

La salud laboral en España: propuestas para avanzar

Fernando G. Benavides

Documento de trabajo 26/2003



Fernando G. Benavides

Doctor en Medicina por la Universidad de Alicante (1985). Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, ha realizado estudios posdoctorales en la universidad de Liverpool, McGill (Montreal) y de Texas (Houston).

En la actualidad es profesor titular en el Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona), donde es responsable de la Unidad de Investigación en Salud Laboral y dirige la revista Archivos de Prevención de Riesgos Laborales.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Fernando G. Benavides

ISBN: 84-96204-26-X

Contenido

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Resumen Ejecutivo | 5 |
| 1 El trabajo y la salud han de ser compatibles | 7 |
| 2 La prioridad actual son las lesiones por accidentes de trabajo | 8 |
| 2.1 Algunas cosas que ya sabemos | 8 |
| 2.2 Las causas que todavía no conocemos | 9 |
| 3 La prevención que hacemos | 13 |
| 3.1 Empresarios y trabajadores | 13 |
| 3.2 Las administraciones | 14 |
| 3.3 Las Mutuas y los servicios de prevención | 17 |
| 3.4 Los profesionales | 19 |
| 4 La prevención que debemos hacer | 21 |
| 4.1 Promover las actividades preventivas en las empresas | 21 |
| 4.2 Formar adecuadamente a los trabajadores, empresarios y profesionales | 22 |
| 4.3 Investigar las causas y las soluciones | 23 |
| Bibliografía | 24 |

La salud laboral en España: propuestas para avanzar

Fernando G. Benavides

Profesor de Salud Laboral

Unidad de Investigación en Salud Laboral

Universidad Pompeu Fabra

Un trabajo seguro y saludable, en este orden, debe ser la meta de las políticas públicas en salud laboral. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995 significó un impulso para el desarrollo de las políticas preventivas –frente a las indemnizatorias–, pero siete años después, podemos valorarlo como insuficiente.

La actual tendencia y magnitud de las lesiones por accidentes de trabajo constituyen el principal indicador de unas condiciones de trabajo deficientes en las empresas en España. Las diferencias con los países de nuestro entorno demuestran lo mucho que todavía queda por hacer en España en relación a este problema de salud laboral. Al que hay que añadir de manera urgente el de las enfermedades profesionales.

La interpretación de las tendencias observadas no resulta fácil, pues la información disponible sobre las causas es muy escasa. La investigación en esta materia, como se ha puesto en evidencia, es muy reducida y está orientada inadecuadamente. El actual debate sobre las causas de las lesiones por accidentes de trabajo no se separa convenientemente la discusión sobre causalidad de la discusión sobre responsabilidad. Cuestiones ambas importantes y relacionadas, pero diferentes. La primera es esencial para poder prevenir, la segunda, para poder indemnizar. Los procedimientos y herramientas jurídicas, útiles para delimitar responsabilidades administrativas, civiles o penales, no lo son para identificar las causas, las cuales requieren otros instrumentos y lógicas diferentes.

Después de valorar el papel que cada uno de los actores implicados en la prevención de riesgos laborales –los empresarios, los trabajadores y las administraciones, a los que hay que sumar, por la relevancia de su papel en la concreción de las políticas preventivas, a las Mutuas y los profesionales de la prevención– destacamos las políticas que pueden

ser impulsadas directamente por las administraciones públicas, tanto central como autonómicas, ya que son las que tienen mayor capacidad para desarrollar políticas que mejoran la salud laboral.

Una primera línea de avance consistiría en potenciar los programas de promoción de la prevención, cuyo objetivo principal sea la integración real de la prevención en las empresas, dejando al margen las campañas publicitarias de auto-referencias. La premisa para esta propuesta es que **la única manera de hacer avanzar la salud laboral es mediante su integración real en los procesos productivos de la empresa.**

Un segundo grupo de propuestas está relacionado con la necesidad de mejorar la calidad de la formación en prevención, dirigida tanto a los trabajadores y empresarios como a las personas que deseen dedicarse profesionalmente a la prevención de riesgos laborales. **La formación de calidad a empresarios y trabajadores en prevención de riesgos laborales y la existencia de profesionales bien formados son elementos esenciales para hacer avanzar la salud laboral.**

Por último, será difícil poder desarrollar políticas de salud laboral efectivas si estas no están basadas en una información de calidad y en una sólida investigación científica de los problemas de salud laboral y sus soluciones. Por lo tanto, un tercer grupo de propuestas debe estar basado en **el desarrollo de investigación competitiva en esta materia que permita desarrollar políticas basadas en la mejor evidencia científica disponible en cada momento.**

1. El trabajo y la salud han de ser compatibles

La relación entre el trabajo y la salud constituye una cuestión central en la vida de toda persona adulta. Todos queremos tener un trabajo que 1) nos proporcione ingresos económicos suficientes, 2) satisfaga nuestras aspiraciones profesionales y, sobre todo, 3) no ponga en peligro nuestra salud. Además, si es posible, esperamos cada vez con más frecuencia que 4) el trabajo sea también una fuente de bienestar físico, psíquico y social.

En las sociedades avanzadas como la nuestra un número creciente de trabajadores percibe el trabajo como algo más que una fuente de ingresos económicos: más del 35% de los trabajadores ocupa puestos de dirección, profesionales o técnicos. Para este grupo de trabajadores hace ya tiempo que ha pasado el momento de estar dispuesto a poner en peligro la salud a cambio de alguna compensación económica. Esta tendencia, por supuesto, afecta en menor medida a los trabajadores poco cualificados o sin cualificar. Para aproximadamente un 17% de la población activa ocupada, la seguridad, antes que la salud, es la condición principal que se exige en el trabajo. Estamos, pues, ante un doble significado de la relación entre el trabajo y la salud. Y si esto no se tiene en cuenta, será una fuente de desigualdad en salud en el entorno laboral.

Un trabajo seguro y saludable, en este orden, debe ser la meta de las políticas públicas en esta importante cuestión en la vida de las personas. La ley de prevención de riesgos laborales de 1995 significó un impulso para el desarrollo de las políticas preventivas –frente a las indemnizatorias–, pero, siete años después, podemos valorarla como insuficiente, tal como se ha concluido en el Informe Durán (Durán, 2001).

En la actualidad existe un amplio espacio para dar un nuevo impulso a las políticas de salud laboral en España, las cuales deben tener en cuenta las tendencias globales que influyen sobre el mercado de trabajo y las políticas sociales (Benach *et al.*, 2002). Hay que asumir que competitividad y prevención deben ser compatibles, ya que la salud y el trabajo son elementos esenciales para la vida de cualquier persona.

Proteger la salud de los que trabajan y hacer del trabajo una fuente de salud debe ser una prioridad política en los próximos años en España. Este es el propósito de la valoración de los problemas de salud prioritarios y de las soluciones propuestas en este documento.

2. La prioridad actual son las lesiones por accidentes de trabajo

La actual tendencia y magnitud de las lesiones por accidentes de trabajo constituyen el principal indicador de unas condiciones de trabajo deficientes en las empresas en España. Las diferencias con los países de nuestro entorno demuestran lo mucho que todavía queda por hacer en España en relación con este problema de salud laboral.

Asimismo, el incremento llamativo de la incidencia de las enfermedades laborales, que se ha multiplicado por 3 entre 1989 y 1999, principalmente osteomusculares (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003) –sin contar que una parte significativa de las cuales, sobre el 15%, se declaran como incapacidades laborales por enfermedad común (Castejón *et al.*, 2000)– representa otra prueba de la grave situación de la salud laboral en nuestro país.

2.1 Algunas cosas que ya sabemos

Respecto a las enfermedades laborales lo prioritario es disponer de un sistema de información fiable. Centrándonos en las lesiones por accidentes de trabajo –sobre las que disponemos de información suficiente, aunque puede y debe mejorarse– comprobamos, a partir de los datos proporcionados por Eurostat, que la incidencia media española en el periodo 1994-1996 fue de 64,8 lesiones con baja de más de tres días por 1.000 trabajadores, frente a la media europea de 43,4 por 1.000 (Dupré, 2001).

La incidencia de las lesiones con más de tres días de baja estandarizada por actividad económica fue de 7,1 por 1.000 trabajadores en España frente a 4,1 por 1.000 de la media de la Unión Europea en 1998. Respecto a las lesiones mortales en ese mismo año, la incidencia estandarizada fue de 5,5 por 100.000 en España frente a 3,4 por 100.000 en el conjunto de la Unión Europea (Dupré, 2001).

España, pues, registra un exceso de entre el 60% y el 70% de lesiones por accidentes de trabajo, tanto mortales como no mortales, respecto a la media europea. Diferencia que se mantiene en los últimos años en que disponemos de datos.

En las comparaciones internas españolas, que ajusta por actividad económica y tipo de contrato (Benavides *et al.*, 2001), el patrón por Comunidad Autónoma (CC AA) muestra que en relación con la incidencia de las **lesiones no mortales** destaca la elevada incidencia en las Islas Baleares, que presentó una diferencia, estadísticamente significativa, respecto a la media española tanto en 1989 como en 2000. Lo mismo se observa en Cataluña y Asturias. El resto de CC AA presenta una distribución muy homogénea respecto a la media española. Destacan Galicia, Extremadura, Castilla-La Mancha y Aragón, esta última Comunidad en los dos últimos años analizados, por presentar una incidencia menor, estadísticamente significativa, que la media española.

Respecto a las **lesiones mortales** se observa un patrón claro de exceso de muertes en Galicia y Asturias en los tres años analizados. En sentido contrario cabe destacar Andalucía con una incidencia menor que la media española en los tres años analizados.

2.2 Las causas que todavía no conocemos

Estas tendencias y magnitudes parecen claras, pero su interpretación no resulta fácil, pues la información disponible sobre las causas es muy escasa. La investigación en esta materia, como se ha puesto en evidencia, es muy reducida y está orientada inadecuadamente (Sociedad Española de Epidemiología, 1999).

Además, en el actual debate sobre las causas de las lesiones por accidentes de trabajo no se separa convenientemente la discusión sobre causalidad de la discusión sobre responsabilidad. Cuestiones ambas importantes y relacionadas, pero diferentes. La primera es esencial para poder prevenir, la segunda, para poder indemnizar. Los procedimientos y herramientas jurídicas, útiles para delimitar responsabilidades administrativas, civiles o penales, no lo son para identificar las causas, las cuales requieren otros instrumentos y lógicas diferentes, principalmente epidemiológicas.

Las explicaciones disponibles, por lo tanto, son muy preliminares, y entre las causas señaladas destaca la temporalidad del contrato de trabajo. Esto se basa en un hecho bien documentado: un trabajador temporal tiene dos veces y media más riesgo de tener una lesión por accidente de trabajo con baja que un trabajador con contrato indefinido (Boix *et al.*, 1998). Exceso de riesgo en este grupo que se mantiene a lo largo de toda la década de los noventa. La temporalidad es, además, en España muy superior al resto de la Unión Europea: 32% frente al 13% (Franco y Jouhette, 2001), lo que podría ayudar a explicar la diferencia de frecuencia de lesiones por accidentes de trabajo que mantenemos con el resto de países de la UE. Sin embargo, y aunque no se puede descartar un efecto específico del tipo de contrato sobre la salud (Benavides *et al.*, 2000), lo razonable sería pensar que este mayor riesgo de padecer una lesión por accidente de trabajo de los trabajadores temporales sería debido a que estos trabajadores ocupan puestos de trabajo

con peores condiciones: sean lugares y equipos de trabajo deteriorados, presencia de productos contaminantes, realización de tareas repetitivas y/o una deficiente organización del trabajo, ello unido a un menor conocimiento por parte del trabajador de su puesto de trabajo. De hecho, los trabajadores con una antigüedad de menos de tres años en el puesto de trabajo –interpretando la antigüedad como indicador de este conocimiento que el trabajador tiene de su puesto de trabajo– presentan un exceso de riesgo similar en su magnitud al de los trabajadores temporales (Durán, 2001).

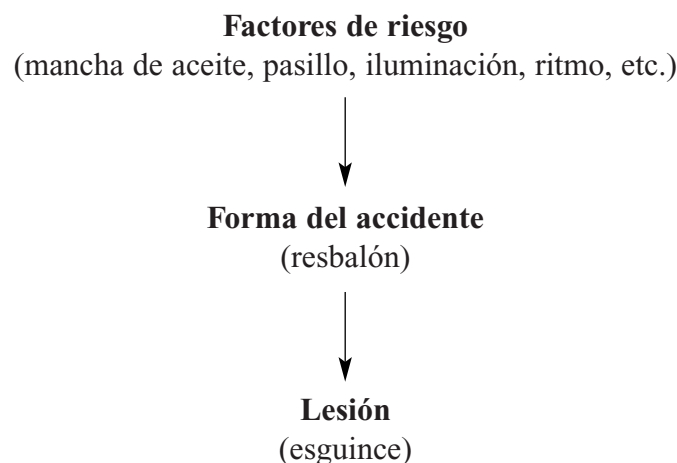
El hecho de que la actual tendencia temporal de la incidencia de lesiones esté coincidiendo con el ciclo económico y que se encuentre una correlación significativa entre ambas variables (Villanueva y Clemente, 2001) se ha interpretado como una especie de peaje que hubiera que pagar en forma de lesiones por accidente de trabajo debido al crecimiento económico. Sin embargo, esta interpretación ha sido cuestionada por simplista, señalándose que esta relación entre el crecimiento económico y la accidentabilidad se observa cuando el crecimiento se produce principalmente sobre un incremento de la carga de trabajo, en detrimento del crecimiento del empleo (Castellá, 2000). No se trata, por tanto, de una relación natural, sino de una relación que se da en función del tipo de crecimiento económico. Una prueba de ello es que en EE UU se viene observando un descenso continuado de la incidencia de lesiones mortales por accidente de trabajo desde 1980 –aproximadamente un 3% anual– y no se ve afectada la tendencia por los ciclos económicos (Loomis *et al.*, 200).

Las razones dadas para explicar esta tendencia descendente en algunos países desarrollados han sido de dos tipos. Primero, el incremento de las exigencias sociales y políticas, también económicas, de la sociedad y de los trabajadores ha producido una mejora en las condiciones de seguridad y salubridad de los puestos de trabajo. Segundo, los cambios en la actividad económica de los países desarrollados, donde se está pasando de actividades económicas en sectores primarios a actividades en el sector servicios, hacen que las condiciones de trabajo sean ahora menos peligrosas. Sea por una razón o por otra, o posiblemente por ambas, la temporalidad y el crecimiento económico no serían tanto las causas, sino indicadores de unas causas más próximas al problema, ligadas a las condiciones específicas de los puestos de trabajo. Estos puestos de trabajo estarían ocupados por los trabajadores temporales y se harían más presentes en periodos de crecimiento económico en países como España. De hecho, cuando se comparan trabajadores de diferentes ramas de actividad en un momento determinado y se estandariza por tipo de contrato y otras variables como la antigüedad, el tamaño de la empresa, etc., se observa, por ejemplo, que el riesgo de tener una lesión por accidente en la construcción es 38 veces superior que en el sector de la banca, especialmente lesiones por golpes con objetos y proyecciones de fragmentos (Benavides *et al.*, 2003). Esto es, el incremento de riesgo se debería a las condiciones específicas de los puestos de trabajo, independientemente del tipo de contrato, la antigüedad o el tamaño de la empresa.

Insistir en la investigación de estas causas específicas, más próximas a los puestos de trabajo, independientemente de otros determinantes más macro o distales, se debe a una razón de oportunidad preventiva, pues las causas que producen, por ejemplo, los golpes

o las proyecciones son las que desde las empresas debemos y podemos prevenir. Pero, sin embargo, estas son las causas que menos conocemos, ya que la información disponible en el parte de accidente de trabajo con baja no permite investigar este tipo de causas. Es de esperar que el nuevo parte de declaración de una lesión por accidente de trabajo ayude a investigar estas causas directamente relacionadas con las condiciones de trabajo (Orden TAS/2926/2002).

En cualquier caso, esta investigación requiere explicitar un modelo teórico de partida. En este sentido, es necesario clarificar que las formas (manera de exponerse) en que se produce el accidente: caída, choque, sobreesfuerzo, inhalación, etc., no significan las causas. Ya que las formas, o mecanismos, estarían a su vez causadas por factores de riesgo específicos. Así, de acuerdo con el esquema siguiente, si un trabajador sufre una torcedura de tobillo (esguince) al resbalarse por pisar una mancha de grasa cuando caminaba con prisas transportando unos materiales de la empresa por un pasillo estrecho y poco iluminado, las causas proximales, o factores de riesgos, que nos interesan conocer para poder intervenir desde las empresas, serían la mancha de grasa, la insuficiente iluminación, el ritmo excesivo o las dimensiones del pasillo.



Las encuestas sobre condiciones de trabajo (ENCT) constituyen las únicas fuentes de información sobre las tendencias de las causas ligadas a las condiciones de trabajo. Así, por ejemplo, los trabajadores que dicen estar expuestos a caídas desde altura eran el 12,8% en la ENCT/1987, el 10,7% en la ENCT/1997 y el 13,7% en la ENCT/1999 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999); o los que dicen estar expuestos a golpes representaban el 31,7% en 1987, 26% en 1997 y el 31,6% en 1999. Esto significa que la existencia de desniveles u objetos (herramientas, elementos móviles de las máquinas, etc.) –que son las causas de la caída desde altura o de los golpes– siguen estando muy presentes en los puestos de trabajo de este país, sin que se aprecie un descenso en la tendencia. Una tendencia similar se observa en el ámbito europeo, donde las encuestas sobre condiciones de trabajo de 1990, 1995 y 2000 muestran que el 16%, el 18% y el 18% de los trabajadores encuestados manifiestan, respectivamente, que en su trabajo ellos han de mantener posturas

forzadas. Igualmente el 9%, el 11% y el 12%, respectivamente, dicen que han de manipular cargas pesadas. Ambas condiciones de trabajo –posturas forzadas y manipulación de cargas pesadas– están asociadas a las lesiones de espalda (cervicalgia, lumbago, etc.) por el sobreesfuerzo (forma del accidente) que producen.

En todo caso, las actuaciones sobre las condiciones de trabajo específicas no son excluyentes con actuaciones sobre la temporalidad o subcontratación, que desde un nivel más estructural determinan las condiciones específicas de los puestos de trabajo. Todo lo contrario, ambas estrategias son complementarias. Pero, si insistimos aquí en las primeras no es porque se consideren más importantes, sino porque en el estado actual de la salud laboral en este país las causas proximales son muy poco conocidas.

Una discusión similar se puede plantear a la hora de explicar las diferencias observadas entre CC AA, especialmente el exceso de lesiones mortales en Galicia, Asturias y País Vasco. En este caso, sin embargo, podemos descartar el papel del tipo de contrato como explicación de las diferencias, porque las comparaciones se han realizado después de estandarizar por esta variable los índices de incidencia, al igual que también se ha estandarizado por actividad económica. Por lo que la hipótesis más plausible para explicar estas diferencias sería que las empresas localizadas en estas CC AA tienen unas condiciones de trabajo más deficientes que el resto. Una segunda hipótesis que habría que considerar, respecto a las lesiones mortales, es la influencia que sobre la letalidad pudieran tener los dispositivos asistenciales en estas CCAA. En este caso, además, junto a los recursos asistenciales de los servicios autonómicos de salud, hay que tener en cuenta los recursos asistenciales de las Mutuas que deben asegurar de manera específica la atención sanitaria a los lesionados por accidentes de trabajo.

3. La prevención que hacemos

Frente a los problemas detectados y sus posibles explicaciones, el nuevo marco normativo en prevención de riesgos laborales, establecido en 1995, ha definido un espacio de actuación y el papel de los diferentes actores (Ley 31/1005). En los años que llevamos con esta nueva norma cada uno de estos actores ha tratado de ocupar su espacio, con mejor o peor fortuna, y todos ellos han desplegado actividades preventivas que revisamos brevemente a continuación.

Estos grandes actores de la salud laboral son indiscutiblemente los empresarios, los trabajadores y las administraciones, a los que hay que sumar, por la relevancia de su papel en la concreción de las políticas preventivas, a las Mutuas y los profesionales de la prevención.

3.1 Empresarios y trabajadores

El empresario, de acuerdo a la norma, es el principal responsable de proteger la salud de los trabajadores frente a los riesgos laborales. Esta responsabilidad se concreta en una serie de obligaciones específicas. Entre las más importantes hay que destacar las siguientes:

- Evaluar los riesgos presentes en la empresa.
- Vigilar la salud de los trabajadores.
- Planificar y organizar la actividad preventiva.
- Adoptar medidas de evacuación y emergencias.
- Informar y formar a los trabajadores.

Estas obligaciones, sin embargo, son ignoradas por un número importante de empresas, según la ENCT/1999, especialmente las pequeñas y medianas empresas. Únicamente 30% de las empresas habían realizado una evaluación de riesgo, porcentaje que baja hasta el 20% si se refiere a empresas de menos de 10 trabajadores. Un porcentaje similar resulta si se pregunta

por actividades de formación e información a los trabajadores: menos del 25% de las empresas han llevado a cabo actividades formativas entre sus trabajadores. La vigilancia de la salud, posiblemente por su larga tradición, es una de las actividades preventivas más frecuentes: algo más del 50% de las empresas. Todos estos porcentajes disminuyen significativamente a medida que se reduce el tamaño de la empresa. Lo cual no deja de ser preocupante si, como sabemos, más del 80% de las empresas del país tienen menos de 10 trabajadores (Instituto Nacional de Estadística, 2003).

El trabajador y sus representantes, por su parte, tienen la obligación de cooperar con el empresario en materia de seguridad y salud. Esta se concreta, entre otras fórmulas, en la participación de los trabajadores a través de los delegados de prevención y los comités de seguridad y salud. Participación que efectivamente se ha incrementado: el número de empresas (de más de 5 trabajadores) que ha elegido a sus delegados de prevención ha pasado del 29% en la ENCT/1997 a 42% en la ENCT/1999. Asimismo, el comité de seguridad y salud se ha constituido en el 91% de las empresas que tienen la obligación de constituirlo (más de 49 trabajadores), según esta misma encuesta.

Sin embargo, la vía de la negociación colectiva para mejorar la protección de la salud de los trabajadores, mediante una definición más precisa de las obligaciones empresariales, muestra un magro resultado. Una reciente revisión de las estadísticas de los convenios colectivos firmados entre 1994 y 1997 (n=17.481) afirma que la negociación colectiva no ha introducido, al menos hasta 1999, mejoras significativas en las actividades preventivas en las empresas (Benavides *et al.*, 2002). Esta afirmación se basa en dos hechos. Por un lado, en la pequeña proporción de convenios colectivos que han incluido cláusulas innovadoras en materia de prevención y, por otro lado, en la pequeña diferencia que hay entre los convenios firmados durante 1994-1995 (antes de la nueva norma) y los firmados en 1998-1999. Sin quitar importancia a la inclusión de la formación en prevención en la negociación colectiva (25% de los convenios firmados hacen referencia a la formación), parece como si esta fuera la actividad preventiva a negociar de manera casi exclusiva, dejando fuera de la negociación colectiva la consideración de aquellas otras actividades preventivas dirigidas a mejorar las condiciones de trabajo estructurales y/o ambientales, como por ejemplo: adaptación de edificios, instalaciones más seguras, cambios organizativos, control de los contaminantes, sustitución de productos, etc. En resumen, no se está aprovechando en toda su amplitud la oportunidad que ofrece la negociación colectiva para adaptar la norma preventiva a la realidad laboral de cada empresa o sector de actividad económica.

3.2 Las administraciones

Las administraciones –estatal, autonómica y local– tienen obligaciones que abarcan, como mínimo:

- La promoción de las normas y su cumplimiento.
- La vigilancia del cumplimiento de la normativa.
- La sanción de los incumplimientos.

El desarrollo de estas tres funciones exige una coordinación entre las administraciones implicadas, fundamentalmente entre Trabajo y Sanidad, tanto en sus ámbitos estatal y autonómico como también local, tal como se expresa claramente en el artículo 5,1 a) de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

La Comisión Nacional de Seguridad y Salud (CNSS) ha facilitado esta coordinación y también entre administraciones central y autonómicas, junto a las organizaciones empresariales y sindicales. En esta coordinación, muy limitada en el ámbito autonómico, ha quedado fuera la administración local, lo que sin duda dificulta el cumplimiento de las normas en las pequeñas y medianas empresas (comercios y pequeños talleres, etc.), pues las políticas de proximidad de los ayuntamientos pueden hacer más fácil la función de promoción de la prevención en estas empresas (Jarque *et al.*, 2003).

A pesar de este déficit, desde la CNSS se está impulsando una dinámica muy positiva de consenso entre las partes para hacer frente a los problemas de la salud laboral, básicamente mediante acuerdos de carácter regulador. Entre las propuestas concretas cabe destacar el Plan de Acción sobre la Siniestralidad Laboral de 1998, además de propuestas para mejorar las normas en temas como la construcción, amianto, enfermedades profesionales, parte de accidente de trabajo, etc. (Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2003).

Las actividades de promoción de la prevención en el ámbito estatal están centralizadas en el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), que asesora técnicamente la elaboración de las normas legales, elabora las guías técnicas de los reglamentos preventivos y organiza programas formativos tanto a trabajadores y empresarios como a profesionales. Sin embargo, aunque hay que reconocer esta importante labor, la asignatura pendiente del INSHT es la actividad investigadora, la cual representa en la actualidad una actividad marginal en el INSHT, exceptuando como actividad destacada en este campo la realización de la Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo.

Desde las administraciones autonómicas los programas de promoción han sido muy escasos, si dejamos a un lado las campañas publicitarias, que tienen una función más de propaganda que de formación. De forma novedosa, aunque con pocos recursos, algunas CC AA, como Madrid, entre otras, ha puesto en marcha programas que consisten en establecer incentivos económicos para la contratación de profesionales de la prevención o la realización de determinados programas preventivos en la pequeña y mediana empresa (Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2003). Igualmente el Instituto Navarro de Salud Laboral

ha instaurado premios de reconocimiento y promoción de la prevención en las empresas (Instituto Navarro de Salud Laboral, 2003).

Otra asignatura pendiente de la administración, en este caso la sanitaria, es la asunción real, con medios económicos y humanos suficientes, de la puesta en marcha de los sistemas de información sanitaria imprescindibles para la evaluación de la efectividad de los programas y actividades preventivas. Esto a pesar de los acuerdos alcanzados en la mesa de diálogo social el 28 de septiembre de 2001, y ahora de nuevo suscritos en el acuerdo del 30 de diciembre de 2002 (Mesa de Diálogo Social, 2002).

De manera más intensa, dado el grado de responsabilidad en la materia, la administración laboral, tanto central como autonómicas, ha centrado su actividad en la vigilancia y el control de la normativa. Esto queda reflejado principalmente en la actividad de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social en materia de prevención. Se ha incrementado en más del doble el número de actas de infracción, pasando de unas 11.000 actas en 1996 a casi 23.000 en el año 1999. Esto ha supuesto que el número de trabajadores afectados por estas medidas de vigilancia se haya casi cuadruplicado, aumentando de unos 94.000 trabajadores en 1996 a casi 329.000 en 1999. Los tipos de infracción que más frecuentemente motivaron el acta estuvieron relacionados con el riesgo de caída de altura y otras condiciones generales de seguridad. En cuanto a la sanción de la responsabilidad administrativa, se ha multiplicado por tres la cuantía económica, pasándose de algo más de 4.000 millones de pesetas en 1996 a casi 12.000 millones en 1999 (Inspección de Trabajo, 2000).

Sin embargo, a pesar del incremento de esta actividad de vigilancia y control, la tendencia de las lesiones por accidentes de trabajo no se ha modificado, por lo que la actuación de la administración debe ser evaluada en profundidad. La solicitud de un mayor número de inspectores y más especializados en seguridad y salud, con ser posiblemente razonable –a título orientativo, las cifras europeas (Piotet, 1996) oscilan entre un inspector por cada 5.000 trabajadores en Finlandia y uno por cada 20.000 en Irlanda–, no parece ser suficiente para mejorar la salud laboral en las empresas. El acuerdo adoptado recientemente para incorporar a los profesionales de prevención de los órganos técnicos de las CC AA de manera más directa en las labores de vigilancia puede ayudar a reforzar la actividad de la inspección de trabajo (Mesa de Diálogo Social, 2002).

Pero hay otras medidas complementarias a la sanción, como hacer públicas las sanciones impuestas por infracciones muy graves o limitar la facultad de contratar con las administraciones públicas a aquellas empresas que incumplan sus obligaciones en materia de seguridad y salud, que pueden incrementar la efectividad de tales sanciones y que no han sido desarrolladas hasta ahora suficientemente.

Finalmente, en este apartado de actividades de control no hay que olvidar el papel asignado a las administraciones autonómicas en la acreditación de servicios de prevención externos y empresas auditoras de los servicios de prevención propios, así como en la au-

torización de entidades formativas, todo lo cual conlleva establecer registros, criterios y controles de calidad de estas actividades (Orden de 27 de junio, 1997). Sin embargo, y a pesar de su importancia, apenas si existe información compilada de toda esta importante actividad administrativa que sirva para llevar a cabo una mínima evaluación.

Otra forma de vigilancia y control, menos punitiva, pero igualmente ligada a la actividad inspectora de la administración, ha consistido en la puesta en marcha de programas relacionados con la alta incidencia de lesiones por accidentes de trabajo (Planes de acción contra la siniestralidad), siguiendo el modelo de Aragón, a través de sus Institutos o Servicios de seguridad y salud autonómicos, creados a partir de los Gabinetes provinciales de seguridad e higiene. Dichos programas han consistido en la identificación, asesoramiento y seguimiento de las empresas con mayor incidencia de lesiones por accidentes de trabajo. En el caso de Aragón se identificaron, durante 1999, primer año del programa, 667 empresas en el primer programa (que representaba el 32% de las lesiones) y 1.163 empresas en el segundo programa (41% de las lesiones). La reducción del número de lesiones por accidentes en estas empresas fue en 1999 del 25,5% y en el año 2000, para 1.163 empresas, fue de 28,5% (European Agency for Safety and Health at Work, 2001). Este modelo de actuación se ha extendido a la mayoría de las CC AA, e incluso hay iniciativas mucho más específicas, como el Plan intersectorial de Málaga para la prevención de los accidentes de trabajo en la construcción (Plan Intersectorial de Málaga, 2003), ya centrados en aspectos tan concretos como la adecuación de los andamios, las redes o las barandillas frente al riesgo de caída a distinto nivel, aunque todavía sin evaluar.

3.3 Las Mutuas y los servicios de prevención

El modelo preventivo establecido en 1995 ha dado lugar a agentes preventivos internos a la empresa: servicio de prevención propio y trabajador designado; y agentes externos a la empresa, como son las entidades formativas acreditadas, los servicios de prevención externos y las empresas auditoras.

Las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales ocupan un papel central en la definición y el desarrollo de las políticas de salud laboral en España (Mutuas, 2000). Desde su tradicional papel de entidad colaboradora de la Seguridad Social en la gestión del sistema público de aseguramiento de los daños a la salud relacionados con el trabajo –que supone alrededor de 600.000 millones de pesetas anuales–, al que se le ha añadido desde 1997 la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes (accidentes no laborales y enfermedades comunes), que en 1999 suponía la gestión de unos 150.000 millones de pesetas, las Mutuas pueden ejercer, y ejercen, de Servicio de Prevención ajeno en numerosas empresas del país. La estimación disponible es que el 90% de las empresas que optan por un servicio de prevención externo –alrededor del 40% según la ENCT de 1999– lo hacen con una Mutua (Instituto Regional de Seguridad

y Salud en el Trabajo, 2003). La financiación de esta tercera actividad debe realizarse en exclusiva a través de contratos privados con las empresas beneficiarias, al margen de los fondos públicos de la Seguridad Social. Empresas que sólo pueden ser aquellas con las que operan en calidad de gestoras de la Seguridad Social.

En las Mutuas se trata de compatibilizar la actividad reparadora –una vez se ha producido el daño a la salud en forma de lesión por accidente de trabajo o enfermedad profesional– con la actividad preventiva –tratar de evitar que se produzca el daño–, cuando el sistema de Seguridad Social está orientado en exclusiva a asegurar la reparación de la víctima. Por lo que las primas abonadas por las empresas están desvinculadas de la incidencia de lesiones. Esto significa que para una empresa es lo mismo reducir o no las lesiones desde el punto de vista de lo que debe pagar por este concepto. La vinculación entre reparación y prevención puede beneficiar el sistema de Seguridad Social al reducir las prestaciones sanitarias y económicas que deben recibir los lesionados. Por ello, el establecimiento de un sistema *bonus-malus*, tal como se ha acordado estudiar en la Mesa de Diálogo Social, puede ayudar a introducir un importante estímulo para que las empresas realicen actividades preventivas.

Sin embargo, la confluencia de las actividades reparadoras y preventivas en una misma entidad como las Mutuas hace difícil separar la financiación y las actividades correspondientes a cada una de ellas, más cuando con cargo a las cuotas de la Seguridad Social se deben realizar determinadas actividades preventivas relacionadas con las lesiones por accidente de trabajo y enfermedad profesional. En un esfuerzo por separar esta actividad preventiva con cargo a cuota y la realizada como servicio de prevención externo, tal como obliga la norma (Orden de 22 de abril, 1997), se han desarrollado en los últimos años –desde 1998– los planes generales o marcos de actividades preventivas, y que en 1999 supusieron 35.420 millones de pesetas (4,4% del total de gasto) (Mutuas, 2000). La mayoría del cual se destinó a los reconocimientos médicos inespecíficos –3.195.051 reconocimientos médicos inespecíficos y aproximadamente un 37% del total del presupuesto–, los cuales debían estar suprimidos desde 1997, pero que por diversas razones (falta de médicos especialistas en medicina del trabajo, resistencias de las empresas a pagar por un servicio que hasta ahora era a cargo de cuota, etc.) se ha ido prorrogando la realización de esta actividad médica, de probada ineficacia, a cargo de cuota de la Seguridad Social (Artieda, 2002). Las otras actividades son básicamente de difusión y formación, ninguna de las cuales ha sido evaluada.

La porosidad entre su condición de entidad gestora de la Seguridad Social y la de servicio de prevención externo permite a las Mutuas una posición privilegiada en el mercado de la prevención, con la que es difícil competir desde un servicio de prevención externo no mutual. En el Informe sobre los riesgos laborales y su prevención, se afirmaba que los servicios de prevención externos mutuales están ofreciendo servicios a bajos precios y, por lo tanto, de baja calidad, con los que es difícil competir desde un servicio de prevención externo no mutual, más cuando alguno de estos servicios se presenta a veces como parte de la gestión de las incapacidades (Durán, 2001).

Esta tendencia a la baja en la prestación de los servicios de prevención, junto a la desconexión entre la empresa y el servicio de prevención externo, explicaría en gran medida la tendencia de numerosas empresas a realizar un cumplimiento “formal” de las normas preventivas, limitándose a acumular documentos (evaluación de riesgo, planes preventivos, etc.) –la llamada documentalización de la prevención (Heras, 2001)– sin que ello se vea reflejado en actividades preventivas reales. A ello habría que añadir la falta de voluntad de las administraciones autonómicas por controlar periódicamente la actividad de estos servicios externos, una vez que han sido acreditados, a fin de evaluar los resultados de dicha actividad.

Llama la atención que este control de calidad de la actividad preventiva está más claramente establecido para los servicios de prevención propios, ya que éstos deben someterse a una auditoría externa cada cinco años. Este hecho, que supone un incremento de costes, desincentiva claramente la adopción de esta modalidad preventiva por la empresa –sólo el 5,2% de las empresas optaron por un servicio de prevención propio, según la ENCT de 1999–, lo que dificulta aún más la integración de la prevención en la empresa, condición imprescindible para la mejora de las condiciones de trabajo.

3.4 Los profesionales

Finalmente, la prevención que se hace en las empresas depende lógicamente de los recursos económicos disponibles, de la voluntad de las empresas por cumplir las normas y del esfuerzo de las administraciones por hacerlas cumplir, pero también de las competencias de los profesionales de la prevención, que son quienes deben proponer y ejecutar las medidas preventivas adecuadas para resolver los problemas de salud laboral que tienen las empresas. En ocasiones, el papel del profesional es determinante a la hora de poner en marcha, o no, un determinado programa de prevención. Este valor que añade el profesional no ha sido suficientemente valorado.

El nuevo campo profesional creado a partir de 1995, cuando se define por primera vez en España profesiones nuevas como la Higiene Industrial, la Ergonomía, la Seguridad en el trabajo y la Psicosociología laboral, está siendo ocupado de forma improvisada y poco rigurosa. La formación de estos profesionales se lleva a cabo en la actualidad en innumerables centros, todos ellos autorizados por la autoridad laboral, que no siempre pueden garantizar una adecuada calidad de los recursos docentes necesarios para impartir materias tan complejas como las mencionadas. El hecho de que las actuales normas permitan que participen en esta formación organizaciones no universitarias previamente autorizadas por las autoridades laborales (autorización a la que, por otro lado, también se han de someter las universidades) ha conducido a una situación confusa en la que las universidades compiten con instituciones no universitarias que con frecuencia no habían tratado nunca estas materias e incluso en algunos casos han sido creadas *ex profeso* para impartir estos estudios. Esto ha

dado lugar a una situación que podemos calificar de “permisiva y flexible en exceso, y escasamente solvente para garantizar el cumplimiento de los objetivos que se propone alcanzar el legislador y, en consecuencia, insatisfactoria” (Gómez-Caballero, 2000). Lo que parece tener como consecuencia un mercado formativo bajo sospecha de insolvencia, dando a veces la sensación de que se ha abierto la puerta a un mero mercado de títulos, agravado ahora con la entrada en escena de los programas formativos a distancia, lo que puede tener efectos diferidos graves, ya que puede producir una saturación de titulados y constituir un serio obstáculo para la implantación de los títulos académicos y profesionales deseables y previstos por el Reglamento de los Servicios de Prevención (Real Decreto 39/1997). La no existencia de espacios académicos consolidados que hagan posible la docencia y la investigación en estos campos hace difícil el crecimiento y la visibilidad social de estas profesiones.

Aunque algo más consolidados, los profesionales sanitarios de la prevención (médicos del trabajo y enfermería de empresa) también adolecen de una formación deficiente, basada en escuelas profesionales ya superadas para el resto de especialidades sanitarias.

En todo caso, el número de profesionales se ha multiplicado en los últimos años. Así, los prevencionistas contratados por las Mutuas entre 1996 y 1999 para desarrollar los programas de seguridad e higiene con cargo a cuota han pasado de 273 a 1.541 (Mutuas, 2000). Conocer el número de higienistas, ergónomos, médicos del trabajo o enfermeras de empresa –sus características demográficas o su distribución geográfica– sería un buen punto de partida para poder valorar el papel de los profesionales en la salud laboral de nuestro país. Información no disponible, pero que es necesario tener para poder evaluar los procesos de formación desarrollados en los últimos años en este campo.

4. La prevención que podemos hacer

De acuerdo con los problemas señalados en los capítulos anteriores y la experiencia ya acumulada en el desarrollo de la salud laboral en España y otros países de nuestro entorno, varias son las posibilidades para mejorar la situación actual. Entre ellas se destacan las que pueden ser impulsadas directamente por las administraciones públicas, tanto central como autonómicas, ya que son las que tienen mayor capacidad para desarrollar políticas públicas que incidan en la salud laboral.

4.1 Promover las actividades preventivas en las empresas

Una primera línea de avance consistiría en potenciar los programas de promoción de la prevención, cuyo objetivo principal sea la integración real de la prevención en las empresas, dejando al margen las campañas publicitarias de auto-referencias. La premisa para esta propuesta es que **la única manera de hacer avanzar la salud laboral es mediante su integración real en los procesos productivos de la empresa.**

La potenciación de los programas de promoción estaría basada en una triple propuesta, todas ellas complementarias:

- Incentivar económicamente la adopción de programas preventivos específicos en las empresas.
- Reconocer las buenas prácticas que algunas empresas ya realizan.
- Identificar, asesorar y seguir a las empresas con mayor incidencia de lesiones.

Los incentivos económicos pueden realizarse por procedimientos distintos. El primero consistiría en la adopción de un sistema que permitiera ponderar la cuota a la Seguridad Social en función de la incidencia de lesiones por accidentes de trabajo. Este sistema de *bonus-malus* permitiría superar la separación entre reparación y prevención de que adolece nuestro sistema de aseguramiento de los daños a la salud relacionado con el trabajo. Los recientes acuerdos de la Mesa de Diálogo Social han comprometido al Gobierno a implantar un sistema *bonus-malus* en el 2003. Hacer un seguimiento del cum-

plimiento de este acuerdo y verificar su efectividad son pasos necesarios para avanzar. Un segundo procedimiento se materializaría a través de ayudas financieras que permitirían a las pequeñas y medianas empresas adoptar programas concretos de mejora de las condiciones de trabajo. Estos programas han sido ya iniciados, aunque tímidamente, por algunas CC AA, con resultados limitados y no evaluados. Incrementar los presupuestos destinados a estos programas, generalizar su aplicación a todas las CC AA y estudiar sus limitaciones y éxitos mediante estudios comparados serían igualmente iniciativas para avanzar.

Junto a estas medidas de carácter claramente económico, también hay que incluir medidas de reconocimiento del trabajo bien hecho mediante premios a la buena práctica. Un instrumento útil para ello es la existencia de estándares de calidad en prevención de riesgos laborales. Un buen ejemplo lo constituye la guía para la gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2002).

Los programas de promoción basados en la identificación, asesoramiento y seguimiento de las empresas con altos índices de incidencia deben seguir desarrollándose. Para ello es necesario incrementar los recursos de las CC AA dedicados a estos programas, además de hacer un seguimiento detallado de las actividades y resultados de estos programas en las CC AA. El INSHT, en su función de secretaría técnica de la Comisión Nacional de Seguridad y Salud, podría asumir la realización de estos estudios de la efectividad de estos programas de promoción desarrollados por las CC AA y establecer estándares y criterios consensuados entre la administración y los agentes sociales.

4.2 Formar adecuadamente a los trabajadores, empresarios y profesionales

Un segundo grupo de propuestas para avanzar está relacionado con la necesidad de mejorar la calidad de la formación en prevención, dirigida tanto a los trabajadores y empresarios como a las personas que deseen dedicarse profesionalmente a la prevención de riesgos laborales.

La formación de calidad a empresarios y trabajadores en prevención de riesgos laborales y la existencia de profesionales bien formados son elementos esenciales para hacer avanzar la salud laboral.

Respecto al primer ámbito, y aunque hay que seguir insistiendo en la formación preventiva de los trabajadores, especialmente los delegados de prevención, basada en sus percepciones y experiencias (Boix *et al.*, 2001), uno de los retos inmediatos que tenemos es la formación de los empresarios, especialmente los empresarios de las pequeñas empresas y sus intermediarios, como son las gestorías laborales.

En relación con el segundo ámbito las recomendaciones son las siguientes:

- Crear unos estudios universitarios reglados de segundo ciclo en prevención de riesgos laborales, que cierre este ya largo periodo de transitoriedad ocupado por los “masters” que han llevado la formación en este campo a un nivel bajísimo.
- Modernizar la formación en medicina y enfermería del trabajo, consistente en homologar la especialidad de medicina del trabajo con el resto de especialistas de la Unión Europea y en crear la especialidad de enfermería del trabajo.

4.3 Investigar las causas y las soluciones

Muchos problemas de salud, entre ellos uno tan importante como las lesiones por accidente de trabajo, continúan estando insuficientemente estudiados y, lo que es aún más grave, las soluciones propuestas son escasamente evaluadas. Será difícil poder desarrollar políticas de salud laboral efectivas si estas no están basadas en una información de calidad y en una sólida investigación científica de los problemas de salud laboral y sus soluciones. Por lo tanto, una tercera premisa para hacer avanzar la salud laboral es la siguiente:

Las políticas preventivas en salud laboral deben estar basadas en la mejor evidencia científica disponible en cada momento.

La escasa investigación que se realiza en España en seguridad y salud en el trabajo puede ser explicada principalmente por, en primer lugar, la ausencia de una línea estratégica de investigación en seguridad y salud en el trabajo en el Plan Nacional I+D+I y, en segundo lugar, por la ausencia de un Organismo Público de Investigación que lidere una investigación competitiva en esta materia, junto con otros centros de investigación.

Por ello las propuestas son las siguientes:

- Establecer una línea de apoyo específica a la investigación en el campo de la prevención de riesgos laborales en el programa nacional de I+D+I.
- Crear un instituto de Investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo, que actúe como organismo público de investigación con carácter autónomo, y cuya misión fuera realizar investigación de calidad propia y fomentar la investigación competitiva en universidades y otros centros de investigación nacionales e internacionales.
- Iniciar un proceso de amplia participación para identificar las necesidades en investigación en seguridad y salud en el trabajo y establecer los problemas que se han de investigar de forma prioritaria.

Bibliografía

- Artieda, L. Los reconocimientos médicos específicos: una carrera de obstáculos, Arch. Prev. Riesgos Lab. 2002, 5: 45-47.
- Benach, J., Muntaner, C., García Benavides, F., Amable, M., Jodar, P., A new occupational agenda for a new work environment, Scand J Work Environ Health 2002,28.
- Boix, P., Orts, E., López ,M.J., Rodrigo, F., Linares, J., Modalidades de contratación y siniestralidad laboral en España en el periodo 1988-1995, Mapfre Seguridad 1998, 69.
- Boix, P., García, A.M., Llorens, C., Torada, R., Percepciones y experiencia. La prevención de los riesgos laborales desde la óptica de los trabajadores, Valencia, ISTAS, 2001.
- Castejón, J., Jarque, S., Benach, J., Company, A., Fábrega, O., Funes, X., García Benavides, F., El papel de las condiciones de trabajo en la incidencia de la incapacidad temporal por contingencias comunes: resultado de un estudio piloto, Arch. Preven. Riesgos Labor., 2000, 3.
- Castellá, J.L., Accidentes, empleo, carga de trabajo y peligrosidad del trabajo. Prevención, trabajo y salud, 2000, 7.
- Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponible en: <http://www.mtas.es/insht/cnsst/cnsst.htm>
- Dupré, D., Accidents at work in the EU in 1998-1999, Eurostat, Statistics in focus. Theme 3-16/2001, Luxembourg, European Commission, 2001.
- Durán, F., Informe sobre riesgos laborales y su prevención, Madrid, Presidencia del Gobierno, 2001.
- European Agency for Safety and Health at Work. How to reduce accidents in high-risk companies by using a targeted inspection campaign: Programa Aragón. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001:54-59.
- Franco, A., Jouhette, S., Labour force survey. Principal results 2000, Statistics in focus 3-10, 2001.
- Benavides F.G., Castejón, E., Giráldez, M.T., Catot, N., Delclós, J., Lesiones por accidente de trabajo en España: comparación entre las Comunidades Autónomas en 1989, 1993 y 2000, Med. Clín. (Bar), 2003. (mimeografiado)
- Benavides, F.G., Benach, J., Diez-Roux, A.V., Román ,C., How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European Survey on Working Conditions, J. Epidemiol. Comm. Health, 2000, 54:494-501.
- Benavides, F.G., Giráldez, M.,T., Castejón, E., Catot, N., Zaplana, M., Delclós, J., Benach, J., Gimeno, D., Análisis de las causas de los accidentes de trabajo leves en la construcción en España, Gac. Sanit., 2003. (mimeografiado).

- Benavides, F.G., Del Rey, S., Luque, M., Montagut, R., Análisis de la prevención de riesgos laborales en la negociación colectiva española (1994-1999), Revista Española de Derecho del Trabajo, 2002, 111: 345-358.
- Gómez-Caballero, P., Informe sobre la formación para la prevención de los riesgos laborales, Madrid, CES, 2000. (mimeo).
- Heras, C., La crisis de las evaluaciones iniciales de riesgos, Arch. Prev. Riesgos Labor., 2001,4:145-146.
- Inspección de Trabajo y de la Seguridad Social, Resumen general de actividades de la ITSS, 2000 (mimeografiado).
- Instituto Nacional de Estadística, España en cifras 2002., Disponible en: <http://www.ine.es/escif/escif02.htm>
- Instituto Navarro de Salud Laboral. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/insl/>
- Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponible en: <http://www.madrid.org/ctrabajo/irsst>
- Jarque, S., Benavides, F.G., Benach, J., Arderiu, J., Posada, X., Merino, J., El papel de los ayuntamientos en la prevención de los riesgos laborales: el caso de Mataró, Arch. Prev. Riesgos Labor., 2003, (mimeografiado)
- Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, de 8 de noviembre, BOE, núm. 269, de 10 de noviembre.
- Loomis, D., Bena, J.F., Bailer, A.J., Diversity of trends in occupational injury mortality in the United States, 1980-96, Injury Prevention 2003;9:9-14.
- Mesa de Diálogo Social en materia de prevención de riesgos laborales. 30 de diciembre de 2002. (mimeografiado).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Estadísticas de Accidentes de Trabajo. Disponible en: <http://www.mtas.es/insht/statistics/mtas.htm>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, Madrid, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1999.
- Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Memoria económico-financiera y de gestión. Ejercicio 1998, Madrid, Secretaria de Estado de la Seguridad Social, 2000.
- Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo, BOE, núm. 279 (21 noviembre 2002).
- OIT. Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, ILO-OSH 2001, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2002.
- Orden de 22 de abril de 1997, por la que se regula el régimen de funcionamiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en el desarrollo de actividades de prevención de riesgos laborales, BOE, núm. 98, de 24 de abril.
- Orden de 27 de junio de 1997, en relación con las condiciones de acreditación de las entidades especializadas como servicios de prevención ajenos a las empresas, de autorización de las personas o entidades

especializadas que pretenden desarrollar la actividad de auditoría del sistema de prevención de las empresas y de autorización de las entidades públicas o privadas para desarrollar y certificar actividades formativas en materia de prevención de riesgos laborales, BOE, núm. 159, de 4 de julio.

Piotet, F., Policies on health and safety in thirteen countries of the European Union, Dublin, European Foundation for the improvement of living and working conditions, 1996:45.

Plan Intersectorial de Málaga. Disponible en: www.planintersectorialmalaga.com

Real Decreto 39/1997, del Reglamento de los servicios de prevención, de 17 de enero, BOE, núm. 27, de 31 de enero.

Sociedad Española de Epidemiología, La investigación epidemiológica sobre condiciones de trabajo y salud en España, Madrid, INSHT, 1999.

Villanueva, V., Clemente, I., Accidentes de trabajo y factores económicos asociados, Arch. Prev. Riesgos Labor., 2001, 4, 6-15.

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Alvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.

- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera