

## Reflexiones sobre la incapacidad y aptitud laboral. Nuevas sinergias entre medicina evaluadora y medicina laboral. Historia clínica laboral única. La incapacidad laboral, un continuo evolutivo

Iñaki Korta Murua

Jefe del Área Sanitaria del Servicio de prevención de C.A.F. S.A.  
País Vasco.

### Correspondencia

lkorta@caf.net

---

### Resumen

---

Siendo como es gran parte de la actividad de los médicos evaluadores del INSS íntimamente relacionada o incluso fundamentada en la relación entre el trabajador en activo y sus condiciones de trabajo generales y particulares resulta llamativa la ausencia de un mecanismo normalizado de comunicación con los especialistas en Medicina del Trabajo de los Servicios de Prevención cuyo objeto de actuación son precisamente los trabajadores y sus condiciones laborales. Se defiende que aquellos agentes de la medicina evaluadora, preventiva o asistencial que intervienen en la toma de decisiones sobre el estado psico-físico de una persona y las condiciones laborales, deberían disponer de toda la información necesaria de ambas para que sus resoluciones sean ajustadas a la realidad y por tanto más justas. El Médico del Trabajo del Servicio de Prevención es el especialista que dispone de la información sobre las condiciones laborales y quien mejor sabe interpretarlas. La información sobre las mismas debería de partir desde el Médico del Trabajo hacia el resto de los agentes. Se presentan algunas experiencias dirigidas a normalizar el flujo de información sobre condiciones laborales y estado de salud entre los diferentes interlocutores. Partiendo del principio de que la salud del individuo es única y está conformada por todo aquello que le afecta, tanto en su actividad profesional como en su vida extralaboral en un complejo juego de interrelaciones que se influyen y modifican de forma dinámica y continua, se plantea el interés por el desarrollo de una historia clínica única, compartida en aspectos considerados básicos y que permita una comunicación rápida, eficiente y dinámica entre todos los agentes que intervienen en la salud de un trabajador, aunque en la actualidad resulte una quimera. De camino hacia ese objetivo, se evidencia la necesidad previa de elaboración de un modelo de Historia Clínico-Laboral Única y se describen algunas acciones encaminadas hacia este objetivo.

**Palabras Clave:** *Medicina del Trabajo, Medicina Evaluadora, Historia Clínica Única. Historia Clínico-Laboral Única.*

---

### Abstract

---

Given that a large part of the activity of the National Institute of Social Security's (INSS) medical evaluators is closely linked to or even based on the relationship between active employees and their general and specific working conditions, it is striking that there is no standardised mechanism for communication with specialists in Occupational Medicine from the Risk Prevention Services whose activities are specifically focussed on workers and their working conditions. It is claimed that those agents of evaluative or preventive medicine or medical care who are responsible for making decisions about the psychological and physical condition of a person and their working conditions should have all of the necessary information about both, to ensure that their decisions are based on reality and are therefore fairer. The Risk Prevention Service's Occupational Physicians are the specialists with the information about working conditions and are the people who are best equipped to interpret it. The information about these conditions should be shared by Occupational Physicians with the rest of the agents. We present experiences that are aimed at standardising the flow of information about working conditions and health conditions between the different parties. Based

on the principle that the health of an individual is unique and is shaped by everything that affects it, both in their professional activity and their life outside the workplace, in a complex set of interrelationships that are dynamically and continuously influenced and modified, we propose that it may be beneficial to develop a single medical history, sharing certain aspects that are considered to be basic and enabling fast, efficient and dynamic communication between everyone who plays a role in the health of a worker, although at the moment this is little more than a pipe dream. Before achieving that goal, we show that it will first be necessary to create a Single Medical-Occupational History, and we describe a number of actions aimed at meeting this objective.

**Keywords:** *Occupational Medicine, Evaluative Medicine, Single Medical History. Single Medical-Occupational History.*

Resulta un asunto complicado dar respuesta al objetivo de una mesa con un título tan extenso como la presente en la que se mezclan asuntos que aparentemente no tienen una clara interrelación.

Aceptado el reto, inmediatamente se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál y cómo es la relación que mantenemos los Médicos del Trabajo de los Servicios de Prevención con los Médicos Evaluadores del INSS?

Dado que no existe un modo formalizado de mantener dicha relación, al menos en mi experiencia, la misma resulta muy variable dependiendo con demasiada frecuencia de la presencia o ausencia de relaciones personales entre médicos de ambas áreas. De este modo nos encontramos con diferentes modelos de relación:

- Muy frecuentemente, de Ignorancia Mutua. Cada uno realiza sus funciones sin tener en cuenta la del otro en sus decisiones.
- En otras ocasiones de Enfrentamiento. Lo que opina o decide uno es contrario a lo que opina o decide el otro provocando una “lucha de poderes”.
- Eventualmente de Distanciamiento. Lo que opine o decida el otro no influye para nada en lo que yo vaya a decidir aunque me vea afectado por ello.
- De Contrapeso. Las consecuencias de las decisiones de uno procuran compensarse de la mejor manera por el otro.
- Y en pocas ocasiones de Colaboración. Tanto uno como otro comparten información para desarrollar mejor sus funciones específicas.

Curiosamente, un simple repaso a las mesas de este congreso:

- la capacidad o incapacidad para trabajar (mesa 1)
- la gestión de la Incapacidad Transitoria por cualquier contingencia, pero especialmente por la profesional (mesa 2)
- los cambios en el perfil del absentismo en relación con los cambios socio-laborales generales y específicos (mesa 3)
- la valoración de los requerimientos psico-físicos para el trabajo o la profesión (mesa 4)
- la declaración de sospecha de EP o la notificación de EEPP (mesa 6)
- o la determinación de contingencia de bajas laborales o la calificación de aptitud

muestra cómo, todas ellas, son asuntos o áreas de actuación en las que resulta obvio que es absolutamente necesario un conocimiento preciso de los requerimientos profesionales generales y las condiciones laborales específicas, además de la situación psico-física del trabajador y su historial de enfermedades o lesiones padecidas.

Cómo puede suceder, por lo tanto, que siendo como es gran parte de la actividad de los médicos evaluadores del INSS íntimamente relacionada o incluso fundamentada en la relación entre el trabajador en activo y sus condiciones de trabajo generales y particulares, no se haya estandarizado una relación normalizada con los especialistas en Medicina del Trabajo de los Servicios de Prevención cuyo objeto de actuación son precisamente los trabajadores y sus condiciones laborales.

Más allá de algunos intentos voluntariosos en desarrollar herramientas de colaboración específicas de las que luego hablaremos y de relaciones personales más o menos fluidas, la realidad es que no hay una relación formal, normalizada, directa, entre ambos agentes.

... Y en este escenario, poco a poco, se han ido interponiendo cada vez más intermediarios en esa relación, dando lugar a un distanciamiento progresivo en lugar de un deseado, creo, acercamiento.

Algunas de las cuestiones que se plantean en estas mesas, se dirimen con la intervención única de la medicina evaluadora (Médico del INSS, determinando la

capacidad para trabajar o la contingencia de una enfermedad) o de la medicina preventiva (Médico del Trabajo del SP, calificando la aptitud, detectando EEPP, modificando las condiciones de trabajo,...), mientras que en otras muchas interviene la medicina asistencial (Médico de Familia, Especialista del SNS, Médico de Mutua, e Inspector del SNS) tomando decisiones sobre capacidad laboral, y sobre contingencias profesionales, muy frecuentemente, con poco o nulo conocimiento de las condiciones laborales concretas.

Muy probablemente, casi todos estaremos de acuerdo en que esta no es una situación deseable. Todos consideramos necesario que aquellos agentes de la medicina evaluadora, preventiva o asistencial que intervienen en la toma de decisiones sobre el estado psicofísico de una persona y las condiciones laborales, deberían disponer de toda la información necesaria de ambas para que sus resoluciones sean ajustadas a la realidad y por tanto más justas.

En este sentido, creo que es una opinión compartida por casi todos ustedes, que urge encontrar un modo eficaz y eficiente de compartir la información básica necesaria para que las decisiones que debe tomar cada uno de los interlocutores mencionados en sus ámbitos específicos de actuación sean lo más equitativas posibles porque se han tomado con todos los datos necesarios para hacerlo.

Soy de la opinión de que para ello, en primer lugar hay que realizar un esfuerzo de autocrítica sincera por parte de todos.

Eso significa reconocer cuáles deben ser los ámbitos de actuación de cada parte y dónde están los límites de cada cual.

- Reconocer que algunos interlocutores toman decisiones con respecto a la aptitud de forma ordinaria sin información o cuando menos sesgada sobre las condiciones laborales y ello tiene influencia en el resto.
- Reconocer que el modelo de gestión de la IT que está implantado, con atribuciones de control cada vez mayores a la Inspección del SNS; a los médicos del INSS y a los médicos de Mutuas; es un reconocimiento implícito de las limitaciones que tiene Médico de Familia para una gestión eficaz fundamentalmente por el inevitable modelo de relación de confianza MF-paciente, así como por su desconocimiento completo, parcial o interesado de las condiciones laborales de sus pacientes además de otros factores.

En este sentido, en el informe de investigación “An evaluation of the Statement of Fitness for Work: qualitative research with General Practitioners” publicado en noviembre de 2011 por el Dpto. de Trabajo y Pensiones del Gobierno Británico, se reconocía que una de las dificultades para cambiar el modelo del “parte de baja” (sick note), a otro como “parte de capacidad para trabajar” (statement of fitness for work) era la resistencia de algunos médicos de asistencia primaria a dañar la relación con sus pacientes. Las conclusiones del estudio sobre otros aspectos que implica este cambio son francamente interesantes, y según mi experiencia extrapolables a la opinión de los Médicos de Familia de nuestro país.

- Reconocer que el Médico de Familia o los especialistas del SNS, hoy en día, no tienen más información que la que les aporta el paciente sobre sus condiciones laborales para establecer relaciones de sospecha de EEPP.
- Y reconocer también que el modelo de Medicina del Trabajo externalizado en las empresas, que es el más generalizado, reduce el conocimiento de las condiciones laborales y también de los eventos de salud que ocurren en los periodos entre exámenes de salud de los trabajadores a los que da servicios preventivos.

Pero, a pesar de ello, ¿Quién puede aportar esta información respetando la obligada confidencialidad y la imparcialidad de su información?

Obviamente quién mejor la conoce, pues es una atribución y función específica de su especialidad, el Médico del Trabajo del Servicio de Prevención, que también, no lo

olvidemos, puede estar sujeto a presión por otros agentes sociales incluido el empresario que le paga.

Sin embargo, con las actuales estructuras sanitarias y el modelo de gestión implantado en cada uno de los agentes intervinientes, no me parece tarea fácil.

En el ámbito de la CAV, con fecha 28 de abril de 2009, el Director General de Osalan (Instituto Vasco de Seguridad y Salud laboral) dictó una resolución “por la que se establecía un documento de solicitud de datos a utilizar por los servicios de Prevención para la realización de la evaluación de la salud de los trabajadores que reanuden el trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud”.

Dicho documento denominado “Ficha Médico-Laboral para valorar la Incapacidad Laboral”, “sustentará la información médica necesaria sobre la salud del trabajador o trabajadora afectada por un proceso de incapacidad temporal, para poder practicar por los facultativos de los servicios de prevención la vigilancia médica preceptiva tras un periodo de ausencia prolongada”.

EHAIA - 2009ko maiatzak 27, asteartea • N.º 99 ZK. • BOPV - miércoles 27 de mayo de 2009

ANEXO I

FICHA MÉDICO-LABORAL PARA VALORAR LA INCAPACIDAD LABORAL			
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>			
Apellidos y Nombre			
DNS-PASAPORTE-NIF	□□□□□□□□□□		
Teléfono de contacto			
N.º Afiliación Seguridad Social	□□ / □□□□□□□□		
Cualidemo-SVS N.º TIS Otra Mutualidad	□□□□□□□□ □ especificar.....		
Punto de Trabajo			
Ocupación	CNO a tres dígitos □□□		
Empresa (razón social)			
Empresa (actividad económica)	CNAE a tres dígitos □□□		
Servicio de Prevención - Teléfono de contacto	Especificar..... N.º		
Fecha	□□/□□/□□□□		
<b>PROCEDIMIENTO DE VALORACIÓN DE INCAPACIDAD LABORAL</b>			
Incapacidad Temporal	<input type="checkbox"/>		
Incapacidad Permanente	<input type="checkbox"/>		
Iniciado Por	Dirigido A		
Apellidos y nombre del Médico: Fecha y firma:			
Médico de Familia	<input type="checkbox"/>	Médico de Familia	<input type="checkbox"/>
Inspector Médico	<input type="checkbox"/>	Inspector Médico	<input type="checkbox"/>
Médico del INSS	<input type="checkbox"/>	Médico del INSS	<input type="checkbox"/>
Médico del Servicio de Prevención	<input type="checkbox"/>	Médico del Servicio de Prevención	<input type="checkbox"/>
Médico de la USZ de Osalan	<input type="checkbox"/>	Médico de la USZ de Osalan	<input type="checkbox"/>
Médico de la Mutua (MATEPSS)	<input type="checkbox"/>	Médico de la Mutua (MATEPSS)	<input type="checkbox"/>

2009/3039 • (N11)

Dicho documento podrá ir dirigido al Médico de Familia, al Inspector Médico, al Médico evaluador del INSS, al Médico de la Mutua, al Médico de otro SP o a la USL de Osalan.

Sin entrar en otras valoraciones sobre el principio que subyace en el mismo y la unilateralidad, al parecer, de la necesidad informativa, era un primer intento de estandarizar un modelo para compartir información necesaria para el cumplimiento de funciones específicas del Médico del Trabajo.

Posteriormente se entendió que dicho documento, que había sido propuesto por distintos expertos médicos que participaban en el “Foro IT de la Academia de Ciencias de Bilbao”, podría servir también para que el Médico del Trabajo pudiese transmitir a su vez información sobre el trabajador y sobre todo, sobre sus condiciones laborales generales y específicas al resto de los agentes y se propuso un pilotaje del mismo entre diversos Servicios de Prevención e Instituciones (INSS, Osakidetza, Mutuas, etc.).

En lo que yo conozco, el resultado fue bastante desalentador. En nuestro caso, nadie nos solicitó información ni durante el pilotaje ni posteriormente. Las razones de este fracaso creo que no se han analizado con posterioridad, pero a mi juicio tienen que ver con que, aunque algunos agentes tienen ciertamente interés en dicha información (Médico del Trabajo del SP, Médico de Inspección y Médico Evaluador del INSS), sin embargo a otros el asunto les resulta ajeno (Médico de Familia, Especialistas del SNS y Médicos de Mutua). También, sin ninguna duda, en la dificultad de cumplimentación del documento en el día a día y las dificultades de transmisión del mismo.

En este contexto ya hay algunas voces que desde diferentes ámbitos relacionados con la Medicina del Trabajo y la Medicina Evaluadora, comienzan a solicitar la creación de una Historia Clínica Única y compartida en aspectos considerados básicos y que permita una comunicación rápida, eficiente y dinámica entre todos los agentes que intervienen en la salud de un trabajador.

En una visión amplia y global de la salud pública, no tiene sentido compartimentar la salud de las personas en categorías independientes, como pueden ser su salud laboral (relacionada con su actividad profesional), su salud doméstica o su hábitos alimenticios, su salud para el ocio o la salud ambiental, cuando estamos evaluando la capacidad del individuo para realizar una actividad. La salud del individuo es única y está conformada por todo aquello que le afecta, tanto en su actividad profesional como en su vida extralaboral en un complejo juego de interrelaciones que se influyen y modifican de forma dinámica y continua. El conocimiento completo de todo ello, resulta imprescindible o por lo menos conveniente para tomar decisiones más allá del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad concreta. Mucho más si cabe para aquellos agentes cuyas decisiones implican un desembolso económico del erario público en cualquiera de sus formas.

Esta idea tiene trascendencia en la medida que para el Médico del Trabajo la “salud laboral” no debe limitarse, en mi opinión, a los problemas cuyo origen es el trabajo, aunque ello constituya su finalidad específica de la que no puede ni debe hacer dejación, pues si los trabajadores están enfermos o se ven afectados por causas ajenas al trabajo esto tendrá influencia directa sobre lo anterior. Ello adquiere todavía más importancia si tenemos en consideración la clara tendencia al envejecimiento progresivo de la población laboral incrementado por el retraso en la edad de jubilación.

En esta línea, en España, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, en su preámbulo señala lo siguiente: “Se establecen asimismo las acciones en materia de salud laboral para conseguir la mejor prevención de riesgos en el ámbito laboral, y en coherencia con lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, y complementándose, se facilita la promoción de la salud en ese mismo ámbito. La promoción y protección de la salud laboral, así como la prevención de los factores de riesgo en este ámbito, deben ser contempladas en la cartera de servicios de la salud pública”. (Art. 33.1.a, 33.2.f, g y h)

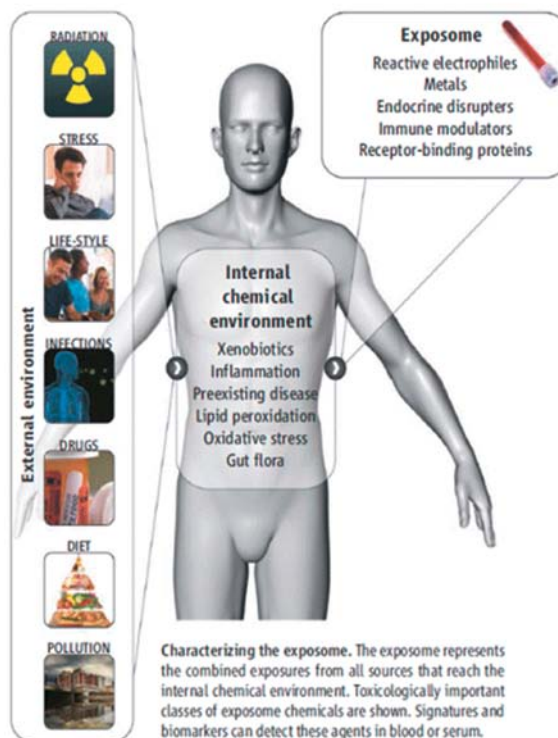


Algunas instituciones como NIOHS están asumiendo esta idea y promoviendo su estudio técnico, como se puede apreciar en la portada de este informe de 2012 que recoge, entre otros, las colaboraciones realizadas en un simposio orientado a recoger aportaciones a su programa de “Salud Total de los Trabajadores”.



O como la IGAS (Inspección Générale des Affaires Sociales) dependiente del Ministerio de Trabajo en Francia, cuyo reciente informe de junio de 2013 sobre “Interacciones entre salud y trabajo”, tiene como objetivo establecer un panorama de algunos temas susceptibles de hacer progresar la articulación entre salud laboral, la salud medioambiental y la salud pública (relaciones entre salud laboral y nanomateriales, adicciones, enfermedades cardiovasculares,...).

La misma idea subyace en el área de Toxicología laboral y ambiental con la introducción de la teoría sobre el “Exposome” en el año 2005 por Christopher Wild. “Exposome” constituye la totalidad de las exposiciones (internas y externas) que sufre una persona desde el mismo momento de la concepción, durante toda su vida. Exposome (todo lo no genético) es un nuevo concepto unificador de todas las exposiciones, que se contraponen al genoma (sólo lo genético). Esta idea reemplaza al enfoque sustancia por sustancia muy extendida en la toxicología laboral a la búsqueda de las causas de la enfermedad e incluye exposiciones exógenas y endógenas y su desarrollo va parejo al de las tecnologías “ómicas”. Sin lugar a dudas, el desarrollo de estas teorías tendrán implicaciones futuras sobre el estudio de los cánceres de causa ocupacional y en particular sobre la determinación de su contingencia profesional.



En cualquier caso, soy consciente de las muchas dificultades y obstáculos que proponer una H.<sup>a</sup> Clínica Única presenta mucho más allá de las meramente técnicas.

Gran parte de las dificultades se encuentran en la esfera de lo ético, del uso adecuado de la información de la salud para los objetivos planteados y no otros, y del respeto a la confidencialidad de datos de carácter personal. Y también de lo ideológico.

Sin embargo, algunas otras se deben simplemente a la poca importancia que se le da a ello en muchos ámbitos y a la falta de sensibilidad que existe en relación a la influencia de los factores laborales en la salud de las personas desde el punto de vista de algunas instituciones de salud pública del Estado y autonómicas.

Baste como ejemplo el “Decreto 38/2012 de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica” dictado por el Dpto. de Sanidad y Consumo del GV y cuyo objeto es “regular el contenido, manejo y uso de la historia clínica, así como los derechos y obligaciones de pacientes y profesionales e instituciones sanitarias correspondientes en materia de documentación clínica (art. 1)” y que “también es de aplicación a los servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria (art. 2)” como serían los Servicios de Prevención Propios y Ajenos.

Pues bien en este decreto no se hace mención de ningún tipo a nada que tenga que ver con la salud laboral, los antecedentes laborales, las condiciones de trabajo, la vigilancia de la salud; en definitiva nada de lo que compone el cuerpo básico de la H.<sup>a</sup> Clínico Laboral.

Así pues, pensar hoy en día en la posibilidad de la existencia de una H.<sup>a</sup> Clínica Única no deja de ser una quimera muy lejana a la realidad actual.

Sin embargo de camino hacia esa idea existe otra que algunos consideran también como una utopía como es la Historia Clínica **Laboral** Única y que yo creo una absoluta necesidad.



Para compartir información, es necesario recogerla adecuadamente de las distintas fuentes que la generan. Si bien en el artículo 37.2.c del Reglamento de los Servicios de prevención se dice que *“los exámenes de salud incluirán, en todo caso, una historia clínico-laboral, en la que además de los datos de anamnesis, exploración clínica y control biológico y estudios complementarios en función de los riesgos inherentes al trabajo, se hará constar una descripción detallada del puesto de trabajo, el tiempo de permanencia en el mismo, los riesgos detectados en el análisis de las condiciones de trabajo, y las medidas de prevención adoptadas. Deberá constar igualmente, en caso de disponerse de ello, una descripción de los anteriores puestos de trabajo, riesgos presentes en los mismos, y tiempo de permanencia para cada uno de ellos”*, dieciocho años después de la promulgación de la LPRL, en el ámbito de la Medicina del Trabajo aún no existe un modelo de historia clínico laboral único. Esto ha traído consigo multitud de problemas con incidencia directa en las decisiones que tienen que tomar los Médicos del Trabajo y los Médicos evaluadores de INSS en particular. Cada Servicio de Prevención tiene su modelo de H.<sup>a</sup> Clínica Laboral.

Como no podía ser de otra forma, esto ha generado gran número de problemas entre los cuales considero los más importantes los siguientes:

- No existe un consenso formalizado sobre el contenido básico del que se debe de disponer en una H.<sup>a</sup> Clínico Laboral, por lo que los contenidos de las diferentes historias, a menudo carecen de aspectos fundamentales, esencialmente en lo que se refiere a las condiciones de trabajo y los niveles de exposición en el tiempo a los distintos factores de riesgo laborales.
- No existe un formato común que permita una trazabilidad de la información contenida entre distintos Servicios de Prevención, con lo cual si un trabajador cambia de empresa o esta cambia de Servicio de Prevención, no hay un modo eficiente de dar continuidad a la información generada hasta ese momento.

De este modo, se da la paradoja que cuando algunos compañeros de instituciones oficiales solicitan la H.<sup>a</sup> Clínico Laboral de un trabajador a resultas de una denuncia, se encuentran con la sorpresa de que no disponen de elementos básicos de dicha historia. ¿Cómo decidir sobre la sospecha de una enfermedad profesional de tipo neoplásico, por lo tanto de gran tiempo de latencia, si no tenemos datos objetivos sobre el carácter de exposiciones anteriores?

Así pues, conscientes de esta situación y con ánimo de corregirla, en la CAV, Osalan, Instituto Vasco de Seguridad y Salud en el Trabajo, en el ejercicio de sus funciones ha promovido un grupo de trabajo para abordar la cuestión.

Más concretamente los objetivos que se han planteado son los siguientes:

- Definir un documento de consenso universal y unificado para los profesionales de vigilancia de la salud que contenga, al menos, la información referida en el art. 37 de RSP.
- Que dicho documento pueda acompañar al trabajador a lo largo de su vida laboral de modo tal que se asegure la trazabilidad de los datos.
- Que el documento sea traspasable de manera sencilla entre los diferentes Servicios de prevención.

No se oculta que tras esta actuación se pretende desarrollar una norma que dé soporte legal al formato y contenido de la HCL elaborada y obligue a los Médicos del Trabajo a cumplimentarla y mantenerla de acuerdo a dicha norma.

El grupo de trabajo está formado por Médicos de la Unidad de Salud Laboral de Osalan, médicos de Servicios de Prevención Propios, Médicos de Servicios de Prevención Ajenos, representantes de Asociaciones de SPA, y de la Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo.

Este grupo ha asumido la siguiente definición de HCL:

“Se define la HCL como el conjunto único de documentos y registros informáticos o en cualquier otro formato que abarca toda la información clínica y laboral del trabajador y que contiene de forma clara y concisa los datos, valoraciones e informaciones generados en los procesos de vigilancia de la salud, asistenciales y de condiciones de trabajo (tareas y exposiciones) a los que se somete a un trabajador y en los que se recoge su estado de salud, la evolución de ese estado, las actuaciones realizadas sobre él, los daños y/o las patologías laborales sufridas y la descripción de las tareas que realiza y las exposiciones a las que se somete a lo largo de su vida laboral.”

Además ha consensuado inicialmente, no sin grandes discusiones y dificultades, la información básica que se considera necesaria que debe contener una H.<sup>a</sup> Clínica Laboral para cumplir las funciones que la LPRL tiene asignada a la Medicina del Trabajo. La información básica es la siguiente se refiere a los siguientes tipos de datos:

- Datos de Identificación del trabajador.
- Datos de Identificación del Servicio de Prevención.
- Datos de Identificación/Administrativos de la empresa.
- Datos de identificación del Puesto de trabajo, Riesgos Asociados y Medidas Preventivas.
- Datos de Identificación y Descripción de Trabajos y riesgos anteriores.
- Datos de acreditación de información sobre Riesgos del Puesto de trabajo.
- Datos de anamnesis y Exploración en función de los riesgos.
- Datos relativos a Pruebas Complementarias realizadas.
- Datos de Consultas a demanda del trabajador.
- Datos de Interconsultas.
- Datos relativos accidentes de trabajo, EPPP y enfermedad común.
- Datos relativos al consentimiento informado de procesos.
- Datos relativos a la Aptitud.

Actualmente está en las fases iniciales de pilotaje para comprobar qué dificultades se presentan para la recogida de la información establecida en el quehacer diario de los diferentes SP.

Aun siendo asumido por todos que la información referida es absolutamente necesaria e imprescindible para ejercer las funciones de Medicina del Trabajo, incluidas las de generar y transmitir información para terceros como serían los Médicos de Familia y los Médicos del INSS, el grupo de trabajo no ha conseguido aún un consenso sobre muchas cuestiones que tienen que ver con la información relativa al puesto de trabajo, los riesgos asociados y el tiempo de permanencia.

Dentro de las muchas que se han planteado y aún están sin resolver, algunas de las controversias que se han puesto sobre la mesa, son las siguientes:

- Qué contenido y hasta qué grado de matización debe tener la descripción del puesto de trabajo y las tareas que realiza el trabajador.
- Qué contenido debe quedar en la HCL sobre los riesgos asociados y con qué grado de matización. Si no es un volcado de la Evaluación de Riesgos, ¿cómo mantenerla actualizada?
- ¿Cómo recoger información sobre riesgos anteriores?
- ¿Qué validez legal tendrá la información recogida en la HCL frente a la de la ERL sin no son coincidentes?
- ¿Cómo garantizar la Confidencialidad de los datos con la necesidad de compartir datos entre agentes diferentes?
- ...

Sin duda, estimo que va a ser una tarea muy ardua. Que estamos en el principio de un largo camino en el que se van a presentar innumerables obstáculos, pero que es un camino que ineludiblemente hay que recorrer si queremos mejorar los sistemas de información actuales para tomar decisiones más adecuadas. Es probable que hasta llegar al final de ese camino haya que buscar soluciones puntuales para resolver incomunicaciones muy concretas entre los distintos interlocutores. Me consta que además de la ficha referida hay algunos proyectos en estudio. Pero si queremos que finalmente dicha comunicación sea eficaz es necesario un mínimo grado de confianza entre los distintos interlocutores, con la idea de que el objetivo general de todos es común y con la seguridad de que el compartir información, con absoluto respeto a las leyes que la regulan, es imprescindible para decidir con justicia.