

# *La vigilancia de la salud, en la encrucijada*

---

Carlos Gómez Zunzunegui

*“Los cielos no ayudan al hombre que no quiere actuar”*  
Sófocles

Desde 1996, cuando entró en vigor la nueva normativa de prevención de riesgos laborales, que significó pasar de una cultura de la reparación del daño a una cultura de la prevención del daño, muchas empresas han iniciado actuaciones preventivas. Sin embargo, como recoge el Libro Blanco de la Vigilancia de la Salud para la prevención de riesgos laborales, aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en diciembre de 2003, el nuevo modelo de vigilancia de la salud es una de las actuaciones preventivas menos implantadas, aunque la necesidad del trabajo interdisciplinar y la evolución de los reconocimientos médicos hasta la vigilancia de la salud son cuestiones prácticamente indiscutibles, su aplicación práctica dista mucho de ser una realidad. Trascibo los aspectos más significativos del momento actual de la vigilancia de la salud

de los trabajadores (VST), analizados en el mencionado Libro.

La VST debería ser específica en función de los riesgos, pero, en su mayor parte, aún no es ni en función de los riesgos laborales ni de las características personales de los trabajadores. No existen datos suficientemente representativos sobre estos aspectos de la vigilancia de la salud que se realiza en las empresas aunque, como se ha comentado, se considera que la mayoría de los reconocimientos son aún inespecíficos y que la implantación del uso de protocolos de vigilancia sanitaria específica por riesgos laborales es parcial, tanto porque no llega a todos los trabajadores, como porque a los que llega sólo se realiza la vigilancia de la salud en función del riesgo o riesgos más frecuentes o evidentes, y no frente a todos los posibles. A pesar de todo ello, el grado de utilización de los protocolos de vigilancia sanitaria es cada vez mayor, por lo

que debe entenderse que la VST que se hace va siendo más específica.

La vigilancia de la salud de los trabajadores no parece haber mejorado mucho en lo referente a cobertura, parece que se ha avanzado más en cuanto al contenido de esa vigilancia, aunque aún perdura como cultura mayoritaria en las empresas la tradicional consideración de la VST como la actividad de reconocimientos genéricos o prácticas asistenciales, que no se corresponden con el contenido y práctica de la VST para la prevención de riesgos laborales.

Al realizar la VST, los protocolos más utilizados son los editados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, fruto del trabajo desarrollado por las Administraciones Sanitarias a través del Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del CISNS. De entre ellos, por orden de mayor a menor, los más utilizados son: pantallas de visualización de datos, ruido, manipulación de cargas, posturas forzadas y movimientos repetitivos. La VST específica en función de las características del trabajador no se realiza hasta que no aparecen problemas de salud concretos, y generalmente solo en relación con ellos.

Vertientes que abarca:

- La individual, que es casi la única que se realiza, con actuaciones cada vez más protocolizadas y sustentadas en la evidencia científica, aunque queda mucho camino por recorrer. Con una calidad mejorable en cuanto a la aplicación de protocolos, cumplimentación de la historia clínico-laboral, etc.
- La colectiva: En la práctica, la vigilancia de la salud colectiva es aún casi inexistente. Pocas veces se analizan, con criterios epidemiológicos, los resultados de la vigilancia de la salud de colectivos de trabajadores y de la evaluación de los riesgos a que están expuestos, y casi nunca se con-

frontan ambas informaciones. En muchos casos esas informaciones se encuentran dispersas, como cuando se trata de servicios de prevención diferentes y/o la coordinación no es adecuada, lo que dificulta las actuaciones de vigilancia colectiva, con criterios epidemiológicos y su integración en la empresa. En la mayoría de los casos no existe ni la necesaria estandarización para la recogida de información, con lo que los resultados no pueden ser comparados y servir para la vigilancia colectiva. De todo esto, es posible deducir que el objetivo principal de la VST, que es la detección precoz de daños para la salud derivados del trabajo, aún no se cumple del todo. Por tanto, aún no tiene para la prevención la utilidad esperada.

La vigilancia de la salud no es vista por trabajadores y empresarios como un instrumento útil e imprescindible, a la vez que eficaz, inseparable del conjunto de actuaciones enmarcadas en la política preventiva de la empresa. La asimilación de la vigilancia de la salud, en los términos que se establecen en la normativa, está resultando difícil y lenta, y no solo para los empresarios sino también para los trabajadores, e incluso para algunos profesionales acostumbrados a otras prácticas. Muchas empresas no ven su utilidad, continúan viendo la VST como una cuestión de cumplimiento legal, como la actividad más cara de la PRL. La consideración de los exámenes de salud como tarea fundamental, ensombrece en muchos casos labores tan destacables como la de información, que el personal sanitario está llevando a cabo con todas las partes implicadas, y que está introduciendo cambios en su actividad. En los exámenes de salud se están modificando los criterios de realización, de forma que el conocimiento del puesto de trabajo pasa a ser un referente básico para el contenido y objetivo del examen.

De la comparación de la exposición laboral y del estado de salud se deriva un juicio sobre la buena, mala o mejorable situación de las condiciones de trabajo, y sobre la aptitud del trabajador para el desempeño de esas tareas. Sin embargo, este cambio es difícil que sea percibido por los no sanitarios. En muchas ocasiones, tanto empresarios como trabajadores, siguen reclamando y haciéndose su reconocimiento «anual», con el contenido de pruebas no específicas en relación con los riesgos laborales que tiene, tales como colesterol, ácido úrico, electrocardiograma, etc. Con la sensación de seguridad total que les proporciona y que, por supuesto, es falsa. El cambio supone en muchos casos darles la impresión de que ahora les hacen menos pruebas, y encima puede que le digan que hasta dentro de dos o más años, si no pasa nada, no les hacen el siguiente reconocimiento, lo que hace que su valoración, si no se da la adecuada explicación, sea que «vamos a peor». En el caso del empresario, la visión en muchas ocasiones es de que le han hecho firmar un contrato para «lo de los reconocimientos», que además ahora tiene que pagar. El reconocimiento dura más, mayor pérdida de tiempo de trabajo, y hay que hacerlos en una clínica y no «me los hacen en la propia empresa»; además, pueden llegar quejas de trabajadores, por lo comentado antes, con lo que el «reconocimiento» que era un valor de paz socio-laboral se convierte en una fuente de conflicto.

No se realizan estudios de coste-beneficio de las actividades de vigilancia, por tanto no se conoce si reporta los beneficios, no solo preventivos, que de ella cabría esperar.

Aunque es bien conocido que la vigilancia de la salud no tiene sentido como instrumento aislado de prevención, la vigilancia de la salud de los trabajadores aún no constituye uno de los pilares de la prevención de riesgos

laborales, a pesar de estar así establecido en el artículo 22 de la propia Ley. En la práctica, existen grandes dificultades para integrar la Vigilancia de la Salud en la empresa con el resto de especialidades preventivas. Muchos sanitarios sí ven la necesidad de la integración, al menos porque deben utilizar las informaciones generadas por las actividades de los demás técnicos para programar las propias. Según los resultados del estudio Covalmet, respecto a las funciones que vienen recogidas en el Reglamento de los Servicios de Prevención, es destacable la baja participación de la Medicina del Trabajo en aquellas funciones no identificadas tradicionalmente como sanitarias. Es el caso de la evaluación inicial de riesgos y de la selección de equipos de protección individual, lo que indica una desviación importante del espíritu de la Ley 31/1995 y del propio Reglamento. Por contra, la participación en aquellas funciones tradicionalmente sanitarias es elevada, siendo destacable la participación, además de en los exámenes de salud de trabajadores propiamente dichos, en el estudio de las causas de las enfermedades, asesoramiento a los comités de salud y seguridad, participación en la formación de los trabajadores, etc.

Si se quiere hacer bien la prevención de riesgos laborales no se pueden seguir observando el ambiente de trabajo y los trabajadores como algo separado, como se ha venido haciendo tradicionalmente. La integración de todas las actividades preventivas es todavía una asignatura pendiente, siendo fundamental para la adecuada prevención de riesgos laborales.

Esta realidad descrita en el Libro Blanco, creo que obedece a las siguientes causas:

En primer lugar, se está produciendo un cambio de modelo; introducimos la vigilancia de la salud a partir de un sistema de reconocimientos médicos inespecíficos; que todo hay que decirlo, se estaba agotando, pues muchos

trabajadores sólo los realizaban por los resultados de los análisis de sangre (sobre todo el colesterol) y el electrocardiograma y que cuando recibían un resultado normal, les transmitía una falsa sensación de buena salud, y en el caso del electrocardiograma dada su baja sensibilidad y especificidad como prueba de cribado en personas sanas, aparecen muchos diagnósticos erróneos, que generan muchas interconsultas con el médico de cabecera o el especialista y que suponen pérdida de tiempo de trabajo y angustia para el trabajador; en otros casos se solicitan pruebas de cribado de dudosa utilidad preventiva como: ecografías, densitometrías, PSA, etc. El hecho es que estos reconocimientos eran aceptados por los trabajadores y a su vez eran elementos de paz social para la empresa, a la que no ocasionan otro problema que una pequeña pérdida de tiempo de trabajo. Los procesos de cambio cultural son lentos y si son contracorriente aun más, pero también es cierto que una vez establecidos son estables y duraderos; este cambio de modelo es el problema que se ha planteado con la vigilancia de la salud.

En segundo lugar, la creación de los Servicios de Prevención ha introducido criterios de competencia empresarial, que si bien en algunos aspectos son positivos, ha supuesto que las empresas deben pagar por algo que antes era gratuito y que lógicamente genera un rechazo, al tiempo que aumenta, por parte de las empresas, la exigencia de calidad en el servicio que se les presta, lo que aumenta las quejas y genera problemas a los departamentos comerciales de los servicios de prevención, y esto induce a señalar al nuevo modelo de la VST como causa de todos los males y en consecuencia a frenar el desarrollo de su implantación. Por otro lado, en un marco de competencia empresarial, si los sistemas de control son insuficientes, se produce una guerra de precios entre los Servicios de Prevención que lógica-

mente puede afectar a la calidad de sus prestaciones y a la imagen social de los mismos.

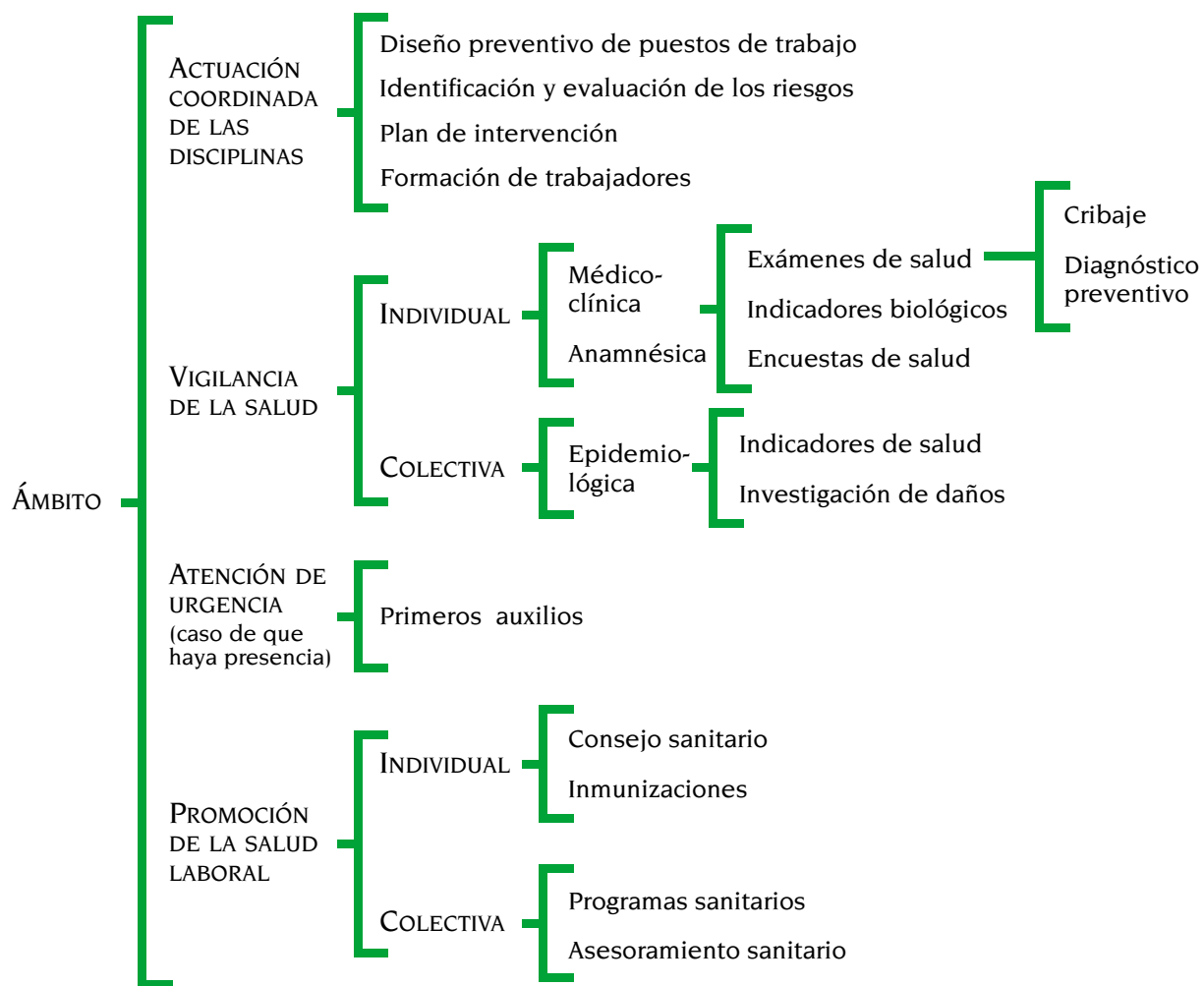
Sea como sea, la Vigilancia de la Salud es una realidad y una necesidad y más despacio de lo que nos gustaría pero se está implantando, gracias a que cuenta con el marco legal adecuado, con el respaldo de la evidencia científica y con el apoyo unánime de los interlocutores sociales, la Administración y las sociedades científicas; por lo que superadas las lógicas resistencias iniciales se acabará imponiendo, para lograr esto, en el Libro Blanco de la Vigilancia de la Salud se marcan los siguientes objetivos:

1. Conseguir la cobertura en la especialidad de Medicina del Trabajo para todos los trabajadores.
2. Mejorar la calidad de la práctica de la vigilancia específica de la salud de los trabajadores.
3. Adquirir, en el ámbito de cada Comunidad Autónoma, el compromiso para la mejora de la vigilancia de la salud de los trabajadores.
4. Organizar Programas Integrales de Vigilancia de la Salud Postocupacional.

Con el fin de alcanzar estos objetivos, se proponen unas actividades entre las que se encuentra: “Difundir en los diversos ámbitos (Administraciones públicas, trabajadores y sindicatos, empresarios y sus asociaciones, ...) la importancia y los contenidos de la Medicina del Trabajo sobre la seguridad y salud laboral. Recaltar que: la vigilancia de la salud de los trabajadores es la pieza fundamental, pero no la única, de dicha especialidad y además debe utilizar diversas técnicas” (Tabla 1, de la página siguiente).

A esta difusión, quiero contribuir con este artículo y para ello es necesario en primer lugar, definir lo que es la vigilancia de la salud. En la Nota Técnica de Prevención 471 “*La vigilancia de la salud en la normativa de pre-*

**TABLA 1. ACTIVIDADES DEL ÁREA SANITARIA DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN EN FUNCIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES EN EL MARCO DE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN (ARTS. 22 Y 31 DE LA LPRL, Y ARTS. 4, 5, 6, 9, 37, 38 Y 39 DEL RSP).**



*vención de riesgos laborales*” se define así: “La vigilancia de la salud es uno de los instrumentos que utiliza la Medicina del Trabajo para controlar y hacer el seguimiento de la repercusión de las condiciones de trabajo sobre la salud de la población trabajadora. Como tal es una técnica complementaria de las correspondientes a las disciplinas de Seguridad, Higiene, y Ergonomía / Psicosociología; la vigilancia de la salud no tiene pues sentido como instrumento aislado de prevención, ha de integrarse en el Plan de Prevención Global de la empresa. La vigilancia de la

salud consiste en la recogida sistemática y continua de datos acerca de un problema específico de salud; su análisis, interpretación y utilización en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud”. En el ámbito de la salud laboral, esta vigilancia se ejerce mediante la observación continuada de las condiciones de trabajo (riesgos) y de los efectos de los mismos sobre el trabajador (daños); la disposición adicional primera de la LPRL se esfuerza en trazar una divisoria entre los conceptos, en materia de prevención de riesgo y daño y las nociones en

materia de Seguridad Social de accidente de trabajo y enfermedad profesional (reparación). Es decir, la vigilancia de la salud no se limita al estudio de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, sino que se amplía su campo de acción a los daños derivados del trabajo, es decir, enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo. Para valorar los daños personales que un riesgo puede generar estimamos la probabilidad/frecuencia de que se produzcan lesiones y la gravedad del daño. En la valoración de los riesgos que representan los contaminantes ambientales hay dos factores que resumen la potencialidad agresiva: La dosis (cantidad de contaminante absorbido por el sujeto) y la respuesta (porcentaje de personas que padecerán un determinado daño dentro de un determinado periodo de tiempo). La medición de las dosis muchas veces es difícil para los higienistas y existe escaso conocimiento de las respuestas para un gran número de contaminantes, esto hace necesario contar con la valoración médica individualizada para el seguimiento de las consecuencias de este tipo de riesgos.

El término “vigilancia de la salud” engloba una serie de técnicas con objetivos y metodologías distintas. Existen dos tipos de objetivos: los individuales y los colectivos (Fig. 1). Los primeros están relacionados con el sujeto al que se realiza el reconocimiento médico y los segundos con el grupo de trabajadores. Aunque en la práctica se les ha de conceder la misma importancia, la repercusión de cada uno de ellos en el terreno de la prevención es bien distin-

ta. Tres son los objetivos individuales de la vigilancia de la salud:

1. La detección precoz de las repercusiones de las condiciones de trabajo sobre la salud.
2. La identificación de los trabajadores especialmente sensibles a ciertos riesgos.
3. La adaptación de la tarea al individuo.

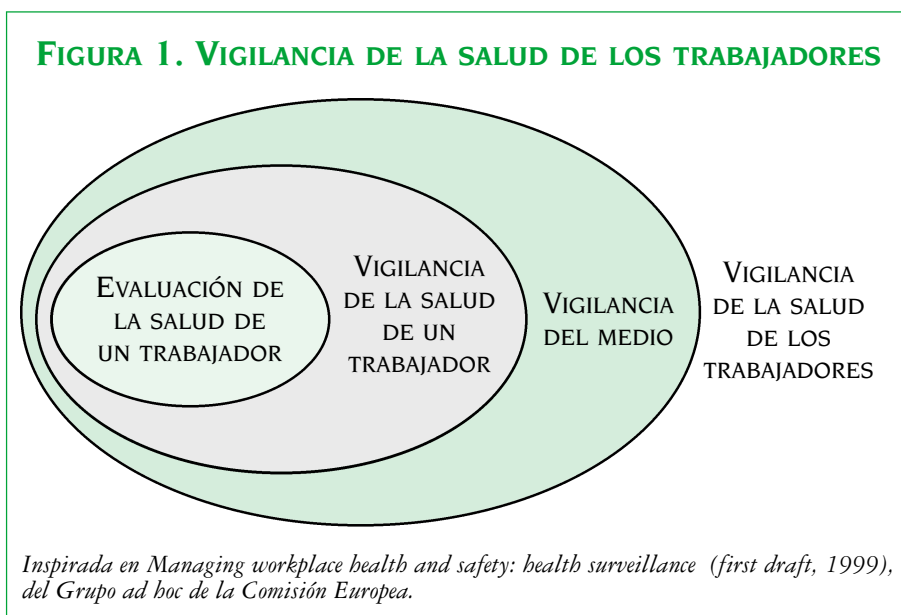
La valoración colectiva de los resultados permite valorar el estado de salud de la empresa, dando respuesta a las preguntas:

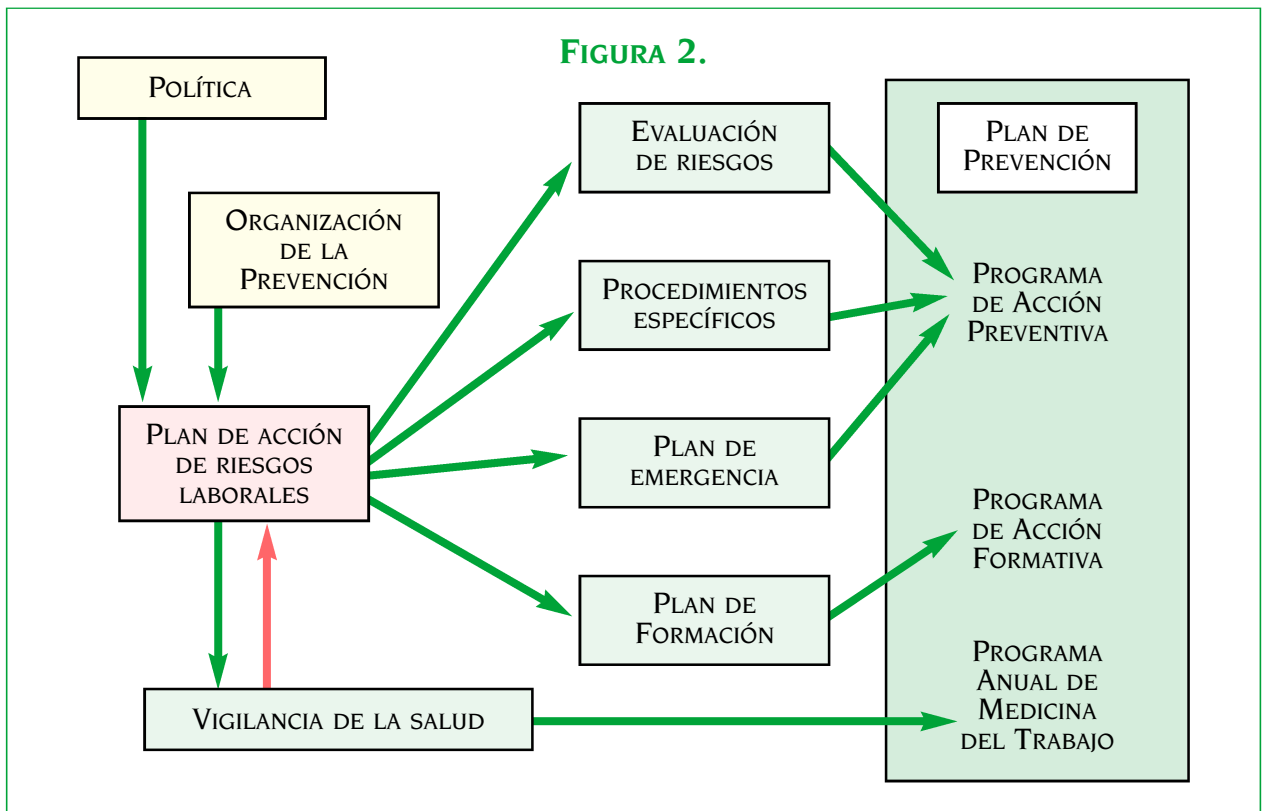
1. ¿Quién presenta alteraciones?.
2. ¿En qué lugar de la empresa?.
3. ¿Cuándo aparecen o aparecieron?.

Ello hace posible establecer las prioridades de actuación en materia de prevención de riesgos en la empresa, motivar la revisión de las actuaciones preventivas en función de la aparición de datos en la población trabajadora y evaluar la eficacia del plan de prevención de riesgos laborales (Fig. 2, de la página siguiente), a través de la evolución del estado de salud del colectivo de trabajadores.

En resumen, la vigilancia de la salud nos ayuda a:

- Identificar los problemas: en sus dos dimensiones, la individual (detección precoz, trabajadores susceptibles, adaptación





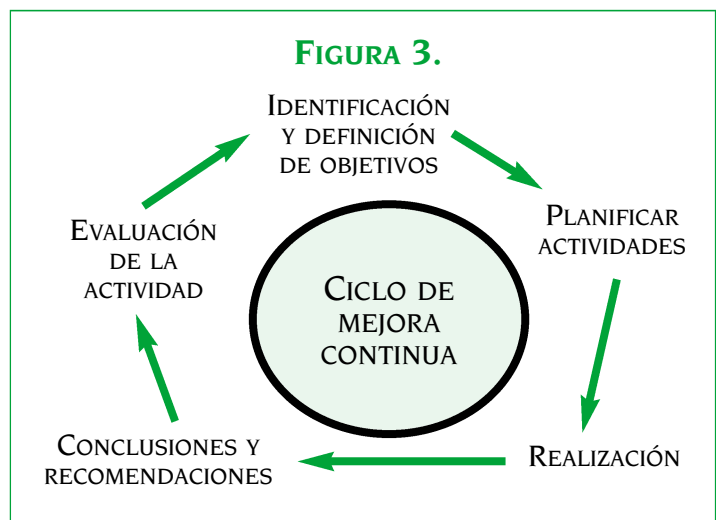
de la tarea) y la colectiva (diagnóstico de situación y detección de nuevos riesgos)

- Planificar la acción preventiva: estableciendo las prioridades de actuación.
- Evaluar las medidas preventivas: controlando las disfunciones o, lo que es lo mismo, sirviendo de alerta ante cualquier eclosión de lesiones pese a la existencia de unas condiciones de trabajo en principio correctas y evaluando la eficacia del plan de prevención favoreciendo el uso de los métodos de actuación más eficaces.

La vigilancia de la salud no tiene sentido como instrumento aislado de prevención. Ha de integrarse en el Plan de Prevención global, recibiendo información y facilitándola a su vez a los otros programas que constituyen dicho plan (seguridad, higiene, ergonomía, psicología aplicada). En la elaboración de un programa de

vigilancia de la salud se deben tener en cuenta las siguientes fases (Fig. 3 y tabla 2, en la página siguiente)

1. Determinación de objetivos: tanto los individuales como los colectivos. A modo de ejemplo diremos que los principales objetivos colectivos de la vigilancia de la salud en la empresa son la valoración del



**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA DE LA SALUD EN LOS DISTINTOS MOMENTOS DEL PROCESO PREVENTIVO**

FASES DEL PROCESO PREVENTIVO	VIGILANCIA DE LA SALUD		OBSERVACIONES
	ACTIVIDAD PRINCIPAL	OTRAS ACTIVIDADES	
IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Indicadores sanitarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Encuestas de salud</li> <li>● Indicadores biológicos de exposición</li> </ul>	Caso especial: exámenes de salud previos a la asignación de nuevas tareas
EJECUCIÓN DEL PLAN DE PREVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Screening</li> <li>● Indicadores biológicos</li> <li>● Encuestas de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Investigación de daños</li> </ul>	Reconocimientos periódicos Historia clínico-laboral Protocolos específicos Documentación
VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE LA PREVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Indicadores sanitarios</li> <li>● Investigación de daños</li> <li>● Indicadores biológicos</li> </ul>		Caso especial: evaluación de salud tras baja prolongada por enfermedad
ATENCIÓN PERSONALIZADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico preventivo</li> <li>● Indicadores biológicos</li> <li>● Investigación de daños</li> </ul>		Caso especial: exámenes de salud post-ocupacionales  Consejo sanitario

estado de salud de los trabajadores, la disponibilidad de una alerta sobre posibles situaciones de riesgo y la evaluación de la eficacia del plan de prevención.

2. Determinación de actividades: siempre en relación a los objetivos y a los mínimos legales exigidos, deberemos decidir el contenido de la vigilancia de la salud que dependerá naturalmente de las características tanto del riesgo como de la alteración derivada del mismo, así como de la población y de los recursos humanos, técnicos y económicos.
3. Realización: siempre por personal sanitario cualificado –art. 22.6 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) y 37.3 del Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP)–.

4. Elaboración de conclusiones y recomendaciones ateniéndonos a lo consignado en la LPRL (art. 22.4 y 23) y en el RSP (art.15.2) en lo concerniente a confidencialidad y documentación.

5. Evaluación de la actividad en relación a la cumplimentación de objetivos, al contenido de la vigilancia y a los recursos utilizados. Es decir, se deben evaluar tanto el proceso como el impacto y los resultados de la acción preventiva.

A. Menéndez analiza el *papel del conocimiento experto en la gestión y percepción de los riesgos laborales* y dice: “la visión tremendamente restrictiva de los problemas de salud laboral, al excluir en su construcción los condicionantes sociales y biográficos del trabajo; la consagración de un modo de abordar el tema basado en

el control técnico de los riesgos y en la compensación de los daños residuales; el menosprecio por el conocimiento local o el énfasis en el <factor humano> como determinante causal son algunos rasgos de la visión experta de los riesgos que han contribuido a hacer que en las sociedades contemporáneas la salud laboral no se considere un problema”. Pues bien al estar alejados de la realidad de la empresa, los servicios de prevención ajenos pueden derivar a este enfoque de la percepción de los riesgos laborales y esto puede hacer que los médicos del trabajo de dichos servicios adquieran una visión restrictiva de los problemas de salud laboral, lo que inexorablemente supondrá un desconocimiento de los problemas reales de los trabajadores y de las empresas, a los que obviamente no podrán dar respuesta y no cumplirán adecuadamente las funciones que la sociedad les encomienda. Urge adoptar medidas para que esto no suceda, tal vez Ramazzini, considerado el padre de la Medicina del Trabajo nos pueda aportar alguna solución en su *Tratado de las Enfermedades de los Artesanos (De morbis artificum)* escrito en el año 1713 donde dice: “Yo por mi parte, hice lo que pude en la medida de mis fuerzas y no consideré un desdoro adentrarme en los sórdidos talleres y –dado que en nuestros tiempos la Medicina, toda ella, se ha reducido a puro mecanismo y en nuestras escuelas no resuenan mas que las voces que abogan por el automatismo– contemplar los secretos de las profesiones mecánicas”.... “de los tugurios de los artesanos –que en este aspecto son como centros escolares de los que uno sale más instruido– he intentado sacar lo que mejor pueda saborear el paladar de los curiosos y –lo que es de mayor importancia– suministrar precauciones médicas tanto curativas como preventivas en relación con las enfermedades que suelen aquejar a los artesanos” Es necesario que los médicos del Trabajo no pierdan el contacto con la realidad de la empresa.

La importancia de que las políticas de salud laboral aborden los problemas reales de los trabajadores es una de las preocupaciones de la Comisión de las Comunidades Europeas que en la Comunicación de la Comisión: “*Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)*” dice: “La salud y la seguridad en el trabajo constituyen hoy en día uno de los ámbitos más densos e importantes de la política social de la Unión. La estrategia que aquí se presenta para el periodo 2002-2006 presenta tres rasgos novedosos:

- adopta un enfoque global de cara al bienestar en el trabajo, teniendo en cuenta los cambios registrados en el mundo del trabajo y la emergencia de nuevos riesgos –especialmente de carácter psicosocial–, y su objetivo consiste en mejorar la calidad del trabajo, uno de cuyos componentes esenciales es un entorno de trabajo sano y seguro;
- se basa en la consolidación de una cultura de prevención del riesgo, en la combinación de una variedad de instrumentos políticos –legislación, diálogo social, vías de progreso, localización de ejemplos de mejores prácticas, responsabilidad social de las empresas e incentivos económicos– y en la constitución de asociaciones de cooperación entre todos los agentes pertinentes en el ámbito de la salud y la seguridad;
- demuestra así que una política social ambiciosa constituye un factor de competitividad, y que, por el contrario, los costes que genera la falta de intervención política suponen una pesada carga para las economías y las sociedades”.

Para que esta política pueda hacerse realidad es necesario que la vigilancia de la salud sea eficaz en los fines que debe cumplir y racional en los medios y recursos que se utilicen.

## BIBLIOGRAFÍA

- “*Libro Blanco de la vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales*”. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones. 2004.
- Alfredo Montoya Melgar. “*Curso de Seguridad y salud en el trabajo*”. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U. año 2000.
- Angel Cárcoba Alonso. “*De la seguridad e higiene a la salud laboral*”. La Mutua. Revista técnica de salud laboral y prevención, nº 12- Segunda Época- Año 2005.
- Montserrat García Gómez. “*El nuevo enfoque de la vigilancia de la salud de los trabajadores*”. Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo. Vol.1,Nº 0 -2004.
- M<sup>a</sup>Dolores Solé Gómez. Tomás Piqué Ardanuy. Montserrat Bulto Nubiola. NTP 471: “*La vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales*”. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo.
- Alfredo Menéndez. “*El papel del conocimiento experto en la gestión y percepción de los riesgos laborales*”. Archivos de Prevención de riesgos laborales, volumen 6, número 4 Octubre-Diciembre 2003.
- Bernardino Ramazzini. “*Tratado de las Enfermedades de los Artesanos*”. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. 1999.
- “*Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo : una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)*”. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas, 11.03.2002.COM(2002) 118 final.



“Y aún dicen que el pescado es caro”. 1894.  
Joaquín Sorolla Bastida (1863-1923).  
Valencia.