con el objetivo de examinar las

asociaciones entre la presencia o ausencia de delegados de prevención y el resto de covariables de la muestra (tabla 2); en segundo lugar, se realizó el mismo análisis descriptivo entre las variables dependientes e independientes (ver anexo I), sobre la base de la prueba del ji cuadrado; en tercer lugar, y finalmente, se aplicó el modelo de regresión logística y se calcularon las *odds ratio* crudas y ajustadas (por las cuatro covariables socioeconómicas) para todos los indicadores de gestión preventiva.

4. Resultados

La presencia de delegados de prevención presentó una correlación positiva (ver tabla 2) con el tamaño del centro de trabajo (superior en las de mayor tamaño) y con la antigüedad (mayor según son más antiguas). También se identificaron relaciones significativas con el sector de actividad de las empresas (superior en construcción, industria y Administración pública) y con la situación económica de las firmas (mayor en las que la situación economía es «bastante buena»).

Tabla 2. Análisis descriptivo de una población representativa de empresas españolas según la presencia de sistema de representación especializado en salud laboral

Covariables	Con delegados de prevención (n.º = 1.579) N.º (%)	Sin delegados de Prevención (n.º = 1.529) N.º (%)	P-valor ^a
Tamaño empresa^b			
5 a 9	686 (41,8)	954 (58,2)	<0,001
10 a 49	678 (56)	533 (44,0)	
50 a 249	186 (81,9)	41 (18,1)	
250 en adelante	29 (96,7)	1 (3,3)	
Sector de actividad^b			
Agricultura, ganadería y pesca	81 (49,1)	84 (50,9)	<0,001
Construcción	163 (57)	123 (43)	
Industria manufacturera	215 (60,6)	140 (39,4)	
Comercio, transporte y hostelería	567 (46,9)	642 (53,1)	
Actividades profesionales y administrativas	312 (48,8)	328 (51,3)	
Administración pública	63 (58,8)	44 (41,1)	
Sanidad, educación y servicios sociales	178 (51,4)	168 (48,6)	
Antigüedad^c			
Antes de 1990	616 (55,9)	485 (44,1)	<0,001
Entre 1990 y 2005	658 (49,3)	677 (50,7)	
Entre 2006 y 2010	93 (38,1)	151 (61,9)	
Después de 2010	33 (34)	64 (66)	

Situación económica ^d			0,001
Muy buena	76 (42)	105 (58)	
Bastante buena	363 (57)	274 (43)	
Ni buena ni mala	893 (49,2)	922 (50,8)	
Bastante mala	153 (52,6)	138 (47,4)	
Muy mala	48 (49)	50 (51)	

^a Calculada mediante el ji al cuadrado de independencia respecto a la variable presencia o ausencia de delegado de prevención.

^b Datos perdidos: 54 (1,7% del total).

^c Datos perdidos: 385 (12,2% del total)

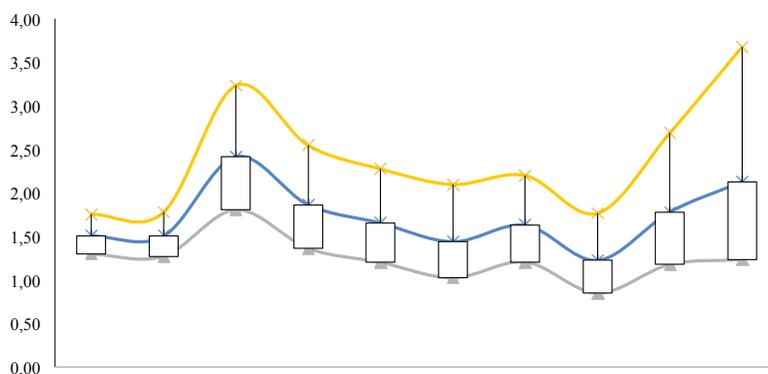
^d Datos perdidos: 140 (4,4% del total)

Fuente: ESENER 2 - España (2014). Elaboración propia.

4.1 Plan de prevención de riesgos laborales

Los centros de trabajo con delegados de prevención presentaron mayor prevalencia tanto en la gestión del plan de prevención general [la elaboración de un documento, por parte de la empresa, que explique las responsabilidades y los procedimientos (ORa = 1,50; IC95% 1,27-1,78) y un presupuesto específico anual (1,86;1,36-2,55)] como en la presencia de planes de gestión, por parte de las empresas, ante la detección de ciertos riesgos psicosociales [estrés laboral (1,44;1,02-2,10), amenazas, insultos o agresiones (2,13;1,23-3,68)]. No obstante, tras el ajuste perdió significancia la existencia de planes ante acoso u hostigamiento (1,22;0,85-1,76) (ver gráfico II).

Gráfico II. Impacto de los delegados de prevención sobre la implementación de planes de prevención



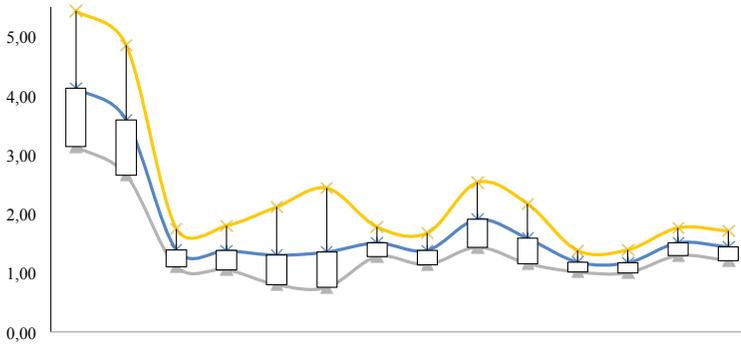
Odds ratio cruda (ORc) y ajustada (ORa) por tamaño, sector, antigüedad y situación económica de la empresa según la presencia de delegados de prevención, estableciendo como categoría de referencia la ausencia de representación.

Fuente: ESENER 2 - España (2014). Elaboración propia.

4.2 Evaluación de riesgos

Se identificó que existe una mayor probabilidad de que se efectúen evaluaciones de riesgos en los centros de trabajo que tienen delegados de prevención (3,59;2,65-4,85), con respecto a los que no tienen. Esto es así tanto para la evaluación riesgos tradicionales de seguridad (1,39;1,05-1,80), higiene (físicos: ruido, vibraciones, etc.) (1,38;1,14-1,67) y ergonomía (1,58;1,16-2,17) como también para la evaluación riesgos de origen psicosocial, originados en el ámbito relacional de los trabajadores con sus supervisores (1,17;1,00-1,39), y, en mayor medida, los provocados por aspectos organizativos, tales como horarios de trabajo, pausas o turnos de trabajo (1,44;1,21-1,71) (ver gráfico III).

Gráfico III. Impacto de los delegados de prevención sobre la realización de evaluaciones de riesgo



Odds ratio cruda (ORc) y ajustada (ORa) por tamaño, sector, antigüedad y situación económica de la empresa según la presencia de delegados de prevención, estableciendo como categoría de referencia la ausencia de representación.

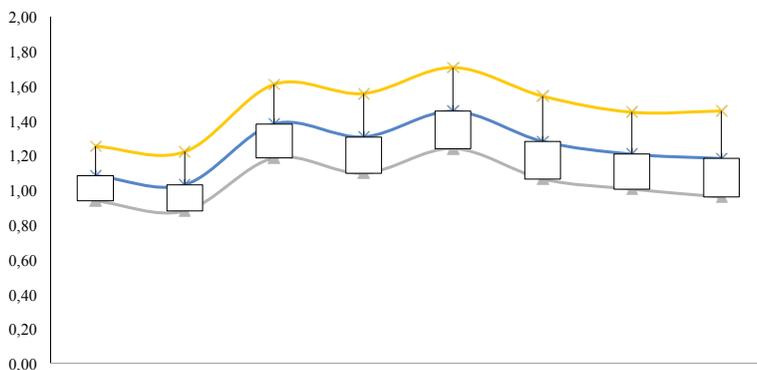
Fuente: ESENER 2 - España (2014). Elaboración propia.

4.3 Planificación de la actividad preventiva

En relación con la planificación de medidas de acción preventiva para reducir o eliminar los riesgos psicosociales en las empresas o centros de trabajo, se identificó que la presencia de representación especializada hace más probable que las empresas lleven a cabo medidas de acción preventiva de carácter relacional [asesoramiento confidencial para trabajadores (1,31;1,10-1,56) y puesta en marcha de procedimientos de resolución de conflictos (1,28;1,06-1,54)]. Sin embargo, la presencia de representantes especializados no se asocia con una mayor disposi-

ción de las empresas o centros de trabajo a establecer medidas preventivas sobre aspectos organizativos [reorganización del trabajo con el fin de reducir las exigencias y presión laborales (1,03;0,88-1,25); intervención en caso de demasiadas horas de trabajo o un horario irregular (1,18;0,96-1,46)] (gráfico IV). No obstante, la presencia de estos representantes de los trabajadores sí resultó predictiva de estos mismos aspectos en la fase previa de evaluación (ver gráfico III).

Gráfico IV. Impacto de los delegados de prevención sobre la planificación de actividades preventivas sobre riesgos psicosociales



Odds ratio cruda (ORc) y ajustada (ORa) por tamaño, sector, antigüedad y situación económica de la empresa según la presencia de delegados de prevención, estableciendo como categoría de referencia la ausencia de representación.

Fuente: ESENER 2 - España (2014). Elaboración propia.

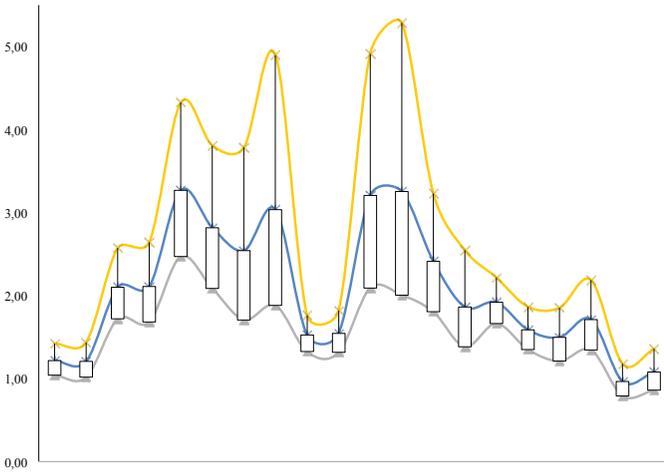
4.4 Derechos individuales y colectivos

Finalmente, los resultados del estudio sí permiten constatar un impacto positivo de la presencia de delegados de prevención sobre el grado de «participación pasiva» de los trabajadores, tanto en la recepción de información (1,21;1,01-1,44) y formación sobre los riesgos psicosociales (1,55;1,31-1,82) como en la realización de reconocimientos médicos (1,86;1,38-2,55). No obstante, el impacto de la presencia de delegados es inferior para los riesgos psicosociales que para los riesgos tradicionales [seguridad-equipos (2,11;1,68-2,64); seguridad-emergencias (2,82;2,09-3,81); higiene industrial (3,04;1,88-4,90); ergonomía (3,26;2,01-5,29)] (gráfico V).

Por lo que refiere a los niveles de «participación activa» más profundos, la presencia de estos delegados de prevención en las empresas no tiene una relación significativa con la participación en el diseño de medidas específicas de prevención psicosocial (1,08;0,86-1,36). Por tanto, observamos que la existencia de

representación especializada en los lugares de trabajo tiene incidencia práctica en aspectos menos activos que el anterior. Específicamente, incide en la participación de los trabajadores en los debates (llevados a cabo en reuniones de personal o equipo) sobre los temas generales de prevención (1,59;1,35-1,86), así como en el diseño y la adopción de las medidas de prevención sobre los riesgos de seguridad, higiene y ergonomía (1,71;1,34-2,18).

Gráfico V. Impacto de los delegados de prevención sobre el ejercicio de los derechos individuales y colectivos



Odd ratio cruda (ORc) y ajustada (ORa) por tamaño, sector, antigüedad y situación económica de la empresa según la presencia de delegados de prevención, estableciendo como categoría de referencia la ausencia de representación.

Fuente: ESENER 2 - España (2014). Elaboración propia.

5. Discusión y conclusiones

Los resultados obtenidos en la presente investigación confirman, por un lado, los hallazgos de estudios previos, en la medida en que la representación sindical especializada en salud laboral tiene un impacto positivo sobre el cumplimiento legal y la implementación de los procesos de gestión de prevención de riesgos tradicionales (Nichols y Walters, 2006; Coutrot, 2009; Ollé-Espluga *et alii*, 2015). También la existencia de representación sindical especializada favorece la «participación pasiva» (información) y la «activa» (implicación de los trabajadores en el diseño e implantación de medidas de prevención para los riesgos

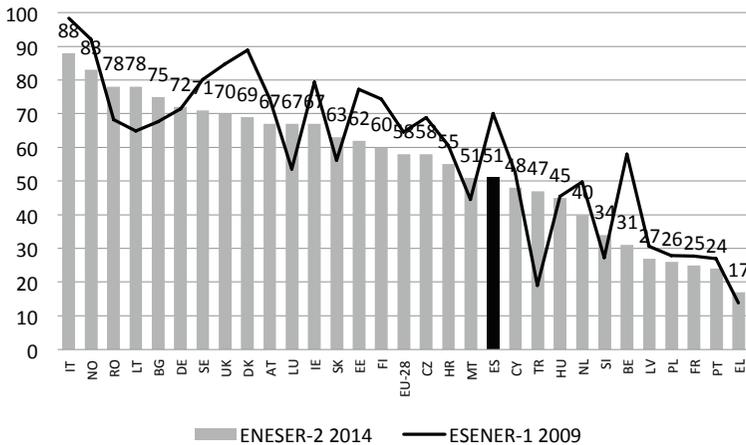
de seguridad, higiene y ergonomía) (Robinson y Smallam, 2013). Por otro lado, los resultados ponen de manifiesto también el impacto positivo de los delegados de prevención sobre los riesgos de origen psicosocial en las empresas o centros de trabajo. Ahora bien, mientras que la capacidad de influencia en los procesos primarios (plan y procedimientos de prevención y evaluación de riesgos) resultó positiva, las dimensiones más profundas (planificación de medidas organizativas y participación «activa» de los trabajadores en su implementación) no resultaron estadísticamente significativas. Ello muestra los límites del poder de la intervención sindical sobre los riesgos psicosociales.

Como discusión final, analizamos las limitaciones de la intervención social en materia de riesgos psicosociales de acuerdo con la teoría de los recursos de poder sindical, articulada en torno a: el *poder estructural* desarrollado inicialmente por Erik Olin Wright (2000), referido a la posición de los trabajadores en el sistema productivo, el mercado de trabajo y las relaciones laborales (Wright, 2000); el *poder asociativo* desarrollado por Beverly Silver (2005), que considera que los indicadores cuantitativos más relevantes para estimarlo son la afiliación sindical (*presencia*) y la representatividad agregada —para aquellos países con sistemas de *doble canal* de representación a través de una vía electiva (*audiencia*), como es el caso de España (Beneyto, 2017)—; el *poder institucional* (posición de los sindicatos en las instituciones, la negociación colectiva, la concertación o dialogo social) y *poder social* (capacidad de cooperación y estrategias discursivas de los sindicatos frente a otros actores y movimientos sociales) (Gumbrell-McCormick y Hyman, 2013: 30-31).

En referencia al *poder asociativo*, el gráfico VI muestra que existe una elevada heterogeneidad entre los países de la Unión Europea en cuanto a la tasa de representación especializada en salud laboral. Los países del área escandinava presentan una cobertura en torno al 80% de los centros de trabajo. Los del área mediterránea, en términos generales, se situarían en el extremo opuesto (25% en Francia, 24% en Portugal o 17% en Grecia). La desigual cobertura representativa podría ser explicada por factores históricos y culturales. Por un lado, en los países escandinavos las relaciones laborales se configuran en torno a una tradición socialdemócrata y de cultura de cooperación entre los actores sociales, proyectada a través de sistemas de concertación social corporativista. Junto con la participación institucional de los sindicatos en las prestaciones sociales (*sistema Ghent*), estos factores explicarían su elevada cobertura representativa, tanto general como especializada, en salud laboral (Crouch, 2017; Lehdorff *et alii*, 2017). Por su parte, los países del área anglosajona, de tradición liberal y con escasa regulación legal, se caracterizan por una autorregulación descentralizada de las relaciones laborales, lo que conlleva una fuerte presencia afiliativa en los centros de trabajo

(Beneyto, 2018: 43). Ello explicaría la elevada cobertura de delegados de prevención (70% en el Reino Unido y 67% en Irlanda). Por otro lado, el modelo germánico se caracteriza por una fuerte institucionalización de las relaciones laborales, proyectada a través de un sistema dual de representación de intereses muy desarrollado. Dicho sistema compensa un nivel medio de afiliación sindical a través de una fuerte implantación de la representación unitaria (comités de empresa). Tal implantación explicaría las elevadas tasas de representación especializada (72% en Alemania y 67% en Austria y Luxemburgo). El modelo mediterráneo presenta cierta similitud con el germánico en la medida en que, a través de mecanismos de *audiencia electiva*, logra aumentar la cobertura representativa. Sin embargo, a diferencia del modelo centroeuropeo, presenta un mayor pluralismo sindical y menores niveles de afiliación, que se compensan con mecanismos institucionalizados (eficacia general de los convenios colectivos). Esta combinación produce efectos ambivalentes porque, por un lado, garantiza una elevada cobertura de los convenios colectivos, pero, por otro lado, activa el efecto *free rider*, que desincentiva la afiliación y participación. Por ello, resulta más sensible al impacto de la crisis económica y los cambios políticos (Beneyto, 2018).

Gráfico VI. Evolución tasa de delegados de prevención en EU-28 (2009 y 2014)



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

En este sentido, además de los factores históricos y culturales, cabría añadir otros coyunturales (crisis económica, desregulación y precariedad laboral) que explicarían la desigual evolución reciente de la cobertura de representación espe-

cializada en salud laboral. En términos generales, se observa una reducción generalizada de la cobertura, que pasó de una tasa media europea del 64,6% en 2009 al 58% en 2014 (gráfico V). Sin embargo, en España el incremento exponencial de la precariedad laboral (altas tasas de desempleo, elevados índices de rotación y temporalidad) y la fuerte fragmentación del tejido empresarial han debilitado la posición de la clase trabajadora en el mercado de trabajo (reducción del *poder estructural*). A su vez, ello debilitaría su *poder asociativo*, en la medida en que estudios previos han asociado dichos indicadores de precariedad con una menor *presencia y audiencia electoral* (Alós *et alii*, 2013; Beneyto *et alii*, 2016). Tal situación explicaría por qué en cinco años (2009-2014) España ha perdido aproximadamente un 20% de delegados de prevención. Esta tendencia sitúa al país en una tasa de cobertura agregada del 51% en 2014, mientras que en 2009 era del 70%.

El análisis estadístico realizado (ver tabla 2) muestra que las pymes registran mayores dificultades para consolidar la representatividad cuantitativa y cualitativa (cultura paternalista y jerárquica). En este sentido, alternativas estratégicas como los delegados territoriales de prevención, de carácter supraempresarial, que se han mostrado muy eficientes en Suecia (Frick y Walters, 1998) e Italia (Fulton, 2013), podrían ser aplicadas en España. De hecho, tal y como se analizó en el marco teórico, así lo permite el artículo 35.4 de la LPRL a través de la negociación colectiva. Sin embargo, solo el 7,55% de convenios colectivos en 2017 contemplan sistemas de designación de delegados de prevención distintos a los recogidos por la ley (ver tabla 3). A pesar de ello, existen experiencias españolas con resultados positivos, como son los delegados de prevención territorial del sector de la construcción del Principado de Asturias (Walters *et alii*, 2018).

Por lo que refiere al *poder institucional*, se han identificado múltiples aspectos que socavan la acción sindical en materia de prevención y gestión de los riesgos psicosociales:

1. Los riesgos psicosociales quedan subsumidos dentro de un principio general de prevención, según el cual «los/as trabajadores/as tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo» (art. 14.1 LPRL). Sin embargo, no existe directiva europea ni legislación nacional que desarrollen dicho precepto para los riesgos psicosociales, como sí ocurre con los riesgos tradicionales (Ballester, 2013). La ausencia de una normativa contundente sobre los procesos y procedimientos para reducir o eliminar los riesgos psicosociales dificulta las actividades de vigilancia y control normativo de la representación sindical especializada. Prueba de ello es que, según la encuesta ESENER 2 - España (2014), en un 87% de los centros de trabajo fueron evaluados los riesgos de seguridad, en

un 92,3%, los de higiene (riesgos químicos o biológicos), en un 70,9%, los físicos, y en un 91,5%, los ergonómicos. Sin embargo, los riesgos psicosociales fueron evaluados en una proporción menor: un 54,4% en la dimensión relacional y el 59,9% para los aspectos organizativos.

- La reforma laboral de 2012 debilitó el *poder institucional* de los sindicatos, y alteró varios aspectos: a) se modificó la jerarquía de los convenios colectivos, al otorgar prioridad a las condiciones pactadas a nivel empresarial sobre el convenio sectorial o estatal; b) se limitó la duración de la *ultraactividad*, es decir, el tiempo entre la finalización de un convenio colectivo y la aprobación de uno nuevo en el cual las cláusulas sustantivas del convenio derogado mantienen su eficacia jurídica (Alós *et alii*, 2017). Esta alteración de la correlación de fuerzas ha hecho que se reduzcan la cobertura y eficacia de la representación general y especializada en salud laboral en la negociación colectiva (tabla 3).

Tabla 3. Convenios firmados con cláusulas sobre salud laboral (2012 y 2017)

Año	N.º (%) de convenios firmados con cláusulas sobre PRL	
	2012	2017
Sistema de representación general		
Garantías y competencias superiores a las establecidas legalmente	324 (20,51)	317 (17,87)
Acumulación de horas sindicales en un mismo representante	639 (44,44)	683 (38,50)
Sistema de representación especializado		
Sistema de designación de delegados de prevención distinto al previsto legalmente	179 (11,33)	134 (7,55)
Crédito horario mensual para los delegados de prevención	231 (14,62)	204 (11,50)
Establecimiento de planes y programas de prevención	414 (26,20)	365 (20,57)
Planes de formación en materia de salud laboral	324 (20,51)	288 (16,23)
Pacto de la representación de los trabajadores y la elección del servicio de prevención	86 (5,44)	82 (4,62)
Aspectos sobre riesgos psicosociales		
Participación de los trabajadores en la organización del trabajo	202 (12,78)	222 (12,51)
Reducción de la jornada laboral respecto al año anterior	75 (4,75)	127 (7,16)
Medidas para conciliar vida personal, familiar y laboral	645 (40,82)	719 (40,53)
Medidas para prevenir el acoso sexual o el acoso por razón de sexo	497 (31,46)	693 (39,09)
Medidas para la protección de las víctimas de violencia de género	332 (21,01)	476 (26,83)

Fuente: Comisión Nacional Consultiva de Convenios Colectivos. Elaboración propia.

3. Además de una menor intensidad protectora de los riesgos psicosociales, también se constata una subestimación de las patologías psicosomáticas derivadas de la exposición a dichos riesgos en el sistema de protección social. El Real Decreto 1299/2006, que aprueba el cuadro de enfermedades profesionales, contempla únicamente las patologías causadas por agentes físicos, químicos y biológicos, mientras que las patologías psicosomáticas no quedan incluidas entre dichos riesgos (Sánchez y Conde, 2008). Se estima 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). Es por ello que dichas patologías quedan invisibilizadas ante la Inspección de Trabajo, al no considerarse contingencias profesionales. De esta manera, las empresas quedan impunes de sanción, por lo que las presiones de los delegados de prevención para denunciar dichas situaciones y proponer medidas de acción preventiva se encuentran muy debilitadas.
4. A los límites comentados habría que añadir, por un lado, que las políticas de austeridad han debilitado la Inspección de Trabajo (de 1.878 inspectores en 2013 se pasó a 1.789 en 2017), lo que dificulta considerablemente su intervención (una ratio de 10.800 trabajadores aproximadamente por inspector) (Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, 2017); por otro lado, las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (MATEP) se proveen de los servicios empresariales, lo que introduce preocupantes sesgos en su actuación (Rodrigo, 2007). Todo ello contribuye al debilitamiento de las instituciones de representación de los trabajadores.

Pese a las barreras identificadas, la salud laboral tiene una elevada potencialidad para promover el *poder social*, puesto que «los sindicatos más comprometidos con la salud laboral son también los que tienen mayor democracia interna, están más preocupados por representar mejor a las mujeres y a los trabajadores con condiciones laborales más precarias, que desarrollan alianzas de creación de relaciones de fuerza favorables con diferentes sectores de la población» (Vogel, 2016: 3). Por ejemplo, en España los sindicatos han colaborado con el movimiento feminista. Dicha colaboración ha conseguido que, en 2018, el Gobierno apruebe una resolución que incluya las patologías que sufren las camareras de piso, comúnmente denominadas *Kellys*, dentro del cuadro de enfermedades profesionales (Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, 2018). Así pues, la defensa de la salud laboral puede contribuir de forma significativa a elaborar una estrategia de renovación sindical y lograr mayor *poder asociativo*. De esta forma,

se podría imaginar un camino eficaz de articulación con colectivos laborales y sociales que tradicionalmente el sindicalismo no ha conseguido representar.

Limitaciones del estudio

El estudio presenta algunas limitaciones y, por ello, los resultados deben ser interpretados con cautela. A pesar de que la encuesta controla el grado de subjetividad de las respuestas con la elección de una persona experta en salud laboral en el centro de trabajo, pueden existir sesgos hacia lo que se considera socialmente aceptado. Además, existe un porcentaje elevado de empresas que no respondieron al cuestionario. Ello podría limitar el alcance de las conclusiones obtenidas. Sin embargo, los resultados alcanzados contribuyen al avance de nuestro conocimiento sobre el impacto de la representación sindical en la prevención y protección de los riesgos psicosociales que sufren los trabajadores y las trabajadoras.

6. Bibliografía

- ALÓS, R.; BENEYTO, P. J. y JÓDAR, P. (2017). "Reforma laboral y desregulación del mercado de trabajo". *Anuario IET de trabajo y relaciones laborales*, 4, 73-86. Disponible en: <<https://doi.org/10.5565/rev/aiet.55>>.
- ALÓS, R.; JÓDAR, P.; BENEYTO, P. J. y VIDAL, S. (2013). "La dinámica afiliativa sindical y las trayectorias de sus miembros". *Política y Sociedad*, 50(3), 1065-1096. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/rev_POSO.2013.v50.n3.41602>.
- BALLESTER, A. (2013). "La política de la OIT y de la Unión Europea sobre salud y riesgos psicosociales". *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, 1 (4), 8-30.
- BECK, D. y LENHARDT, U. (2019). "Consideration of psychosocial factors in workplace risk assessments: findings from a company survey in Germany". *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92, 435-451. Disponible en: <<https://doi.org/10.1007/s00420-019-01416-5>>.
- BENEYTO, P. J.; ALÓS, R.; JÓDAR, P. y VIDAL, S. (2016). "La afiliación sindical en la crisis. Estructura, evolución y trayectorias". *Sociología del Trabajo*, 87, 25-44.
- BENEYTO, P. J. (2017). "Crisis y renovación del sindicalismo". *Arxius de ciències socials*, 36-37, 15-34.
- BENEYTO, P. J. (2018). "Representación sindical en la Unión Europea y España: estructura, cobertura y nuevos retos". *Acciones e Investigaciones Sociales*, 38, 37-62. Disponible en: <https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2018382974>.

- BENEYTO, P. y PAYÁ, R. (2019). "Futuro del trabajo y del sindicalismo. Reflexiones desde la experiencia española". XIII Congreso Español de Sociología. Federación Española de Sociología, Valencia.
- BOIX, P. y VOGEL, L. (2013). "Participación de los trabajadores". En C. RUIZ-FRUTOS, J. DELCLÒS, E. RONDA et alii (eds.). *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 151-160). Barcelona: Elsevier.
- CAMPS-RUIZ, L. M. (2010). *La participación de los trabajadores en la prevención de riesgos laborales*. 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*, 17, 25-38. Disponible em: <<http://dx.doi.org/10.4000/travailemploi.4108>>.
- CROUCH, C. (2017). "Membership density and trade union power." *Transfer*, 23 (1), 47-61. Disponible en: <<https://doi.org/10.1177/1024258916673533>>.
- CROUCH, Colin (2015). "Labour market governance and the creation of outsiders". *British Journal of Industrial Relations*, 53 (1), 27-48. Disponible en: <<https://doi.org/10.1111/bjir.12058>>.
- EATON, A. E. y NOCERINO, T. (2000). "The Effectiveness of Health and Safety Committees: Results of a Survey of Public-Sector Workplaces The Effectiveness of Health and Safety Committees." *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 39, 265-290. DOI: 10.1111/0019-8676.00166.
- EUROFOUND (2013). *Impact of the crisis industrial relations*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- EUROFOUND (2015). *Pay in Europe in different wage-bargaining regimes*. Luxemburg: Publications Office of the European Union.
- 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). Disponible en: <<https://www.worker-participation.eu/National-Industrial-Relations/Across-Europe/Health-and-Safety2>> [consulta: 2 de marzo de 2019].
- GAGO, A. (2016). "Crisis, cambio en la UE y estrategias sindicales: el impacto de la condicionalidad en el repertorio estratégico de los sindicatos españoles durante la crisis de la eurozona". *Revista Española de Ciencia Política*, 42, 45-68. DOI: <<http://dx.doi.org/10.21308/recp.42.02>>.
- GARCÍA, A. M.; RODRIGO, F.; DUDZINSKI, I. y LÓPEZ-JACOB, M. J. (2004). *Análisis de las tareas y percepciones de los delegados y delegadas de prevención en España*. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). Disponi-

- ble en: <<http://www.istas.ccoo.es/descargas/informenacional.pdf>> [consulta: 6 de marzo de 2019].
- GARCÍA, A. M.; LÓPEZ-JACOB, M. J.; DUDZINSKI, I.; GADE, R. y RODRIGO, F. (2007). "Factors associated with the activities of safety representatives in Spanish work places." *Journal Epidemiol Community Health*, 61 (9), 784-790. DOI: 10.1136/jech.2006.053504.
- GAZZANE, S. (2006). *La représentation des travailleurs en matière de santé et de sécurité dans les pays de l'Union Européenne*. Brussels: ETUI-REHS.
- GILBERT-OUIMET, M.; TRUDEL, X.; BRISSON, C.; MILOT, A. y VÉZINA, M. (2014). "Adverse effects of psychosocial work factors on blood pressure: systematic review of studies on demand-control-support and effort-reward imbalance models". *Scandinavian Journal Work Environment and Health*, 40 (2), 109-132. Disponible en: <<https://doi.org/10.5271/sjweh.3390>>.
- GIL-MONTE, P. (2012). "Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (2), 237-41.
- GONZÁLEZ-CABRARA, J., FERNÁNDEZ-PRADA, M., MOLINA-RUANO, R., BLÁZQUEZ, A., GUILLÉN-SOLVA, J. y PEINADO, J. M. (2012). "Riesgo psicosocial en el trabajo, estrés autopercebido y cortisol en saliva en una muestra de urgenciólogos de Granada". *Emergencias*, 24 (2), 101-106.
- GUMBRELL-McKORNINCKS, R. y HYMAN, R. (2013). *Trade unions in Western Europe*. Oxford: University Press.
- GUSTAVEN, B. y HUNNIUS, G. (1981). *New Patterns of Work Reform: the Case of Norway*. Oslo: University Press.
- HARVEY, S. B., MODINI, M., JOYCE, S., MILLIGAN-SAVILLE, J. S., TAN, L., MYKLETUN, A., BRYANT, R. A., CHRISTENSEN, H. y MITCHELL, P. B. (2017). "Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems". *Occupational and Environmental Medicine*, 74 (4), 301-310. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>>.
- HSE (2010). *Self-reported work-related illness and workplace injuries in 2008/09: results from the Labour force survey*. Sudbury: HSE Books.
- INSHT (2011). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2011*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en: <<https://www.insst.es/-/vii-encuesta-nacional-de-condiciones-de-trabajo-2011>> [consulta: 24 de octubre de 2019].
- INSHT (2015a). *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6.ª EWCS – España*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en: <<https://www.insst.es/-/encuesta-nacional-de-condiciones-de-trabajo-2015-6-ewcs-espa-1>> [consulta: 24 de octubre de 2019].

- INSHT (2015b). *Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020* Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en: <<https://www.insst.es/-/estrategia-espanola-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-2015-20-1>> [consulta: 24 de octubre de 2019].
- JANETZKE, H. y ERTEL, M. (2017). "Psychosocial risk management in more and less favourable workplace conditions". *International Journal of Workplace Health Management*, 10 (4), 300-317. Disponible en: <<https://doi.org/10.1108/IJWHM-09-2016-0063>>.
- JOHANSSON, M. y PARTANEN, T. (2002). "Role of Trade Unions in Workplace Health Promotion". *International Journal of Health Services*, 32 (1), 179-193. Disponible en: <<https://doi.org/10.2190/5X81-4GKN-T905-4ETT>>.
- KONINGSVELD, E. A. P.; ZWINKELS, W. S.; MOSSINK, J. C. M.; THIE, X. M. et alii (2013). *Societal Costs of Working Conditions (in Dutch)*. Berlin: Ministry of Social Affairs and Employment.
- KOUKOULAKI, T. (2004). "Stress prevention in Europe: trade union activities". En AA. VV. IAVICOLI, S.; DEITINGER, P.; GRANDI, C.; LUPOLI, M. et alii (eds.). *Stress at Work in Enlarging Europe* (pp. 17-27). Roma: ISPESL.
- LAHERA, A. (2004). *La participación de los trabajadores en la democracia industrial*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- LAVILLE, J. (1991). "Pour une typologie des formes de participation." *Travail*, 29-42.
- LEHNDORFF, S.; DRIBBUSCH, H.; SCHULTEN, T. (2017). *European Trade Unions in a Time of Crises*. Bruselas: ETUI.
- LLORENS, C.; NAVARRO, A.; SALAS, S.; UTZET, M. y MONCADA, S. (2019). "For better or for worse? Psychosocial work environment and direct participation practices". *Safety Science*, 116, 78-85. Disponible en: <<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.02.028>>.
- MARGINSON, P. (2015). "Coordinated bargaining in Europe: from incremental corrosion to frontal assault?" *European Journal of Industrial Relations*, 21 (2), 97-114. Disponible en: <<https://doi.org/10.1177/0959680114530241>>.
- MEARDI, G. (2018). "Economic integration and state responses: change in european industrial relations sin Maastricht". *British Journal of Industrial Relations*, 56 (3), 631-655. Disponible en: <<https://doi.org/10.1111/bjir.12307>>.
- MENÉNDEZ, M.; BENACH, J. y VOGEL, L. (2009). *The impact of safety representatives on occupational health. A European perspective (The EPSARE PROJECT)*. Brussels: ETUI.

- MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL (2014). *Segunda Encuesta Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER 2–España)*. Disponible en: <<http://www.oect.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/ESENER%20dos.pdf>> [consulta: 2 de marzo de 2019].
- MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL (2017). *Informe anual de la Inspección de Trabajo y de la Seguridad Social 2017*. Disponible en: <<http://www.mitramiss.gob.es/>> [consulta: 6 de marzo de 2019].
- MINISTERIO DE TRABAJO, MIGRACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL (2018). *El Gobierno y los agentes sociales acuerdan el reconocimiento de las enfermedades profesionales de las camareras de piso*. Disponible en: <<http://prensa.empleo.gob.es/WebPrensa/noticias/laboral/detalle/3351>> [consulta: 6 de marzo de 2019].
- MINISTERIO DE TRABAJO (2018). *Anuario de Estadísticas Laborales. Condiciones de Trabajo y Relaciones Laborales. Accidentes de trabajo*. Disponible en: <<http://www.mitramiss.gob.es/es/estadisticas/>> [consulta: 6 de marzo de 2019].
- MONCADA, S.; LLORENS, C.; NAVARRO, A. y KRISTENSEN, T. S. (2005). “ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ)”. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 8 (1), 18-29.
- MONCADA, S.; LLORENS, C.; FONT, A.; GALTÉS, A. y NAVARRO, A. (2008). “Exposición a riesgos psicosociales entre la población asalariada en España (2004-05): valores de referencia de las 21 dimensiones del cuestionario copsoq istas21”. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 667-675.
- MONCADA, S.; PEJTERSEN, J. H.; NAVARRO, A.; LLORENS, C.; BURR, H.; HASLE, P. y BJORNER, J. B. (2010). “Psychosocial work environment and its association with socioeconomic status. A comparison of Spain and Denmark”. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38 (3), 137-148. Disponible en: <<https://doi.org/10.1177/1403494809353825>>.
- MORENO, B. y BAÉZ, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en: <<http://comisionnacional.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>> [consulta: 8 de marzo de 2019].
- MORENO-PIMENTEL, A. G.; MENESES MONROY, A.; MARTÍN-CASAS, P.; ZARAGOZA-GARCÍA, I. y GIRÓN-DAVIÑA, P. (2019). “Impact of social and occupational factors over job control”. *La Medicina del Lavoro*, 110 (3), 226-233. Disponible en: <<https://doi.org/10.23749/mdl.v110i3.7925>>.

- NAROCKI, C. (1997). "La prevención de riesgos laborales en las pequeñas y medianas empresas españolas". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 10, 157-181.
- NICHOLS, T. (1986). "Industrial Injuries in British Manufacturing in the 1980s — A Commentary on Wright's Article". *The Sociological Review*, 34 (2), 290-306. DOI: <<https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1986.tb02703.x>>.
- NICHOLS, T. y WALTERS, D. (2006). "Representation and consultation on health and safety in chemicals: an exploration of limits to the preferred model". *Employee Relations*, 28 (3), 230-254. Disponible en: <<https://doi.org/10.1108/01425450610661225>>.
- NICHOLS, T.; WALTERS, D. y TASIRAN, A. C. (2007). "Trade unions, institutional mediation and industrial safety- evidence from the UK". *Journal of Industrial Relations*, 49 (2), 211-226. Disponible en: <<https://doi.org/10.1177/0022185607074919>>.
- OIT (2016). *Riesgos psicosociales, estrés y violencia en el mundo del trabajo*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- OLLÉ-ESPLUGA, L.; MENÉNDEZ-FUSTER, M.; MUNTANER, C.; BENACH, J.; VERGARA-DUARTE, M. y VÁZQUEZ, M. L. (2014). "Safety representatives' views on their interaction with workers in a context of unequal power relations: an exploratory qualitative study in Barcelona (Spain)". *American Journal of Industrial Medicine*, 57 (3), 338-350. DOI: 10.1002 / ajim.22220.
- OLLÉ-ESPLUGA, L.; VERGARA-DUARTE, M.; BELVIS, F.; MENÉNDEZ-FUSTER, M.; JÓDAR, P. y BENACH, J. (2015). "What is the impact on occupational health and safety when workers know they have safety representatives?" *Safety Science*, 74, 55-58. Disponible en: <<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.11.022>>.
- 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. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v6i2.238>>.
- RÁFOLS, F. (17 de mayo de 2018). "La ansiedad y la depresión serán la primera causa de baja laboral en España en 2020, según la OMS" *Catalunyaplural.cat*. Consultado en: <<http://catalunyaplural.cat/es/>>.
- RAINHORN, J. (2010). "Le mouvement ouvrier contre la peinture au plomb: Stratégie syndicale, expérience locale et transgression du discours dominant au début du xxe siècle". *Politix*, 91 (3), 7-26. DOI: 10.3917/pox.091.0007.
- REILLY, B.; PACI, P. y HOLL, P. (1995). "Unions, safety committees and workplace injuries". *British Journal of Industrial Relations*, 33 (2), 275-288. Disponible en: <<https://doi.org/10.1111/j.1467-8543.1995.tb00435.x>>.

- 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. Disponible en: <<https://doi.org/10.1177/0950017012460307>>.
- ROCHA, F. (2014). *La nueva gobernanza económica europea y su impacto en los sistemas nacionales de negociación colectiva*. Madrid: Fundación 1 Mayo. Colección Informes, n.º 108.
- RODRIGO, F. (2007). "Las Mutuas, esas grandes desconocidas." *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 10 (4), 192-194.
- RUEDA, S. (2004). "Siniestralidad laboral y fortaleza sindical en la OCDE". *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 7 (4), 146-152.
- SÁNCHEZ, C. y CONDE, P. (2008). "La protección social y los riesgos psicosociales". *Anales de Derecho*, 257-297.
- SILVER, B. (2005). *Fuerzas de trabajo: Los movimientos obreros y la globalización desde 1870*. Madrid: Akal
- THEORELL, T.; HAMMARSTRÖM, A.; ARONSSON, G.; TRÄSKMAN BENDZ, L.; GRAPE, T.; HOGSTEDT, C.; MARTEINSDOTTIR, I.; SKOOG, I. y HALL, C. (2015). "A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms". *BMC Public Health*, 15, 738. Disponible en: <<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>>.
- VILORIA, A.; BUCCI, N.; LUNA, M.; LIS-GUTIÉRREZ, J. P. y PARODY, A. (2018). "Determination of Dimensionality of the Psychosocial Risk Assessment of Internal, Individual, Double Presence and External Factors in Work Environments". En Y. TAN; Y. SHI y Q. TANG (eds.). *Data Mining and Big Data. DMBD 2018. Lecture Notes in Computer Science, vol 10943* (pp. 304-313). Cham: Springer. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-93803-5_29>.
- VOGEL, L. (2016). *El decisivo papel de la representación de los trabajadores para la salud en el trabajo*. RELATS - FORO RLT. Disponible en: <<http://www.relats.org/documentos/SST.Europa.Vogel2016.pdf> [consulta: 6 de marzo de 2019]>.
- WALTERS, D. (2004). "Worker Representation and Health and Safety in Small Enterprises in Europe." *Industrial Relations Journal*, 35 (2), 169-186. Disponible em: <<https://doi.org/10.1111/j.1468-2338.2004.00307.x>>.
- WALTERS, D. (2006). "One Step Forward, Two Steps Back: Worker Representation and Health and Safety in the United Kingdom". *International Journal of Health Services*, 36 (1), 87-111. Disponible en: <<https://doi.org/10.2190/9QP7-B16X-MXJ1-DEDJ>>.

- WALTERS, D.; FRICK, K. y WADSWORTH, E. (2018). *Trade union initiatives to support improved safety and health in micro and small firms: Trade Union Prevention Agents (TUPAs) in four EU Member States*. Disponible en: <<https://www.etui.org/content/download/.../Final%20report%20TUPAs%20project.pdf>> [consulta: 6 de marzo de 2019].
- WALTERS, D. y NICHOLS, T. (2006). "Representation and consultation on health and safety in chemicals: An exploration of limits to the preferred model". *Employee Relations*, 28 (3), 230-254. Disponible en: <<https://doi.org/10.1108/01425450610661225>>.
- WALTERS, D. y NICHOLS, T. (2007). *Worker representation and workplace health and safety*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- WALTERS, D. (2011). "Worker representation and psycho-social risks: a problematic relationship?" *Safety Science*, 49 (4), 599-606. Disponible en: <<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2010.09.008>>.
- WALTERS, D. y WADSWORTH, E. J. K. (2014). "Contexts and determinants of the management of occupational safety and health in European workplaces". *Policy and Practice in Health and Safety*, 12, 109-130. Disponible en: <<https://doi.org/10.1080/14774003.2014.11667806>>.
- WRIGHT, E. O. (2000). "Working-Class Power, Capitalist-Class Interests and Class Compromise". *American Journal of Sociology*, 105 (4), 957-1002.
- YASSI, A.; LOCKHART, K.; SYKES, M.; BUCK, B.; STIME, B. y SPIEGEL J. M. (2013). "Effectiveness of joint health and safety committees: A realist review". *American Journal of Industrial Medicine*, 56 (4), 424-438. DOI: 10.1002/ajim.22143.

Anexo I. Análisis descriptivos

	Plan de prevención																	
	A			B			C			D			E					
	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a			
Delegado/a de prevención			0,000			0,000			0,002			0,001			0,006			
Sí	486 (32,2)	1.024 (67,8)		70 (4,4)	1.506 (95,6)		365 (63,3)	212 (36,7)		316 (54,5)	265 (45,6)		160 (50,5)	157 (49,5)				
No	595 (41,7)	831 (58,3)		155 (10,2)	1.369 (89,8)		201 (73,9)	71 (26,1)		178 (66,2)	91 (33,8)		89 (64,5)	49 (35,5)				
Tamaño empresa			0,012			0,001			0,000			0,000			0,009			
5 a 9	615 (39,4)	947 (60,6)		142 (8,5)	1.529 (91,5)		16 (84,2)	3 (15,8)		15 (78,9)	4 (21,1)		8 (57,1)	6 (42,9)				
10 a 49	411 (35,2)	757 (64,8)		80 (6,5)	1.148 (93,5)		416 (71)	170 (29)		379 (64,8)	206 (35,2)		183 (59,4)	125 (50,6)				
50 a 249	66 (30,3)	152 (69,7)		4 (1,8)	224 (98,2)		130 (58)	94 (42)		102 (45,3)	123 (54,7)		57 (46,3)	66 (53,7)				
250 en adelante	8 (26,7)	22 (73,3)		0 (0)	30 (100)		12 (43,3)	17 (56,7)		4 (13,8)	25 (86,2)		5 (27,8)	13 (72,2)				
Sector de actividad			0,011			0,000			0,012			0,000			0,000			
Agricultura, ganadería y pesca	76 (45,8)	90 (54,2)		14 (8,1)	158 (91,9)		23 (69,7)	10 (30,3)		27 (81,8)	6 (18,2)		6 (100)	0 (0)				
Construcción	84 (29,8)	198 (70,2)		11 (3,8)	279 (96,2)		53 (73,6)	19 (26,4)		50 (70,4)	21 (29,6)		23 (65,7)	12 (34,3)				
Industria manufacturera	122 (36,1)	216 (63,9)		7 (2)	350 (98)		96 (76,2)	30 (23,8)		89 (70,1)	38 (29,9)		36 (75)	12 (25)				
Comercio, transporte y hostelería	440 (37,6)	730 (62,4)		98 (8)	1.122 (92)		157 (68,9)	71 (31,1)		127 (55,9)	100 (44,1)		74 (63,2)	43 (36,8)				
Actividades profesionales y administrativas	231 (39,6)	353 (60,4)		48 (7,4)	602 (92,6)		104 (61,5)	65 (38,5)		100 (59,9)	69 (40,8)		55 (61,6)	35 (38,9)				

Administración pública	31 (30,4)	71 (69,6)	9 (8)	104 (92)		37 (69,8)	16 (30,2)		25 (45,5)	30 (54,5)		15 (40,5)	22 (59,5)
Sanidad, educación y servicios sociales	115 (34,3)	220 (65,7)	38 (10,8)	314 (89,2)		103 (57,5)	76 (42,5)		83 (46,6)	95 (53,4)		42 (33,3)	84 (66,7)
Antigüedad			0,017		0,003			0,63			0,383		0,757
Antes de 1990	422 (39,4)	648 (60,6)	86 (7,7)	1.035 (92,3)		223 (64,5)	123 (35,5)		204 (59,4)	139 (40,5)		95 (54)	81 (46)
Entre 1990 y 2005	488 (38,9)	782 (61,6)	97 (7,2)	1.248 (92,8)		218 (71)	89 (29)		191 (62,4)	115 (37,6)		92 (56,8)	70 (43,2)
Entre 2006 y 2010	83 (34,9)	155 (65,1)	9 (3,7)	237 (96,3)		34 (54,8)	28 (45,2)		32 (50,8)	31 (49,2)		22 (61,1)	14 (38,9)
Después de 2010	21 (23,3)	69 (76,7)	15 (15,3)	83 (84,7)		9 (69,2)	4 (30,8)		8 (57,1)	6 (42,9)		3 (42,9)	4 (57,1)
Situación económica			0,020		0,395			0,398			0,437		0,137
Muy buena	57 (33,5)	113 (65,5)	12 (6,7)	166 (93,3)		35 (61,4)	22 (38,6)		28 (48,3)	30 (51,7)		17 (54,8)	14 (45,2)
Bastante buena	219 (36,5)	381 (63,5)	41 (6,4)	600 (93,3)		132 (63,5)	76 (36,5)		125 (58,7)	88 (41,3)		58 (49,2)	60 (50,8)
Ni buena ni mala	631 (36)	1.121 (64)	133 (7,2)	1.717 (92,8)		320 (68,4)	148 (31,6)		282 (60,6)	183 (39,4)		138 (56,8)	105 (43,2)
Bastante mala	124 (44,4)	155 (55,6)	29 (9,8)	267 (90,2)		54 (74)	19 (26)		40 (55,6)	32 (44,4)		26 (60,5)	17 (39,5)
Muy mala	45 (45,9)	53 (54,1)	9 (9,1)	90 (90,1)		16 (69,6)	7 (30,4)		12 (54,5)	10 (45,5)		11 (84,6)	2 (15,4)

^a Comparación entre la presencia o ausencia de los indicadores de participación con los indicadores de gestión preventiva y variables sociodemográficas, calculada mediante la prueba de ji cuadrado, con un nivel de confianza del 95%.

A = responsabilidades y procedimientos; B = presupuesto anual de PRL; C = procedimiento por estrés laboral; D = procedimiento por acoso u hostigamiento; E = procedimiento por amenazas, insultos o agresiones.

Evaluación de riesgos																					
	F			G			H			I			J			K			L		
	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a
Delegado de prevención			0,000			0,005			0,308			0,000			0,000			0,034			0,000
Sí	70 (4,4)	1.504 (95,6)		158 (10,6)	1.336 (89,4)		38 (6,3)	569 (36,8)		85 (5,7)	1.410 (94,3)		369 (24,8)	1.121 (75,2)		604 (41,7)	668 (54,2)		550 (44,1)	696 (55,9)	
No	246 (16,2)	1.271 (83,8)		177 (14,1)	1.081 (85,9)		32 (7,9)	372 (92,1)		130 (10,3)	1.131 (89,7)		418 (33,1)	845 (66,9)		564 (45,8)	844 (58,3)		506 (34,4)	965 (65,6)	
Tamaño empresa ^b			0,000			0,352			0,242			0,015			0,018			0,210			0,016
5 a 9	209 (12,6)	1.454 (87,4)		186 (12,9)	1.253 (87,1)		40 (8,5)	429 (91,5)		125 (8,7)	1.318 (91,3)		441 (30,5)	1.005 (69,5)		616 (44)	785 (56)		568 (39,9)	856 (60,1)	
10 a 49	109 (8,9)	1.111 (91,1)		125 (11,4)	975 (88,6)		29 (6,8)	397 (93,2)		85 (7,7)	1.018 (92,3)		304 (27,7)	794 (72,3)		479 (44,6)	594 (55,4)		431 (39,7)	656 (60,3)	
50 a 249	5 (2,2)	223 (97,8)		22 (10)	199 (90)		5 (4,3)	111 (95,7)		6 (2,7)	217 (97,3)		47 (21,2)	175 (78,8)		85 (39,2)	132 (60,8)		67 (30,6)	152 (69,4)	
250 en adelante	0 (0)	30 (100)		2 (6,7)	28 (93,3)		0	18 (100)		1 (3,3)	29 (96,7)		6 (20)	24 (80)		9 (30)	21 (70)		7 (23,3)	23 (76,7)	
Sector de actividad ^b			0,000			0,000			0,127			0,305			0,000			0,044			0,013
Agri-cultura, ganadería y pesca	13 (7,6)	157 (92,4)		5 (3,4)	144 (96,6)		1 (1,1)	88 (98,9)		15 (9,6)	141 (90,4)		30 (19,2)	126 (80,8)		75 (50,7)	73 (49,3)		69 (44,5)	86 (55,5)	
Construcción	11 (3,8)	278 (96,2)		11 (4)	262 (96)		11 (8,1)	125 (91,9)		15 (5,5)	256 (94,5)		30 (10,8)	247 (89,2)		102 (39,7)	155 (60,3)		106 (40,3)	157 (59,7)	

Industria manufacturera	21 (3,8)	333 (94,1)	12 (3,6)	320 (96,4)	9 (5,9)	144 (94,1)	23 (6,9)	308 (93,1)	41 (12,4)	289 (87,6)	149 (47)	168 (53,0)	137 (41,9)	190 (59,7)	
Comercio, transporte y hostelería	136 (11,1)	1.084 (88,9)	121 (11,2)	958 (88,8)	26 (6,8)	358 (93,2)	90 (8,3)	989 (91,7)	310 (28,9)	764 (71,1)	438 (41,4)	619 (58,6)	373 (35,1)	691 (64,9)	
Actividades profesionales y administrativas	82 (12,7)	565 (87,3)	83 (14,8)	477 (85,2)	14 (10)	126 (90)	36 (6,4)	528 (93,6)	193 (34,3)	369 (65,7)	264 (47,7)	289 (52,3)	243 (43,5)	315 (56,5)	
Administración pública	8 (7,2)	103 (92,8)	21 (20,6)	81 (78,1)	4 (12,9)	27 (87,1)	10 (9,8)	92 (90,2)	41 (40,6)	60 (59,4)	40 (40)	60 (60)	36 (36)	64 (64)	
Sanidad, educación y servicios sociales	52 (14,8)	299 (85,2)	83 (28)	213 (72)	10 (10,2)	88 (89,9)	29 (9,8)	268 (90,2)	152 (51,5)	143 (48,5)	120 (41,7)	168 (58,3)	108 (36,9)	185 (63,1)	
Antigüedad ^d		0,146			0,156		0,361		0,502		0,710		0,200		0,437
Antes de 1990	124 (11,1)	993 (88,9)	99 (10,1)	886 (89,9)	28 (7,7)	336 (92,3)	70 (7,1)	917 (92,9)	276 (28)	711 (72)	437 (45,5)	524 (54,5)	378 (38,8)	597 (61,2)	
Entre 1990 y 2005	130 (9,7)	1.211 (90,3)	159 (13,2)	1.044 (86,8)	24 (5,5)	411 (94,5)	101 (8,4)	1.100 (91,6)	356 (29,6)	847 (70,4)	517 (44,3)	649 (55,7)	485 (41)	697 (59)	
Entre 2006 y 2010	27 (11,1)	217 (88,9)	26 (12,1)	189 (87,9)	8 (9,1)	80 (90,8)	13 (6)	203 (94)	60 (27,9)	155 (72,1)	103 (49,3)	106 (50,7)	93 (43,3)	122 (56,7)	
Después de 2010	4 (4,2)	92 (3,3)	11 (12,1)	81 (88)	1 (2,9)	31 (97,1)	8 (8,7)	84 (91,3)	22 (25)	66 (75)	33 (36,3)	58 (63,7)	33 (35,9)	59 (64,1)	
Situación económica ^d		0,816			0,734		0,020		0,303		0,191		0,019		0,115
Muy buena	15 (8,3)	165 (91,7)	21 (12,8)	143 (87,2)	3 (5,2)	55 (94,8)	17 (10,4)	147 (89,6)	40 (24,7)	122 (75,3)	53 (33,1)	107 (66,9)	51 (31,5)	111 (68,5)	

Entre 2006 y 2010	139 (57,2)	104 (42,8)	156 (63,9)	88 (36,1)	172 (70,8)	71 (29,2)	183 (75,6)	59 (24,4)
Después de 2010	44 (45,8)	52 (54,2)	49 (50)	49 (50)	70 (30)	30 (30)	79 (78,2)	22 (21,8)
Situación económica			0,000		0,000		0,000	0,003
Muy buena	94 (52,5)	85 (47,5)	102 (57,3)	76 (42,7)	110 (61,5)	69 (38,5)	131 (73,2)	48 (26,8)
Bastante buena	331 (52,7)	297 (47,3)	393 (63,2)	229 (36,8)	417 (66,3)	212 (33,7)	526 (83,8)	102 (16,2)
Ni buena ni mala	1.133 (62,3)	685 (37,7)	1.270 (69,9)	548 (30,1)	1.364 (74,7)	461 (25,3)	1.514 (82,4)	323 (17,6)
Bastante mala	137 (60,4)	116 (39,6)	228 (77,6)	66 (22,4)	228 (77,8)	65 (22,2)	230 (77,7)	66 (22,3)
Muy mala	53 (54,1)	45 (45,9)	61 (62,2)	37 (37,8)			75 (76,5)	23,5

^a Comparación entre la presencia o ausencia de los indicadores de participación con los indicadores de gestión preventiva y variables sociodemográficas, calculada mediante la prueba de ji cuadrado, con un nivel de confianza del 95%.

M = reorganización del trabajo; N = asesoramiento confidencial; Ñ = solución de conflictos; O = reorganización de jornada de trabajo.

Derechos individuales y colectivos (I)					
P	Q	R	S	T	

	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a
Delegado de prevención			0,014			0,000			0,000			0,000			0,000
Sí	514 (35,1)	950 (64,9)		171 (10,9)	1.398 (89,1)		71 (4,5)	1.500 (95,5)		43 (6,8)	588 (93,2)		715 (46,2)	834 (53,8)	
No	485 (39,7)	737 (60,3)		309 (20,4)	1.203 (79,6)		204 (13,4)	1.317 (86,6)		72 (15,7)	388 (84,4)		851 (56,7)	651 (43,3)	
Tamaño empresa			0,148			0,153			0,000			0,147			0,002
5 a 9	530 (37,7)	875 (62,3)		276 (16,7)	1375 (83,3)		180 (10,8)	1.482 (89,2)		68 (12,8)	465 (87,2)		851 (51,9)	790 (48,1)	
10 a 49	403 (37,6)	669 (62,4)		183 (15)	1.039 (85)		92 (7,5)	1.133 (92,5)		38 (8,5)	407 (91,5)		632 (52,4)	573 (47,6)	
50 a 249	67 (30,9)	150 (69,1)		27 (11,8)	202 (88,2)		11 (4,8)	218 (65,2)		11 (9,4)	106 (90,6)		95 (41,9)	132 (58,1)	
250 en adelante	8 (26,7)	22 (73,3)		3 (9,7)	28 (90,3)		0 (0)	30 (100)		1 (5,3)	18 (94,7)		9 (29)	22 (71)	
Sector de actividad			0,521			0,000			0,000			0,001			0,000
Agricultura, ganadería y pesca	66 (44)	84 (56)		18 (10,8)	148 (89,2)		14 (8,2)	157 (91,8)		8 (8,2)	109 (66,9)		109 (66,9)	54 (33,1)	
Construcción	100 (36,4)	175 (63,6)		28 (9,8)	258 (90,2)		15 (5,2)	274 (94,8)		21 (15,2)	137 (49,5)		137 (49,5)	140 (50,5)	
Industria manufacturera	120 (37,4)	201 (62,6)		42 (11,8)	313 (88,2)		20 (5,6)	335 (94,4)		12 (7,5)	201 (57,4)		201 (57,4)	149 (42,6)	
Comercio, transporte y hostelería	391 (37,4)	654 (62,6)		205 (16,8)	1.013 (83,2)		108 (8,9)	1.108 (91,1)		48 (11,1)	618 (51,2)		618 (51,2)	589 (48,8)	
Actividades profesionales y administrativas	194 (35,3)	355 (64,7)		111 (17,2)	534 (82,8)		90 (13,8)	561 (86,2)		4 (2,7)	311 (48,1)		311 (48,1)	335 (51,9)	
Administración pública	31 (31,6)	67 (68,4)		10 (8,9)	102 (91,1)		9 (8)	104 (92)		6 (19,4)	56 (50,5)		56 (50,5)	55 (49,5)	

Salud, educación y servicios sociales	105 (36,6)	182 (63,4)		74 (21,1)	277 (78,9)		27 (7,7)	324 (92,3)		19 (17,6)	155 (44,4)		155 (44,4)	194 (55,6)
Antigüedad			0,046			0,426			0,730			0,287		0,000
Antes de 1990	339 (35,2)	625 (64,8)		183 (16,5)	929 (83,5)		103 (9,3)	1010 (90,7)		44 (11,3)	345 (88,7)		592 (53,9)	506 (46,1)
Entre 1990 y 2005	460 (36,4)	707 (60,6)		208 (15,6)	1.126 (84,4)		129 (9,6)	1.215 (90,4)		49 (10,4)	421 (89,6)		710 (53,7)	612 (46,3)
Entre 2006 y 2010	93 (44,5)	116 (55,5)		31 (12,8)	212 (87,2)		22 (8,9)	224 (91,1)		8 (8)	92 (92)		105 (43,2)	138 (56,8)
Después de 2010	35 (38,4)	55 (61,1)		19 (18,8)	82 (81,2)		6 (6,2)	91 (93,8)		1 (2,4)	40 (97,6)		35 (34,7)	66 (65,3)
Situación económica			0,687			0,030			0,045			0,010		0,000
Muy buena	56 (35,2)	103 (64,8)		25 (13,8)	156 (86,2)		18 (10,1)	161 (89,9)		3 (5)	57 (95)		76 (42)	105 (58)
Bastante buena	207 (37)	352 (63)		77 (12)	564 (88)		43 (6,7)	600 (93,3)		13 (6,3)	193 (93,7)		288 (45,6)	343 (54,4)
Ni buena ni mala	588 (36,9)	1005 (63,1)		301 (16,4)	1.533 (83,6)		173 (9,4)	1.674 (90,6)		72 (10,9)	589 (87,1)		955 (52,6)	859 (47,4)
Bastante mala	103 (40,9)	149 (59,1)		55 (18,6)	240 (81,4)		37 (12,6)	256 (87,4)		21 (17,5)	99 (82,5)		178 (60,8)	115 (39,2)
Muy mala	34 (41)	49 (59)		19 (19,4)	79 (80,6)		7 (7,1)	91 (92,9)		7 (15,6)	38 (84,4)		54 (55,7)	43 (44,3)

^a Comparación entre la presencia o ausencia de los indicadores de participación con los indicadores de gestión preventiva y variables sociodemográficas, calculada mediante la prueba de ji cuadrado, con un nivel de confianza del 95%.

P = información; Q = formación en seguridad-equipos; R = formación en seguridad-emergencias; S = formación en higiene industrial; T = formación en psicosociología.

	U			V			W			Y			Z		
	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a	No (%)	Sí (%)	P ^a
Delegado de prevención			0,000			0,000			0,000			0,000			0,717
Sí	31 (3,4)	892 (96,6)		70 (4,4)	1.506 (95,6)		655 (42,5)	886 (57,5)		184 (12,3)	1.310 (87,7)		337 (36,7)	582 (63,3)	
No	78 (10,1)	695 (89,9)		155 (10,2)	1.369 (89,8)		890 (58,7)	627 (41,3)		216 (17,3)	1.031 (82,7)		274 (35,8)	491 (64,2)	
Tamaño empresa			0,660			0,001			0,000			0,001			0,157
5 a 9	56 (6,6)	788 (93,4)		142 (8,5)	1.525 (91,5)		916 (55,7)	730 (44,3)		170 (11,8)	1.269 (88,2)		294 (33,9)	572 (66,1)	
10 a 49	45 (6,3)	668 (93,7)		80 (6,5)	1.148 (93,5)		583 (48,1)	628 (51,9)		187 (17,1)	908 (82,9)		264 (39,1)	411 (60,9)	
50 a 249	8 (5,6)	134 (94,4)		4 (1,8)	224 (98,2)		67 (30)	156 (70)		41 (18,6)	179 (81,4)		54 (37,5)	90 (62,5)	
250 en adelante	0 (0)	20 (100)		0 (0)	30 (100)		4 (13,8)	25 (86,2)		4 (12,9)	27 (87,1)		7 (28)	18 (72)	
Sector de actividad			0,037			0,000			0,000			0,246			0,591
Agricultura, ganadería y pesca	4 (4)	96 (96)		14 (8,1)	158 (91,9)		95 (55,6)	76 (44,4)		23 (15,1)	129 (84,9)		23 (31,1)	51 (68,9)	
Construcción	13 (6,3)	195 (93,8)		11 (3,8)	279 (96,2)		99 (34,9)	185 (65,1)		31 (11,2)	247 (88,8)		52 (38,8)	82 (61,2)	
Industria manufacturera	7 (2,9)	238 (97,1)		7 (2)	350 (98)		158 (45)	193 (55)		45 (13,7)	283 (86,3)		63 (40,6)	92 (59,4)	
Comercio, transporte y hostelería	46 (6,7)	639 (207)		98 (8)	1.122 (92)		621 (51,4)	587 (48,6)		149 (13,9)	922 (86,1)		240 (34,9)	448 (65,1)	
Actividades profesionales y administrativas	15 (6,8)	207 (93,2)		48 (7,4)	602 (92,6)		365 (57)	273 (43)		86 (15,5)	469 (84,5)		136 (37,2)	230 (62,8)	
Administración pública	3 (4)	72 (96)		9 (8)	104 (92)		46 (42,2)	63 (57,8)		55 (21,8)	79 (78,2)		28 (41,8)	39 (58,2)	

Salud, educación y servicios sociales	20 (10,9)	163 (89,1)		38 (10,8)	314 (89,2)		186 (53,3)	163 (46,7)		45 (15,1)	253 (84,9)		77 (33,9)	150 (66,1)
Antigüedad			0,864			0,003			0,47			0,038		0,433
Antes de 1990	38 (6,2)	573 (93,8)		86 (7,7)	1.035 (92,3)		566 (51)	544 (49)		134 (13,7)	847 (86,3)		212 (37,9)	347 (62,1)
Entre 1990 y 2005	43 (6)	671 (94)		97 (7,2)	1.248 (92,8)		703 (53)	623 (47)		187 (15,6)	1013 (84,4)		255 (35,3)	468 (64,7)
Entre 2006 y 2010	11 (7,7)	132 (92,3)		9 (3,7)	237 (96,3)		132 (54,8)	109 (45,2)		23 (10,6)	193 (89,4)		46 (31,5)	68,5 (100)
Después de 2010	4 (7,7)	48 (92,3)		15 (15,3)	83 (84,7)		45 (47,4)	50 (52,6)		6 (6,7)	83 (93,3)		27 (39,7)	41 (60,3)
Situación económica			0,070			0,395			0,594			0,002		0,612
Muy buena	6 (71)	79 (92,9)		12 (6,7)	166 (93,3)		84 (45)	99 (55)		19 (11,6)	145 (88,4)		35 (32,7)	72 (67,3)
Bastante buena	18 (5,2)	326 (94,8)		41 (6,4)	600 (93,6)		320 (50,1)	319 (49,9)		77 (13,7)	487 (86,3)		152 (39,1)	237 (60,9)
Ni buena ni mala	61 (5,9)	966 (94,1)		133 (7,2)	1717 (92,8)		921 (50,8)	892 (49,2)		224 (13,7)	1.409 (86,3)		351 (36,2)	618 (63,8)
Bastante mala	19 (11,4)	148 (88,6)		29 (9,8)	267 (90,2)		153 (52,4)	139 (47,6)		53 (20,5)	206 (79,5)		50 (33,3)	100 (66,7)
Muy mala	2 (4)	48 (96)		9 (9,1)	90 (90,9)		48 (49)	50 (51)		21 (24,4)	65 (75,6)		19 (33,3)	38 (66,7)

^a Comparación entre la presencia o ausencia de los indicadores de participación con los indicadores de gestión preventiva y variables sociodemográficas, calculada mediante la prueba de ji cuadrado, con un nivel de confianza del 95%.

U = formación en ergonomía; V = vigilancia de la salud; W = participación en debates de prevención; Y = participación en medidas de prevención generales; Z = participación en medidas de prevención de riesgos psicosociales.