

Revista Española de Salud Pública

Print ISSN 1135-5727

Rev. Esp. Salud Publica vol.80 no.5 Madrid Sept./Oct. 2006

doi: 10.1590/S1135-57272006000500011

COLABORACIÓN ESPECIAL

Lesiones por accidentes de trabajo, una prioridad en salud pública

Occupational Injury, a Public Health Priority

Fernando G. Benavides¹, Jordi Delclos^{1,2}, Joan Benach¹ y Consol Serra¹

¹Unidad de Investigación en Salud Laboral. Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universidad Pompeu Fabra (Barcelona).

²Division of Environmental and Occupational Health Sciences. The University of Texas School of Public Health (Houston).

[Dirección para correspondencia:](#)

RESUMEN

El objetivo de esta revisión es generar nuevas ideas y acciones que nos ayuden a prevenir este importante problema de salud pública. El número total de LAT con baja en jornada, en los años 2002 y 2003, alcanzó la cifra de 971.406 y 906.638,

respectivamente. Ello significa que cada día se producen en España algo más de 2.500 LAT con baja en jornada y entre 2 y 3 muertes diarias. Aunque el perfil de la población a riesgo de sufrir las LAT está cambiando profundamente en la última década, tanto cuantitativa como cualitativamente, el riesgo de sufrir una LAT se continúa concentrando en las ocupaciones que realizan trabajos de tipo manual, ya sean trabajadores cualificados o no cualificados, de los sectores primario y secundario. Los sobreesfuerzos para las lesiones no mortales y el tráfico para las mortales constituyen las principales formas en que se producen las LAT. La asociación entre temporalidad y riesgo de LAT muestra los efectos negativos sobre la salud de las nuevas formas de organización del trabajo, que enfatizan la desregulación del mercado laboral. Aunque en los últimos años se han puesto en marcha diferentes programas preventivos frente a las LAT, éstos parecen haber tenido un resultado muy limitado. Las actividades preventivas deben concentrarse, tanto en el ámbito de las condiciones de trabajo (micro), como en las políticas públicas de empleo e industriales (macro). En este segundo ámbito es imprescindible incrementar la evaluación en términos de salud de las políticas de empleo e industriales.

Palabras clave: Salud laboral. Políticas de salud. Prevención de riesgos laborales.

ABSTRACT

The aim of this review is to stimulate new ideas and actions for the prevention of this important public health problem. In 2002 and 2003, respectively, the number of non-fatal occupational injuries was 971,406 and 906,638. Thus, every day in Spain there are more than 2,500 non-fatal and between 2 and 3 fatal occupational injuries. Although the profile of the at-risk worker population has changed greatly over the past decade, both quantitatively and qualitatively, the risk of occupational injury still centers on blue collar workers, whether qualified or nonqualified, in the primary and secondary sectors of economic activity. The most common mechanisms of occupational injuries are overexertion for non-fatal injuries and traffic-related for fatal events. The adverse health consequences of new types of employment, which emphasize flexibility and deregulation of the labour market, are exemplified by the association between temporary employment and increased risk of occupational injury. New injury prevention programs have emerged in the last decade, but they appear to have had limited impact. Preventive activities should focus both on working conditions at the company level (micro) as well as on employment and industrial public policies (macro). Greater evaluation is needed of these latter policies.

Key words: Occupational health. Health policies. Occupational risk prevention.

Introducción

Las lesiones por accidentes de trabajo (LAT) siguen constituyendo, una década después de la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), uno de los principales problemas al que se enfrenta la sociedad española en materia de salud laboral¹. Una prioridad que es compartida por otros países del mundo².

En España, para hacer frente a este problema, se han movilizado en los últimos años importantes recursos³, sin que apenas existan estudios que permitan valorar el impacto que estas actividades han tenido en términos de reducción de la incidencia de las LAT. Un trabajo reciente mostraba una tendencia descendente de la incidencia de las LAT mortales entre 1992 y 2002 (4,3% de reducción anual), algo que también se ha observado en otros países desarrollados^{4,5}. Sin embargo, la reducción observada en España no parece deberse a las actividades impulsadas tras la entrada en vigor de la LPRL⁶. El objetivo de este trabajo es revisar, conceptual y empíricamente, el problema de las LAT, con la finalidad de generar ideas y acciones que ayuden a prevenir este importante problema de salud.

Definición y modelo causal

Para empezar, vale la pena hacer algunas precisiones conceptuales que nos ayuden a interpretar mejor los datos disponibles. El hecho de usar el término «lesión por accidente de trabajo» no es casual. Desde hace años, el *British Medical Journal* viene recomendando no utilizar el término «accidente» (*accident at work o work accident*), por sus connotaciones de algo inevitable⁷ ya que todas las LAT son, al menos teóricamente, evitables. Por ello, dicha revista propuso su sustitución por «lesión» (*occupational injury*) y que ha sido ampliamente aceptada. En nuestro caso, la mejor propuesta terminológica probablemente sea «lesión por accidente de trabajo», ya que «lesión laboral» sería, al menos por ahora, difícilmente aceptable, dado que el término accidente de trabajo está extensamente difundido en nuestro entorno. Veamos un ejemplo para poder ver mejor la diferencia conceptual que hay detrás de esta cuestión terminológica.

Por ejemplo, después de investigar un esguince (lesión) sufrido por un trabajador al resbalar (accidente), se encontró que había una mancha de aceite en un pasillo poco iluminado y estrecho (factor de riesgo), junto a la realización de un trabajo a un ritmo elevado (factor de riesgo), lo cual obligaba a ir deprisa

transportando unas herramientas de un lugar a otro de la empresa. Además, el trabajador tenía un contrato temporal, llevaba sólo tres meses en su puesto de trabajo, y trabajaba para una empresa subcontratada por la empresa donde tuvo lugar la LAT.

En esta descripción de una supuesta LAT conviene diferenciar, por un lado, entre las causas, o factores de riesgo, localizadas en las propias condiciones de trabajo (ya sean éstas de tipo estructural: anchura del pasillo; ambiental: iluminación; u organizativas: ritmo de trabajo), llamadas también causas micro, y la forma en cómo se produce el contacto (en nuestro ejemplo, resbalar). Así pues, la forma en cómo se produce el «accidente»: caída, sobreesfuerzo, proyección, corte, pinchazo, etc., no es más que una manera diferente de denominar el mecanismo de cómo tiene lugar la exposición (o contacto) entre los factores de riesgo y el trabajador. Las formas o mecanismos nos orientan hacia las causas, pero no son las causas en sí mismas ([figura 1a](#)).

Por otro lado, junto a estas causas micro, próximas al momento de producirse la lesión y, por lo tanto más inmediatas y visibles, actúan otras causas denominadas estructurales o macro que actúan desde una mayor distancia, ya que se originan en las relaciones laborales (por ejemplo, un contrato temporal) o en la estructura productiva (la existencia de subcontratas), las cuales condicionan claramente las condiciones de trabajo ([figura 1b](#)). Finalmente, en este segundo modelo más complejo habría que tener también en cuenta el papel que puede jugar el sistema sanitario, especialmente la asistencia de urgencias, ya que, una vez se ha producido la lesión, la rapidez y calidad con que se presta esta asistencia condiciona el riesgo de morir o el grado de discapacidad que pueda ocasionar.

Esta diferenciación entre estos ambos niveles de causas, sin perder de vista que las mismas están estrechamente relacionadas, tiene un interés fundamentalmente práctico. Frente a las primeras podemos actuar directamente desde los Servicios de Prevención (siguiendo nuestro ejemplo, mejorando la limpieza, la iluminación y estableciendo ritmos de trabajo adecuados). Sin embargo, la prevención del segundo tipo de causas requiere en numerosas ocasiones, dado su carácter estructural, del diálogo y la presión sociales entre sindicatos, empresarios y administraciones a fin, por ejemplo, de incentivar la contratación indefinida o reducir la subcontratación. Ambos tipos de actividades preventivas no son excluyentes, si no todo lo contrario: complementarias.

Tipos de LAT y población a riesgo

Al valorar la magnitud de las LAT en nuestro país, un primer criterio que se debe considerar es diferenciar entre las LAT que son de tipo mortal y no mortal, incluyendo en esta categoría las leves y graves ya que la información disponible sobre el

pronóstico de la lesión es muy poco fiable⁸. Es además el criterio utilizado por EUROSTAT al procesar la información de las LAT en la Unión Europea⁹. Un segundo criterio es que las LAT hayan ocasionado algún día de baja. En el caso español al menos un día de baja, en el caso de EUROSTAT el criterio es al menos tres días de baja. Un tercer criterio, muy importante, es el momento en que se produce la lesión, que puede ser en jornada de trabajo (durante las horas que establece la relación laboral con la empresa) o *in itinere* (en el camino de casa al trabajo y viceversa). Finalmente, para las LAT en jornada se considera un cuarto criterio como es el lugar donde ocurre, que puede ser en la empresa principal, en otro centro o en desplazamiento durante la jornada de trabajo.

Teniendo en cuenta el conjunto de estas variables, el número total de LAT con baja en jornada en los años 2002 y 2003, alcanzó la cifra de 971.406 y 906.638 episodios, respectivamente ([tabla 1](#)). Ello significa que cada día se producen en España algo más de 2.500 LAT en jornada con baja. Por otra parte el número de LAT mortales en jornada fue de 1.194 en 2002 y 1.021 en el 2003, lo que significa que cada día se produce entre 2 y 3 muertes. En relación a las LAT *in itinere*, que se deben considerar aparte ya que se producen fuera del recinto de la empresa, el número de lesiones mortales fue de 473 en 2002 y de 432 en 2003, lo que representa algo menos del 30% del total de lesiones mortales. También es interesante observar la distribución de las LAT en jornada según el lugar en que se producen, ya que casi el 90% de la LAT no mortales en jornada se producen en el centro habitual y sólo un 4% durante el desplazamiento. Por el contrario, casi el 30% de las LAT mortales se producen durante el desplazamiento frente a algo más del 50% en el centro habitual. Estos datos ponen de manifiesto la relevancia que la seguridad vial, entre otros factores, está alcanzando en relación a las LAT, principalmente mortales¹⁰. Todo ello, no hace más que señalar la relevancia sanitaria de los problemas asociados al tráfico¹¹.

La población a riesgo de sufrir una LAT ha aumentado extraordinariamente en los últimos años. De acuerdo a la Encuesta de Población Activa (EPA), el empleo en España ha pasado de 12,6 millones de personas ocupadas en 1996 a 18,9 millones en 2005. Este fuerte incremento ha sido debido en parte a la incorporación de 3 millones de mujeres al mercado laboral. Según estas mismas estimaciones, en 2005 trabajaban en España alrededor de 7 millones de mujeres. Igualmente, la población ocupada mayor de 60 años ha crecido en un 8%. Estos hechos demográficos, junto a la incorporación de los inmigrantes que en la actualidad representan ya alrededor del 9% del total de la población del país, están cambiando profundamente el perfil de la población laboral española.

Ahora bien, oficialmente la población a riesgo de sufrir una lesión y con derecho a notificarla la constituye únicamente la formada por los trabajadores afiliados a la Seguridad Social con cobertura frente a la contingencia de accidente de trabajo. Esta categoría incluye a los trabajadores por cuenta ajena (asalariados) afiliados al Régimen General o al Régimen de la

Minería del Carbón y para los trabajadores, tanto por cuenta ajena como por cuenta propia (autónomos), de los regímenes especiales de la Agricultura y el Mar. A partir de 2003, también es posible reconocer las LAT en aquellos trabajadores por cuenta propia dados de alta voluntariamente en el régimen especial de autónomos. Esto quiere decir que existe un porcentaje elevado, que aproximadamente representa el 20% de la población ocupada (autónomos sin esta cobertura, funcionarios, etc., a los que hay que añadir quienes trabajan en la economía sumergida), sobre el que no disponemos de información de las LAT. Ello no significa que estos trabajadores se encuentren desprotegidos sanitariamente, pues son atendidos por el Sistema Nacional de Salud¹², sino que la información disponible, al no ser ésta visible, no permite analizar este problema.

La fuente ideal para obtener datos sobre las LAT debería ser la Seguridad Social¹³, que mantiene un registro de los afiliados de manera continua, con carácter obligatorio y único para toda la vida del trabajador. Sin embargo, dado su carácter confidencial, no es fácil acceder a estos datos para un periodo determinado. Además, en este registro no se recopila una variable de análisis tan importante como la ocupación. Por ello, como denominador alternativo al registro de afiliados, es habitual utilizar las estimaciones de la EPA para los trabajadores asalariados¹⁴. Un estudio reciente ha mostrado que, aunque los datos proporcionados por la EPA no se corresponden exactamente con los datos de afiliación a la Seguridad Social -se detectó un 8% más de asalariados en el registro de la Seguridad Social-, la incidencia de las LAT estimadas a partir de los datos de la EPA se correlacionan significativamente ($p < 0,001$) con la incidencia estimada con los datos de afiliación de la Seguridad Social, especialmente por Comunidad Autónoma y actividad económica¹⁵.

Factores de riesgo

Aunque el sistema de información de las LAT experimentó un profundo cambio en 2003¹⁶, incrementándose la cantidad de datos a recoger en cada lesión (54 variables antes versus 71 a partir de entonces), estos cambios no se encuentran todavía suficientemente consolidados¹⁷ por lo que la información actualmente disponible de manera rutinaria sobre las causas es escasa. De manera indirecta, podemos aproximarnos a las condiciones del puesto de trabajo, las causas micro, a través de la ocupación del trabajador y la actividad económica de la empresa, así como a través de la forma en cómo se produce la LAT.

Así, la incidencia media de LAT no mortales en los tres años (2000-2002) anteriores al cambio mencionado presenta importantes diferencias entre las diferentes actividades económicas (figura 2, parte superior). Por ejemplo, se observan incidencias muy elevadas en algunas de ellas, como es el caso

de las industrias extractivas, con una incidencia de 222,9 por 1.000 afiliados, pero también para la construcción (169,2) o en la industria manufacturera (94,1). Otras actividades que, aun con incidencias más bajas que las anteriores, se sitúan por encima de la media española son la pesca (124,2), la hostelería (75,6) y el transporte, almacenamiento y comunicaciones (65,3). En el caso de las LAT mortales ([figura 2](#), parte inferior), observamos que se repite la concentración en algunas de las ramas anteriores, aunque con diferencias en su orden: pesca, con una incidencia de 103,3 por 100.000 trabajadores afiliados, industria extractiva con 35,9, transporte con 25,5 y, en cuarto lugar, la construcción con una incidencia de 19,8. En todos los casos la incidencia fue significativamente más elevada que la media española y esta diferencia no se modifica cuando se incluyen únicamente las lesiones mortales de carácter traumático (datos no mostrados), tras excluir las LAT por infarto o accidente cerebrovascular, que representan un 30% aproximadamente de las LAT mortales.

Respecto a la ocupación, la incidencia de LAT no mortales ([figura 3](#) superior) muestra un patrón muy claro, ya que las incidencias más elevadas se concentran en los trabajadores de la construcción, ya sean éstos no cualificados (198,2 por 1.000 asalariados) o cualificados (164,8), a los que siguen los trabajadores ocupados en la metalurgia (155,5), los trabajadores de la alimentación y la madera (125,8), los maquinistas y conductores (103,6) y, finalmente, los trabajadores cualificados de la agricultura y la pesca (96,2).

Respecto a las LAT mortales ([figura 3](#) parte inferior), se observa una incidencia significativamente por encima de la media española en los trabajadores cualificados de la agricultura y la pesca (38,2 por 100.000) y los maquinistas y conductores (42,6), seguidos de los trabajadores cualificados de la construcción e industria extractiva (18,1), los trabajadores no cualificados de la construcción y peones (16,0) y los metalúrgicos y mecánicos (12,2). Es decir, son las ocupaciones donde se concentran las tareas manuales, sean éstas cualificadas o no cualificadas, de los sectores primario y secundario donde el riesgo es significativamente mayor.

Otra variable que nos permite aproximarnos a las causas relacionadas con el puesto de trabajo (micro) es la forma en cómo se produce el accidente. Así, como observamos en la [figura 4](#), para las LAT no mortales son los sobreesfuerzos los que experimentan un mayor incremento entre 1989 y 2002, convirtiéndose en la forma más frecuente, si bien esta tendencia se ha suavizado en el último año. La segunda forma de LAT continúa siendo la de los choques contra/golpes por objetos, aunque la incidencia se reduce desde un 18,4 por 1.000 en los trabajadores cubiertos en 1999 a un 17,1 y 15,9 por 1.000 en los años 2001 y 2002, respectivamente. De igual manera, la caída de personas continúa siendo la tercera forma de accidentes, mostrando una notoria disminución desde un 17,6 por 1.000 en 1999 al 13,0 y 12,4 por 1.000 trabajadores en 2001 y 2002, respectivamente. El resto de formas en como se producen los accidentes mantiene una tendencia estable. En

este sentido, se puede afirmar que el descenso de la incidencia de las LAT no mortales observada en los últimos años se debe principalmente a la reducción de la incidencia de estas lesiones debidas a caídas de personas y choques/golpes por objetos. Por otro lado, los sobreesfuerzos producidos fundamentalmente por la manipulación de cargas pesadas se han convertido en el principal mecanismo de producción de LAT no mortales, habiéndose observado un fuerte incremento en su incidencia en los últimos años de la década anterior.

Entre las causas que hemos denominado estructurales (macro), hay que destacar el tipo de contrato (indefinido versus temporal), que ha sido identificado como una de las condiciones de empleo con un mayor poder explicativo respecto a la incidencia de lesiones, tanto las mortales como las no mortales¹⁸. Un hecho que podemos observar a lo largo de la última década ([figura 5](#)). Efectivamente, la diferencia entre la incidencia de los trabajadores con contratos indefinidos (44.9 por 1.000 en 2002) respecto a la de los trabajadores con contratos temporales (120,6 por 1.000 en 2002) nos indica que esta última es casi 3 veces superior ([figura 5](#) superior). Esta diferencia de riesgos, con algunas oscilaciones, se ha mantenido a lo largo de todo el periodo en que disponemos de datos, observándose que quien marca esas oscilaciones es la incidencia en los temporales, pues la tendencia en los contratos indefinidos es extraordinariamente estable a lo largo de todo el periodo. En relación a las lesiones mortales ([figura 5](#), parte inferior), el riesgo fue dos veces superior en los temporales, diferencia que se mantiene a lo largo de este mismo periodo. Estudios recientes parecen mostrar que este mayor riesgo se produce porque estos trabajadores, que tienen una experiencia reducida, realizan sus tareas en puestos con peores condiciones de trabajo^{19,20}. Aunque, como sabemos la temporalidad es sólo una dimensión de la precariedad, la cual incluye otras dimensiones de carácter psicosocial. Así, esta asociación entre temporalidad y riesgo de LAT muestra los efectos negativos sobre la salud de las nuevas formas de organización del trabajo, que enfatizan la flexibilidad y la desregulación de las relaciones laborales²¹.

Prevención

En los últimos años, se han puesto en marcha diferentes programas preventivos frente a las LAT en España, principalmente en las distintas Comunidades Autónomas, que son las que tienen actualmente las principales competencias administrativas en materia de prevención de riesgos laborales. El resultado, sin embargo, parece haber sido muy limitado²². Sin duda, a este posible fracaso ha contribuido lo que se ha denominado la «gestoría de la prevención», donde se han dedicado pocos recursos a la prevención primaria y se han realizado muchas acciones formales de tipo burocrático, especialmente en las pequeñas empresas²³.

No obstante, hay que señalar que tras la aprobación de la LPRL en 1995, el marco normativo se ha actualizado, lo que ha tenido como efecto que las LAT se han convertido en un problema con mucha mayor visibilidad política y socialmente inaceptable. De hecho, las numerosas campañas informativas de salud laboral llevadas a cabo por las administraciones central y autonómica se han centrado casi de manera monográfica en las LAT, sin embargo cabe señalar que la efectividad de estas campañas nunca ha sido evaluada. Posiblemente, ha sido la negociación llevada a cabo entre los agentes sociales y el gobierno a través de la mesa de diálogo social, la que ha producido iniciativas de más calado preventivo. Un ejemplo de esto lo representa la reforma del marco normativo para facilitar la integración de la prevención en las empresas²⁴ o el refuerzo de la función de vigilancia y control de la inspección de trabajo con la entrada de los técnicos de las administraciones autonómicas²⁵.

Efectivamente, en la medida que se integre realmente la prevención en la empresa es posible pensar que se podrán mejorar las condiciones de trabajo más frecuentemente relacionadas con las LAT, como son las que dan lugar a sobreesfuerzos, golpes con objetos o caídas de personas, que como vimos anteriormente eran las de mayor incidencia. Igualmente, ayudará en este objetivo la intensificación de las medidas de vigilancia y control en las ocupaciones con un componente de tareas manuales, sean o no cualificadas, así como en aquellas actividades económicas con una alta incidencia como son la industria extractiva, la construcción o la pesca.

Sin embargo, estas medidas con ser necesarias no son suficientes, ya que las condiciones de trabajo en las empresas, los factores de riesgo o causas micro, están condicionadas por causas estructurales, frente a las que son necesarias políticas públicas que influyan positivamente sobre las relaciones laborales y la estructura productiva. Esto es, hay que exigir que los temas de salud laboral estén en el centro de las políticas de empleo (temporalidad, inmigración, conciliación de la vida personal y laboral) e industriales (competitividad, productividad, organización del trabajo). En este sentido, es necesario hacer un seguimiento a las recientes medidas acordadas con los agentes sociales para reducir la temporalidad, de tal manera que podamos evaluar su impacto en la salud de los trabajadores, en términos, por ejemplo, de la incidencia y gravedad de las lesiones por accidentes de trabajo. Los resultados de esta evaluación pueden ayudar a valorar la importancia de las políticas de empleo en la salud, algo que hasta el momento no sucede²⁶. Algo similar ocurre con el seguimiento de las medidas adoptadas para conciliar la vida familiar y laboral, y la valoración de su impacto en términos relacionados con la salud, como por ejemplo a través de la tasa de natalidad, los índices de fertilidad o la edad del primer embarazo. Para alcanzar este objetivo será necesario incrementar la investigación descriptiva y evaluativa de las políticas y actividades que se están llevando a cabo. Los resultados de esta investigación resultan imprescindibles para fundamentar las decisiones políticas a

partir de las evidencias científicas. Ello nos ayudará a ir aprendiendo de los errores y de los aciertos.

Bibliografía

1. Informe sobre riesgos laborales y su prevención. La seguridad y la salud en el trabajo en España. Madrid: Ministerio de la Presidencia; 2001. [[Links](#)]
2. Hämmäläinen P, Takala J, Leena K, Global estimates of occupational accidents. Safety Science 2006; 44:137-56.
3. Durán F, Benavides FG. Informe de Salud Laboral. España, 2004. Barcelona: Atelier; 2005.
4. Loomis D, Bena JF, Bailer AJ. Diversity of trends in occupational injury mortality in the United States, 1980-96. Injury Prevention 2003; 9:9-14.
5. Benavides FG, Benach J, Martínez JM, González S. Description of fatal occupational injury rates in five selected European Union countries: Austria, Finland, France, Spain and Sweden. Safety Science. 2005; 43:497-502.
6. Santamaría N, Catot N, Benavides FG. Tendencias temporales de las lesiones mortales (traumáticas) por accidente de trabajo en España (1992-2002). Gac Sanit 2006; 20:280-6.
7. Davis RM, Pless B. BMJ bans «accidents». BMJ 2001;322:1320-1321.
8. Benavides FG, Serra C. Evaluación de la calidad del sistema de información sobre lesiones por accidentes de trabajo en España. Arch Prev Riesgos Labor 2003;6:26-30.
9. Eurostat. European social statistics -Accidents at work and work related health problems. Data 1994-2000. Luxembourg: European Commision; 2002.
10. Portoles C, Catot N, Benavides FG. Lesiones por accidentes de trabajo asociados al tráfico en Cataluña, 2001-2002. Gac Sanit (en prensa).
11. Plasència A, Cirera E. Accidentes de tráfico: un problema de salud a la espera de una respuesta sanitaria. Med Clín (Barc). 2003;120:378-9.
12. Sevilla F. La univerzalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Documento 86/2006. Madrid: Fundación Alternativas; 2006.
13. Seguridad Social Española. Disponible en: <http://www.seg-social.es>. [Citado el 23 de agosto de 2006].

14. Descripción de la Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en:
<http://www.ine.es/epa02/descrpcion%20encuesta.pdf>. [Citado el 23 de Agosto de 2006].
15. Benavides FG, Catot N, Giráldez MT, Castejón E, Delclós J. Comparación de la incidencia de lesiones por accidente de trabajo según la EPA y el Registro de Afiliados a la Seguridad Social. Arch Prev Riesgos Lab. 2004;7:16-21.
16. Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre, por la que se establecen nuevos modelos para la notificación de los accidentes de trabajo y se posibilita su transmisión por procedimientos electrónico. BOE núm. 279, 21/11/2002.
17. López-Jacob MJ, Garcia AM, Garcia J. Nuevo sistema de notificación de accidentes de trabajo: análisis de la cumplimentación 2003-2004. Disponible en
<http://www.ccoo.es/istas/> [Citado el 30 de enero de 2006].
18. Boix P, Orts E, López MJ, Rodrigo F, Linares PJ. Modalidades de contratación y siniestralidad laboral en España en el periodo 1988-1995. MAPFRE Seguridad. 1998;69:15-27.
19. Virtanen M, Kivimäki M, Virtanen P et al. Temporary employment and health: a review. Inter J Epidemiol. 2005;34:610-622.
20. Benavides FG, Benach J, Muntaner C, Delclos GL, Catot N, Amable M. Association between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms? Occup Environ Med 2006; 63:416-21.
21. Amable M. La precariedad laboral y su impacto en la salud . Un estudio en trabajadores asalariados en España. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra; 2006.
22. Rodrigo F, Gonzalez J, Dalle M. Políticas, actividades y recursos de salud laboral en las Comunidades autónomas. Disponible en:
<http://www.istas.ccoo.es/descargas/InformeFinalCCAA.pdf>. [Citado 23 de Agosto de 2006].
23. Castejón E, Crespán, X. Diagnòsis. Accidents de Treball. El perquè de tot plegat. Barcelona: Enginyers Industrials de Catalunya; 2005.
24. Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de prevención de riesgos laborales. BOE núm. de 13/12/2003.
25. Resolución de 11 de abril de 2006 (MTAS) de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, sobre el Libro de Visitas de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social. BOE núm. 93 de 19/04/06.

26. Observatorio de seguimiento del programa de reforma:
mercado de trabajo y dialogo social. Secretaria General de
Empleo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en:
www.empleo.mtas.es. [Citado el 23 de agosto de 2006].



Correspondencia:

Fernando G. Benavides
Unidad de Investigación en Salud Laboral.
Universidad Pompeu Fabra (Barcelona)
fernando.benavides@upf.edu

© 2008 MSC

Paseo del Prado, 18-20
28071 Madrid - Spain
Tel.: +34 91 596 41 75
Fax: +34 91 360 13 61



resp@msc.es